

T Trayectorias Familiares Ante el Consumo de Cristal: Reconocimiento, Crisis y Búsqueda de Atención

Kalina Isela Martínez Martínez, Lorenia Robles Villarreal, Marielena Eudave-Patiño y
Yancarlo Lizandro Ojeda Aguilar

¹Departamento de Psicología, Universidad Autónoma de Aguascalientes.
Aguascalientes, México.

Nota de Autor

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

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

Marielena Eudave-Patiño  <https://orcid.org/0000-0003-4810-7117>

Yancarlo Lizandro Ojeda Aguilar  <https://orcid.org/0000-0001-9956-8365>

Agradecimientos. Expresamos nuestro agradecimiento a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) por el financiamiento otorgado a través del proyecto número 3225, titulado “Desarrollo y evaluación de programas de intervención indicado y selectivo en consumidores de metanfetamina, fentanilo y heroína, y su comorbilidad con problemas de salud mental y comportamiento suicida”.

Correspondencia relacionada con este artículo deberá dirigirse a Lorenia Robles Villarreal. Departamento de Psicología. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Av. Universidad #940, Ciudad Universitaria, Aguascalientes, México. Teléfono: +52 (81) 1250-68-18
Correo electrónico: lorenia.robles88@gmail.com

Resumen

El consumo de metanfetamina tipo cristal constituye un problema de salud pública con impactos que trascienden a la persona usuaria y afectan de manera significativa a su entorno familiar. Este estudio tuvo como objetivo comprender, desde la perspectiva de familiares, la trayectoria que se configura desde el reconocimiento del consumo hasta la búsqueda de tratamiento, así como las barreras que emergen en este proceso. Se realizó un estudio cualitativo con diseño interpretativo basado en 12 entrevistas en profundidad a familiares de personas usuarias de cristal. El análisis se llevó a cabo mediante análisis temático reflexivo. Los resultados muestran que el reconocimiento del consumo no ocurre de forma inmediata, sino como un proceso gradual y ambivalente que tiene un punto de quiebre. A partir de este reconocimiento, la dinámica familiar se reorganiza en torno a la culpa, la responsabilidad y un estado constante de alerta, en un contexto donde la violencia emerge como un punto de inflexión que precipita la búsqueda de ayuda. Asimismo, el acceso al tratamiento se encuentra mediado por barreras estructurales, principalmente económicas y de información, lo que da lugar a trayectorias de atención fragmentadas y dependientes de redes informales.

Palabras clave: Metanfetamina tipo cristal, familiares, trayectorias de búsqueda de atención, violencia, acceso a tratamiento

Family Trajectories in Response to Crystal Methamphetamine Use: Recognition, Crisis, and Help-Seeking

Abstract

Crystal methamphetamine use represents a major public health concern, with impacts that extend beyond the individual user and significantly affect the family context. The aim of this study was to understand, from the perspective of family members, the trajectory that unfolds from the recognition of substance use to treatment seeking, as well as the barriers that emerge throughout this process. A qualitative study with interpretative design was conducted, based on 12 in-depth interviews with relatives of individuals who use crystal methamphetamine. Data was analyzed using reflexive thematic analysis. The findings show that recognition of substance use does not occur as an immediate event, but rather as a gradual and ambivalent process that reaches a critical turning point. Following this recognition, family dynamics are reorganized around guilt, responsibility, and a constant state of vigilance, within a context where violence emerges as a turning point that precipitates help-seeking. Additionally, access to treatment is mediated by structural barriers, primarily economic and informational, resulting in fragmented care trajectories that rely on informal networks.

Keywords: Crystal methamphetamine, family members help-seeking trajectories, violence, access to treatment

Trayectorias Familiares Ante el Consumo de Cristal: Reconocimiento, Crisis y Búsqueda de Atención

El consumo de metanfetamina tipo cristal constituye un problema de salud pública de alta relevancia a nivel global, no solo por sus efectos en la salud física y mental de las personas usuarias, sino también por el impacto que genera en su entorno cercano, particularmente en la familia (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2025). Su uso se ha asociado con alteraciones neurocognitivas (Scott et al., 2007), sintomatología psiquiátrica (Abbass et al., 2024; Glasner-Edwards y Mooney, 2014) y deterioro en las relaciones interpersonales (Meredith et al., 2005; Watanabe-Galloway et al., 2009).

En adelante, se utilizará el término “cristal” para referirse a la metanfetamina tipo cristal. En México, el consumo de cristal se ha posicionado como una de las principales causas de demanda de tratamiento en centros de atención, representando cerca del 60% de los casos reportados (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA], 2026). Este incremento ocurre en un contexto caracterizado por limitaciones estructurales en la cobertura y accesibilidad de servicios especializados, lo que ha favorecido la proliferación de centros no gubernamentales como principal respuesta de atención. Además, existe un retraso considerable entre el inicio del consumo y la búsqueda de tratamiento que puede extenderse por más de una década (Borges et al., 2007; SISVEA, 2026). Este desfase implica que las familias conviven durante años con el consumo antes de que se active la búsqueda de atención, asumiendo un papel central en el reconocimiento del problema y en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

Si bien el consumo de sustancias suele abordarse desde una perspectiva individual, existe un creciente reconocimiento de que sus efectos trascienden a la persona usuaria y afectan a su entorno cercano, particularmente a la familia (Martínez, Robles et al., 2026). Los familiares frecuentemente asumen roles de cuidado informal, enfrentando altos niveles de estrés, sobrecarga emocional, incertidumbre, conflictos relacionales y exposición a violencia, además del estigma social (McDonagh et al., 2019; Rushton et al., 2025; Sampson et al., 2023). Desde esta perspectiva, el reconocimiento del consumo, la gestión de la crisis familiar y el acceso a tratamiento se configuran como procesos complejos, prolongados y no lineales (Gordon et al., 2023; Rushton et al., 2025; Sampson et al., 2023; Webb et al., 2025).

La búsqueda de tratamiento para el consumo problemático de sustancias es, en este sentido, un proceso complejo y frecuentemente mediado por la familia, en el que intervienen múltiples factores estructurales y sociales. Este proceso también se ve afectado por barreras como el estigma asociado al consumo, que genera vergüenza y temor al juicio social, dificultando la búsqueda de atención (Martínez, Robles et al., 2026). Asimismo, los tratamientos disponibles continúan siendo limitados y, en muchos casos, no integran de manera sistemática a la familia como parte del proceso terapéutico (Gordon et al., 2023; Rushton et al., 2025).

A pesar de este creciente reconocimiento, la literatura sigue centrada principalmente en la experiencia de las personas usuarias, lo que ha dejado en segundo plano la vivencia de los familiares. En consecuencia, persiste una comprensión limitada sobre cómo las familias atraviesan la trayectoria que va desde el reconocimiento del consumo hasta el acceso a tratamiento, así como sobre los criterios que orientan la decisión de recurrir al internamiento y las barreras que enfrentan en este proceso, particularmente en contextos latinoamericanos caracterizados por importantes limitaciones estructurales en los sistemas de atención.

Dado lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo comprender, desde la perspectiva de familiares, la trayectoria que se configura desde el reconocimiento del consumo de cristal hasta la búsqueda de tratamiento, así como las barreras que se presentan en este proceso.

Método

Diseño

El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo con el objetivo de comprender las experiencias de familiares de personas usuarias de cristal en torno al proceso de reconocimiento del consumo y la búsqueda de tratamiento. Se optó por un diseño interpretativo, orientado a reconstruir las trayectorias familiares a partir de las narrativas de los participantes.

Participantes

Se realizaron 12 entrevistas en profundidad con familiares de personas usuarias de cristal. La selección fue de tipo intencional, considerando como criterio principal que los participantes hubieran vivido directamente el proceso de identificación del consumo y la búsqueda de atención para su familiar.

Los participantes fueron contactados con apoyo de centros de tratamiento (residencial o ambulatorio), a través de los cuales se informó sobre el estudio a posibles participantes. Posteriormente, el equipo estableció contacto directo con quienes aceptaron participar.

Se incluyó a familiares cuyos seres queridos se encontraban recibiendo atención al momento de la entrevista, ya fuera en tratamiento residencial o ambulatorio (ver Tabla 1).

Tabla 1

Características de las personas usuarias y sus familiares

Caso	Parentesco	Edad de la persona usuaria (años)	Tiempo consumiendo cristal	Modalidad de tratamiento	Edad de inicio del consumo (años)
Caso 1	Mamá	22	5 años	Residencial	17
Caso 2	Mamá	28	6 meses	Residencial	27
Caso 3	Mamá	23	5 años	Residencial	18
Caso 4	Padres	42	4 años	Residencial	38
Caso 5	Papá y hermana	49	2 años	Residencial	47
Caso 6	Pareja	24	2 años	Residencial	22
Caso 7	Madre	18	3 años	Residencial	15
Caso 8	Madre	22	4 años	Ambulatorio	18
Caso 9	Padres	27	6 años	Ambulatorio	19
Caso 10	Madre	28	8 años	Residencial	20
Caso 11	Tía	19	5 años	Ambulatorio	14
Caso 12	Madre	34	5 años	Residencial	29

Instrumentos

La información se recabó mediante entrevistas en profundidad, guiadas por un instrumento semiestructurado elaborado en función del objetivo del estudio. La guía incluyó ejes temáticos como señales iniciales del consumo, crisis familiar, estrategias de búsqueda de atención y barreras institucionales.

Las entrevistas se desarrollaron de manera flexible, permitiendo a los participantes profundizar en los eventos que consideraban relevantes dentro de su experiencia. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 60 minutos y fueron audio grabadas con autorización previa de los participantes.

Análisis de Datos

Las entrevistas fueron transcritas y el análisis se realizó mediante un enfoque de análisis temático reflexivo siguiendo los planteamientos de Braun y Clarke (2006). En una primera etapa se llevó a cabo una lectura abierta de las transcripciones para identificar unidades de significado relevantes.

Posteriormente, se generaron códigos iniciales de manera inductiva, que fueron agrupados y organizados en categorías y subcategorías. Este proceso permitió construir un sistema temático jerárquico organizado en cuatro dimensiones analíticas: (1) reconocimiento del consumo, (2) impacto en la familia, (3) barreras y acceso al tratamiento, y (4) reconfiguración familiar. Durante todo el análisis se contrastaron los relatos entre participantes para identificar patrones recurrentes, excepciones y variaciones en las trayectorias familiares.

Durante todo el análisis, se contrastaron los relatos entre participantes para identificar patrones recurrentes, excepciones y variaciones en las trayectorias familiares.

Consideraciones Éticas

Antes de comenzar cada una de las entrevistas, cada participante leyó y firmó un consentimiento informado, en el cual se les explicaron los objetivos del estudio, su rol en el mismo, el uso de sus datos y se garantizó que su participación no tendría consecuencias de ningún tipo en el centro de tratamiento.

La protección de los datos se garantizó siguiendo las normas éticas de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, y el protocolo del proyecto, del cual forma parte este estudio, fue aprobado por el Comité de Ética de la misma Universidad.

Resultados

El análisis de las entrevistas permitió identificar una trayectoria familiar progresiva en torno al consumo problemático de cristal, marcada por una acumulación de tensiones emocionales, conflictos en las relaciones y dificultades del entorno, que en la mayoría de los casos termina en la búsqueda de tratamiento. Esta trayectoria no es lineal ni ocurre igual en todos los casos; sin embargo, muestra patrones recurrentes que permiten comprender el proceso desde la perspectiva familiar. Los resultados muestran que dicha trayectoria se construye a partir de la interacción entre lo individual, lo familiar y lo institucional.

Para analizar este proceso, se organizaron los resultados en cuatro dimensiones: el reconocimiento del consumo, el impacto en la familia, las barreras y el acceso al tratamiento, y la reconfiguración familiar. Estas no deben entenderse como etapas rígidas, sino como momentos que se conectan entre sí y ayudan a comprender el proceso en su conjunto (ver Tabla 2).

Tabla 2

Matriz de Categorías y Subcategorías de Análisis

Nivel de análisis	Categoría	Subcategorías	Sentido analítico
Individual	Reconocimiento del consumo	El cuerpo como señal de alerta; Antes de nombrar el consumo; El colapso de la negación	Proceso gradual en el que la familia empieza a notar señales físicas y conductuales, intenta darles sentido y, finalmente, enfrenta un punto de quiebre que la lleva a reconocer el consumo.
Familiar	Impacto en la familia	El peso de la culpa; Vivir en alerta; La violencia como bisagra	Proceso en el que, tras reconocer el consumo, la familia reorganiza sus emociones y relaciones, en medio de la culpa, la responsabilidad, la tensión constante y la violencia que modifica los vínculos.
Institucional	Barreras y acceso al tratamiento	Cuando ayudar cuesta; Del arresto a la beca; Entre la esperanza y la desconfianza	Forma en que la familia se vincula con el sistema de atención, atravesada por costos, poca información, caminos de acceso que no siempre son desde la salud y una relación de confianza y desconfianza con las instituciones.
Familiar	Reconfiguración familiar	Del sufrimiento al respiro	Cambio en la dinámica familiar a partir del ingreso a tratamiento, donde aparece un alivio parcial, se recuperan aspectos de la vida cotidiana y comienza la reconstrucción de los vínculos.

Reconocimiento del Consumo (Nivel Individual)

Para las familias, reconocer el consumo de cristal no ocurre de un solo momento a otro, sino que es un proceso gradual, ambivalente y muchas veces doloroso. Este proceso suele pasar por tres momentos: notar las señales, intentar explicarlas y, finalmente, un punto de quiebre que obliga a reconocer el problema.

El Cuerpo como Señal de Alerta

El inicio del proceso se caracteriza por la aparición de cambios físicos y conductuales en la persona usuaria, los cuales son percibidos por la familia antes de ser plenamente reconocidos como consumo problemático. Entre las señales más frecuentes se menciona el adelgazamiento, acompañado de cambios en los hábitos alimentarios, el descuido personal y la alteración del sueño: “Él sí se veía muy flaco, muy flaco así, con la quijada muy chupada, no comía, nomás decía: no yo ya comí afuera, pero con eso nos dimos cuenta de que no les da hambre” (Caso 5). Esta transformación física se relaciona con el abandono del autocuidado, obligando a las familias a intervenir en hábitos básicos de higiene: “Y su cuidado personal también se descuidaba mucho, hasta que le decías: oye, sabes qué, rasúrate, báñate, cámbiate, andas todo mal vestido” (Caso 5).

Junto con los cambios físicos, las familias empiezan a notar cambios en la conducta que afectan la convivencia diaria: la agresividad donde antes no la había, la negativa a trabajar, las ausencias nocturnas, la pérdida de objetos y dinero en el hogar, una de las madres comenta: “Él no llegaba a dormir por días... fue vendiendo todo lo que podía, acabando con todas las cosas de la casa... y, ver que se va deteriorando, que cada día era más agresivo, cada día más, este... cambiante” (Caso 12), la familia no solo registra conductas, sino que las compara con un “antes”, un referente de normalidad que desaparece. Al principio, el consumo se interpreta como si la persona hubiera dejado de ser quien era, como si alguien desconocido habitara en su lugar.

Antes de Nombrar el Consumo

Entre las primeras señales y el reconocimiento del consumo, las familias generan distintas explicaciones para entender lo que ocurre, aunque estas sean provisionales. Lejos de ser simples negaciones, estos intentos buscan dar coherencia a lo observado dentro de categorías más manejables. En primer lugar, las familias suelen atribuir lo que ocurre a situaciones de vida, como la pérdida de un padre, la soledad o la separación de la pareja: “Lo dejó su pareja, se puso peor...” (Caso 4), localizan el problema en circunstancias externas potencialmente superables. Esta forma de interpretar lo que ocurre se vuelve más fuerte cuando el consumo ya existe en la familia, como el testimonio que señala que “su papá tiene tiempo consumiendo cristal” (Caso 10), lo que hace que la sustancia se vea como algo habitual dentro de la familia.

Junto a estas explicaciones, la negación surge como una forma de protegerse frente a una realidad que, al ser reconocida, obligaría a tomar decisiones difíciles. No es que las familias no logren ver lo que sucede; es que se resisten a aceptar lo que la evidencia les grita. Como relata una participante: “O sea, yo no lo creía, lo estaba viendo en su persona que se estaba adelgazando, pero como que yo me rehusaba a aceptarlo” (Caso 6). En ese “ver para no creer” hay una contradicción profunda: aunque los cambios físicos son evidentes, el afecto se resiste a aceptar una realidad que lo cambiaría todo.

Esta resistencia emocional suele llevar a una permisividad, llena de dudas, donde con el tiempo la familia reconoce que restó importancia al problema pensando que no era tan grave: “Yo me di cuenta, pero pues realmente dije bueno, ok, no es tan malo, en ese momento, fui permisiva” (Caso 8). Lejos de ser indiferente, esta actitud nace de la incertidumbre y del miedo a señalar algo que tal vez sea pasajero. En el fondo, es la dificultad de poner un límite cuando el afecto no permite ver la urgencia.

El Colapso de la Negación

El momento en que la familia reconoce el consumo rara vez surge de un proceso reflexivo o tranquilo, se presenta como un punto de quiebre provocado por situaciones que ya no se pueden negar. Esta ruptura aparece cuando alguien externo nombra lo que en casa se evitaba decir: “Oiga señora, ¿su hijo está loco o se droga? Le dije: no, pos se droga...” (Caso 12). En ese momento chocan el estigma social y la evidencia, y la familia se ve obligada a aceptar lo que está pasando. También se confirma con pruebas concretas, como encontrar sustancias en casa, lo que rompe la convivencia y la confianza: “Es que estás consumiendo droga (...) la semana pasada encontramos dos veces cristal...” (Caso 2).

Uno de los momentos de quiebre más dolorosos ocurre cuando el consumo deja de ser sólo físico y empieza a afectar la estabilidad mental del familiar. Es cuando aparece una realidad que ya no se puede explicar de otra forma, como en el caso de la familia que tuvo que intervenir ante la ministerial porque el hijo “decía que tenía un chip en la cabeza, y que su hermana se lo había puesto...” (Caso 11). Este testimonio es clave: el reconocimiento del consumo no llega solo por la sustancia, sino porque se rompe la realidad compartida. La familia nombra lo que ocurre no por decisión, sino porque la situación ya los rebasó y el afecto se enfrenta a una verdad imposible de ignorar.

Impacto en la Familia (Nivel Familiar)

Si el nivel individual tiene que ver con darse cuenta, el nivel familiar se centra en lo que pasa cuando, después de ver, la familia tiene que actuar. Este paso está atravesado por una carga emocional intensa, donde se mezclan la culpa, el sentido de responsabilidad, los conflictos familiares y la violencia.

El Peso de la Culpa

De todas las emociones que aparecen en los relatos, la culpa es quizá la más constante y dolorosa. Sobre todo, en las madres, se convierte en una revisión interminable del pasado. En sus palabras, se mueven entre justificarse y asumir una responsabilidad que sienten inevitable, en un intento por entender por qué, a pesar de todo lo que hicieron, el resultado no cambió: “Al principio empieza uno con culpa de que uno falla, en qué fallé en qué fallé, echándose la culpa. O sea, aquí mi error fue haberlo soltado por completo...” (Caso 12). Esa sensación de “ver, pero no poder detenerlo” termina pesando como una omisión que cuesta mucho perdonarse.

Para otras madres, ese dilema entre el cariño y la firmeza se vuelve una carga: “A lo mejor una también tiene la culpa, porque como era el medianillo y era el más listillo, le dábamos todo lo que quería...” (Caso 4). Aquí la culpa deja de ser algo abstracto y se vuelve cotidiana, ligada a la idea de haber consentido demasiado. Como señalan Orford et al. (2013), no se trata de una culpa individual, sino de una expectativa cultural sobre la “buena madre”, que tendría que anticipar y controlar incluso lo que está fuera de su alcance.

Sin embargo, la culpa no solo se orienta al pasado. En los relatos, se articula con una fuerte sensación de responsabilidad que empuja a las familias a actuar en el presente. No se trata de una decisión plenamente voluntaria, sino de una obligación que se impone como inevitable, donde el cuidado y la búsqueda de soluciones se convierten en tareas constantes. Así, la culpa se transforma en acción: “Lo voy a meter, a pesar de sus amenazas. Dije: tengo que aprovechar de que no voy a pagar” (Caso 12). En este sentido, el espacio familiar deja de ser

únicamente afectivo y se convierte también en un espacio de gestión, en el que se recorren servicios de salud y centros de tratamiento en un intento por contener la situación.

Pero el análisis también muestra que esta carga no es permanente. Durante el internamiento, el “error” empieza a transformarse en posibilidad de alivio. Hay un cambio real cuando una madre logra decir: “Ya se me quitaron muchas culpas, yo ya me quité aquí y me quité de acá” (Caso 2). Así, la culpa deja de sentirse como una condena y empieza a volverse una carga que, al menos en parte, se puede soltar.

Vivir en Alerta

El espacio familiar, que antes se vivía como un refugio, se transforma con el consumo en un lugar de tensión constante. Los relatos muestran cómo la familia deja de sentirse unida y empieza a estar marcada por desacuerdos, intentos fallidos por ayudar y una sensación creciente de que la situación los rebasa. Esto se vive como una impotencia compartida, donde nadie logra detener lo que está pasando: “Ni el hijo lo detuvo, ni yo lo detuve, ni el papá lo detuvo, nadie lo detuvo” (Caso 2). A partir de esto, aparece una tensión constante entre distintas formas de actuar: por un lado, “encerrarlo”, como una forma de contener de inmediato; por otro, “buscar ayuda”, pensando en un tratamiento. Estas posturas no sólo conviven, sino que muchas veces generan conflicto, tanto entre los miembros de la familia como dentro de una misma persona, mostrando la ambivalencia frente al problema.

Uno de los cambios más profundos se observa en la transformación de las jerarquías familiares. Cuando la persona empieza a ser percibida como impredecible o agresiva, el orden que sostenía la relación se rompe: “¿Cómo me va a gritar si soy su mamá? (Caso 1)”. Esta ruptura no solo afecta la relación, también cambia la manera en que se cuidan entre sí. El cuidado deja de basarse en la confianza y pasa a convertirse en una vigilancia constante. La vida diaria empieza a organizarse alrededor del riesgo, con prácticas de control tanto físicas como tecnológicas: “Tuvimos que poner cámaras para cuidarlo de noche (...), me llevo las llaves porque dejaba la puerta abierta” (Caso 5). Desde esconder cosas hasta controlar accesos, el hogar deja de sentirse como un refugio y se vuelve un espacio de guardia permanente. La familia vive en alerta continua, reorganizando su vida en función del riesgo. Este estado de tensión no solo se mantiene en el plano emocional, sino que termina impactando la salud y el bienestar de otros integrantes del hogar. Como relata una de las participantes: “A todos nos ha afectado bastante... Yo trabajo en el hospital del ISSSTE y era coraje tras coraje de mi papá, se le alteraba la presión y había que llevarlo a ciertas horas de la madrugada porque estaba mal... era mucho ya el problema que tuvimos con él, a todos nos llevaba ahí al baile... ya era muy estresante que estuviera él ahí” (Caso 5). Este testimonio muestra cómo el consumo deja de ser un problema individual para convertirse en una experiencia compartida de desgaste, donde el estrés constante se traduce en afectaciones físicas y en una sensación de desbordamiento que atraviesa a toda la familia.

La Violencia como Bisagra

La violencia no aparece como un evento aislado en los relatos, sino como un proceso que se va intensificando con el tiempo hasta ocupar un lugar central en la experiencia familiar. En muchos casos, inicia de forma menos visible, a través de robos, amenazas o conductas intimidatorias, pero progresivamente escala hasta convertirse en una fuente constante de riesgo

dentro del hogar. Esta escalada transforma la percepción del consumo, deja de ser únicamente un problema de salud para convertirse en un problema de seguridad.

El punto crítico se alcanza cuando el miedo desplaza cualquier otra emoción. La presencia de armas o amenazas explícitas rompe definitivamente la idea del hogar como un espacio seguro: “llegó un momento ya de decir que nos iba a quemar a todos, que nos iba a matar a todos” (Caso9). En este tipo de situaciones, la incertidumbre sobre lo que puede ocurrir deja de ser tolerable y se convierte en una urgencia.

Otro testimonio muestra cómo este riesgo se instala en la vida cotidiana de forma constante: “Había días que se acostaba con un palo de golf o con un cuchillo y me daba miedo” (Caso6). Aquí, la violencia no solo es un episodio, sino una condición permanente que reorganiza la forma de habitar el espacio familiar. El miedo deja de ser una reacción puntual y se convierte en un estado continuo que condiciona las decisiones y limita las posibilidades de acción.

En este contexto, la violencia funciona como una bisagra en la trayectoria familiar: marca el paso de un intento prolongado de manejo doméstico del consumo hacia la decisión de buscar ayuda externa. Mientras que en etapas previas predominan la negación, la culpa o la ambivalencia, es la amenaza directa a la integridad física la que termina por romper la parálisis. No es la conciencia del daño lo que moviliza a la familia, sino la imposibilidad de seguir sosteniendo la situación sin riesgo. Así, la búsqueda de tratamiento deja de responder únicamente a una preocupación por la salud de la persona usuaria y pasa a estar motivada por la necesidad de proteger a la familia.

Barreras y Acceso al Tratamiento (Nivel Institucional)

Cuando la familia ha reconocido el consumo de cristal como un problema y ha decidido actuar, se enfrenta a un nuevo desafío: encontrar un lugar de tratamiento, poder pagarlo y confiar en él.

Cuando Ayudar Cuesta

Si reconocer el problema es un quiebre emocional, buscar tratamiento es enfrentarse a la realidad. Para muchas familias, sobre todo aquellas con ingresos inestables, el sistema de atención no se vive como un apoyo accesible, sino como una barrera marcada por el costo. En este contexto, acceder a tratamiento deja de sentirse como un derecho y pasa a depender de cuánto se puede pagar: “Yo busqué muchas veces muchos anexos, muchos, fui a muchos. Me di a la tarea de visitar muchos y preguntaba “¿y cuánto cobra? ¿cómo viven? ¿qué comen? ¿cómo es el tratamiento?”, y me veían las personas de los anexos, así como que “achis, o sea, ¿esta señora que se siente o cuánto va a pagar?” (Caso 12). En estas preguntas se condensa la angustia de saber que la vida de un ser querido puede depender de algo que tal vez no se puede costear. La falta de información sobre opciones de tratamiento constituye una barrera adicional: las familias no saben a dónde ir, dependen de recomendaciones informales y evalúan los servicios con criterios que mezclan la apariencia del lugar con su accesibilidad económica: “Fuimos a ver el lugar, ay, no pos... el pasto se ve bien” (Caso 8).

Del Arresto a la Beca

Uno de los hallazgos más relevantes es que el acceso al tratamiento no sigue un camino claro dentro del sistema de salud, sino que ocurre a través de una mezcla de apoyos donde se cruzan la seguridad pública y los recursos económicos. En este contexto, la policía y las becas

gubernamentales son parte de una misma vía de entrada. En múltiples testimonios, es la detención policial, y no los servicios de salud, la que termina conectando a la familia con los servicios de atención. Como relata un familiar: “Me hablaron de la comandancia, que estaba encerrado, y me preguntaron: ‘¿Nunca lo habían anexado? Anda muy mal’. Yo les respondí: ‘No, nunca’. Entonces me dijeron: ‘Mire, hay un programa de becas por cinco meses, ¿cómo ve?, enciérrelo, a ver si recapacita’” (Caso 1).

Este escenario deja al descubierto una grieta institucional: ante la falta de mecanismos de detección temprana, la policía, un actor cuya función principal no es sanitaria, termina siendo el punto que conecta a las familias con la atención. No solo detiene, también orienta e incluso facilita el ingreso a programas como **REINTEGRA**, un programa del Gobierno del estado de Aguascalientes orientado a la reducción del crimen y la reinserción social de personas con consumo problemático de sustancias (Gobierno del estado de Aguascalientes, 2018; 2019). A través de este programa, las instituciones de seguridad funcionan como un primer punto de contacto que permite canalizar a las personas hacia centros de tratamiento mediante esquemas de “becas” para internamientos residenciales. El programa REINTEGRA ha mostrado ser efectivo para reducir algunos delitos como los robos a casa-habitación, el robo vehicular y los arrestos relacionados con el consumo de sustancias (Gobierno del estado de Aguascalientes, 2018; 2019).

La intervención de la policía no es suficiente para concretar el ingreso, lo que realmente facilita la decisión es la beca. Al eliminar el costo, se reduce la principal barrera de acceso para las familias. Pero la beca hace algo más: ayuda a resolver las dudas frente al internamiento: “Me dijeron: ‘Esta es una beca por cinco meses, aprovéchala, tú no vas a pagar nada’. Entonces pensé: ‘Lo voy a meter... tengo que aprovechar de que no voy a pagar’” (Caso 7). Más que un apoyo económico, la beca funciona como un permiso para actuar. Permite que una decisión atravesada por el miedo, la culpa o la duda se convierta en una acción posible. Así, el acceso al tratamiento sigue una secuencia clara: la detención abre el contacto y la beca hace viable la decisión.

Entre la Esperanza y la Desconfianza

El contacto con los centros de tratamiento genera sentimientos encontrados, por un lado, alivio, por otro una desconfianza que persiste. Cuando la atención es adecuada, lo que más valoran las familias es el trato cercano y la capacidad de incluirlas en el proceso. El alivio surge cuando alguien reconoce también su angustia: “El director habla con mis hijos y conmigo. Me dijo: ‘Señora, la veo inquieta’. Yo le respondí: ‘Sí, lo que pasa es que quiero hacerle unas preguntas’. Entonces me dijo: ‘Adelante, lo que usted me quiera preguntar, yo le contesto’” (Caso 7). Este alivio no proviene únicamente del acompañamiento institucional. También tiene que ver con algo más cotidiano, el saber que su familiar está dentro, seguro en el centro implica una pausa en la incertidumbre cotidiana, en la vigilancia constante y en el temor a momentos de conflicto o de violencia en el hogar, al menos durante su proceso.

No obstante, esta experiencia de alivio convive siempre con la desconfianza. En el contexto mexicano, el conocimiento socialmente compartido sobre la violencia y las irregularidades en los llamados “anexos” configura una sospecha permanente. Más que confiar en el sistema, las familias necesitan confirmar que el daño no está ocurriendo: “No mamá, aquí no lo golpean, a lo mejor pos... entre ellos por algo, pero aquí hay mucha vigilancia, ¿si te fijaste?,

tienen las cámaras luego luego aquí a la entrada” (Caso 7). Este relato refleja no sólo la búsqueda de tranquilidad por parte de la madre, sino una expectativa de posible maltrato desde el inicio. La “vigilancia” aparece como una forma de asegurarse de que no haya violencia, lo que indica que la seguridad no se asume, sino que se verifica constantemente.

La irregularidad de muchos centros y la limitada supervisión institucional ponen a las familias en una situación compleja, por un lado, internan a su familiar para enfrentar la crisis, pero por otro tienen la preocupación de que su ser querido pueda ser maltratado. En este contexto, lo que se evalúa no es solo la recuperación, sino si se respeta o no la dignidad de la persona.

Reconfiguración Familiar

Una vez que la persona entra a tratamiento, la dinámica familiar empieza a cambiar, más allá de su recuperación individual. No significa que el problema se resuelva, pero sí transforma la forma en que la familia vive, siente y organiza su día a día, abriendo un espacio de alivio, reorganización y reconstrucción de los vínculos.

Del Sufrimiento al Respiro

Más allá de la recuperación física de la persona usuaria, el ingreso a tratamiento marca un cambio importante en la dinámica familiar. No solo impacta a quien consume, también permite que la familia salga, por fin, de un estado de alerta constante y recupere aspectos básicos de su vida cotidiana. Este alivio se nota, sobre todo, en algo muy simple pero fundamental, volver a descansar: “Ya me siento tranquila. Ya me siento mucho mejor. Más que nada, ya se me quitó el pendiente de: ¿dónde estará?, ¿cómo estará?” (Caso 1).

En esta etapa de respiro, el cuerpo vuelve a ser una señal clave, pero ahora en sentido contrario. Si antes la delgadez preocupaba, ahora el aumento de peso se ve como un signo de recuperación: “Me da gusto verlo así, más llenito, más gordito, más chapeteado, ya lo siento hasta más feliz, ya con ánimos de vivir” (Caso 4). Para las familias, estos cambios visibles son una de las primeras señales de recuperación.

Sin embargo, el cambio más profundo ocurre en el lenguaje del afecto y en la recuperación de la seguridad emocional. El reencuentro durante los días de visita en el espacio de tratamiento permite que gestos cotidianos recuperen su sentido: el contacto físico deja de generar alerta y vuelve a ser una forma de cuidado: “Ya el día que vine a verlo, bien contento, me abrazó, bueno, yo sentí su abrazo diferente” (Caso 3). Ese contacto distinto refleja que la relación empieza a reconstruirse desde un lugar de mayor seguridad.

Este paso de la incertidumbre a saber dónde está el otro reduce mucho la ansiedad: “Ahora sí que, de perdido, sé dónde está” (Caso 1). Estos espacios se convierten en un lugar donde la familia descarga parte de su desgaste. Sin embargo, el alivio no es completo, ya que sigue acompañado de culpa y de incertidumbre.

Lejos de tratarse de momentos aislados, las distintas dimensiones identificadas se entrelazan y dan forma a una trayectoria en la que la familia no solo observa lo que ocurre, sino que lo vive, lo enfrenta y, en muchos casos, se ve rebasada por la situación. En este recorrido, el paso hacia el tratamiento surge como el resultado de una acumulación de tensiones que desbordan el ámbito familiar, mientras que el ingreso a este no representa un cierre, sino una

pausa dentro de una trayectoria más amplia, en la que la familia comienza a recuperar cierta estabilidad mientras enfrenta la incertidumbre de lo que sigue.

Discusión

Los resultados de este estudio permiten comprender el consumo problemático de cristal, desde la perspectiva familiar, como una trayectoria relacional que se configura en la interacción entre dinámicas familiares, procesos emocionales y condiciones institucionales. A diferencia de enfoques centrados únicamente en la persona usuaria, aquí se observa que reconocer el consumo, por parte de la familia, no sucede de manera inmediata. Es un proceso lento y muchas veces contradictorio, en el que las familias van notando cambios en el cuerpo y en la conducta de su familiar e intentan explicarlos de distintas maneras y, con el tiempo, se enfrentan a situaciones que ya no pueden ignorar y que las obligan a nombrar lo que está pasando. En este sentido, el consumo no solo se identifica, sino que se construye como tal en la experiencia familiar.

Lo que muestran estos resultados coincide con otros estudios, ya que, para las familias, reconocer el consumo no es algo inmediato, sino que suele ser un proceso largo rodeado de incertidumbre o dificultad para que incluso su familiar acepte su consumo a pesar de la evidencia al respecto (Sampson et al., 2023; Webb et al., 2025). Sin embargo, aquí aparece un matiz importante, no es solo el deterioro físico o emocional lo que lleva a actuar, sino, sobre todo, cuando la violencia irrumpe y desestabiliza la vida familiar. En ese punto, la situación deja de poder sostenerse. La violencia no solo es una consecuencia del consumo, sino el momento que obliga a tomar decisiones y vuelve urgente la búsqueda de ayuda.

Tal como han documentado otras investigaciones, la violencia (Sampson et al., 2023) y los conflictos familiares están enmarcados por el cansancio emocional y físico de los familiares (Gordon et al., 2023; Rushton et al., 2025; Sampson et al., 2023) los cuales también sufren como parte de este consumo. Los resultados de este estudio permiten ver con más claridad cómo ese desgaste transcurre en la vida cotidiana al tener que cambiar las rutinas y modificar la forma de convivir, lo que afecta la salud de quienes viven en el mismo espacio. Poco a poco, el cuidado deja de basarse en la confianza y se convierte en una vigilancia constante, en un intento por contener lo que puede pasar en cada momento con su familiar.

En cuanto al acceso a tratamiento, los resultados también coinciden con lo que ya se ha señalado sobre falta de información (Rushton et al., 2025) y el estigma asociado al consumo (Sampson et al., 2023; Webb et al., 2025), pero aportan evidencia sobre cómo en contextos como el mexicano, los caminos para llegar a la atención no son claros y están relacionados con la falta de información y el estigma. En los casos analizados, las familias construyen sus propios caminos a partir de recomendaciones informales, la intervención de actores no sanitarios como la policía, y la posibilidad de acceder a apoyos económicos como becas para internamiento. Esto evidencia un sistema que no opera de manera preventiva, sino reactiva, donde el contacto con los servicios ocurre en momentos de crisis.

En este mismo sentido, los resultados permiten profundizar en el papel que asumen las familias en la búsqueda de atención. Tal como han señalado otros estudios, los familiares no solo acompañan el proceso, sino que participan activamente en la toma de decisiones y en la gestión del tratamiento (Almanza-Avenida y Gómez San Luis, 2020). En los casos analizados,

esto implica investigar opciones, contactar centros y concretar ingresos, lo que supone una carga que va más allá de lo emocional y se extiende a lo administrativo y económico. Desde la perspectiva de la ética del cuidado (Gilligan, 1993), estos hallazgos reflejan una distribución de roles en la que el bienestar del otro se coloca por encima del propio (Rushton et al., 2025; Sampson et al., 2023), mostrando que la familia no solo acompaña, sino que sostiene gran parte de la gestión de la crisis y del acceso al tratamiento.

En términos de aportaciones, este estudio permite comprender el consumo de metanfetamina tipo cristal como un fenómeno complejo y de alta relevancia en el contexto nacional, particularmente por su creciente demanda de atención en centros residenciales y por las implicaciones que tiene más allá de la persona usuaria.

Uno de los hallazgos más importantes es que, en muchos casos, no es únicamente el deterioro de la persona usuaria lo que lleva a buscar ayuda, sino todos los problemas que se presentan por el consumo como, por ejemplo, la violencia cuando aparece y vuelve la situación imposible de sostener. Es en estos momentos en los cuales las familias dejan de esperar y se ven obligadas a actuar. A esto se suma que no existen caminos claros para acceder al tratamiento, por lo que las familias terminan buscando opciones como pueden, en medio de la incertidumbre y la falta de información.

El estudio también muestra que este proceso no ocurre de forma ordenada ni progresiva. Más bien, está marcado por momentos de crisis, avances y retrocesos, y por una constante sensación de no saber qué hacer o a dónde acudir. En ese recorrido, el consumo no solo afecta a quien lo vive directamente, sino que reorganiza la dinámica familiar en su conjunto, generando un desgaste emocional, social y económico que atraviesa a todos sus integrantes.

Este estudio también tiene algunas limitaciones que es importante considerar. Por un lado, al trabajar con un muestreo intencional, es posible que hayan participado principalmente familias más involucradas en el proceso de atención, lo que deja menos visibles las experiencias de quienes no han logrado acceder a tratamiento. Por otro lado, la mayoría de las personas participantes fueron madres, lo que limita la posibilidad de comprender otras miradas dentro de la dinámica familiar. Además, al incluir en su mayoría a familias cuyos seres queridos ya se encontraban en tratamiento, los hallazgos pueden estar marcados por las condiciones propias de ese momento y no reflejar otras etapas del proceso.

A pesar de estas limitaciones los resultados permiten ver con mayor claridad el papel que tiene la familia en todo este proceso. Ya que no solo acompaña, sino que también interpreta lo que está pasando, toma decisiones y se encarga de buscar y gestionar la atención. En ese camino, asume una carga que no siempre es visible, especialmente en los enfoques que se centran únicamente en la persona usuaria.

A partir de estos resultados, sería importante que futuras investigaciones incorporen la experiencia de familias en distintos momentos de la trayectoria del consumo, especialmente aquellas que aún no han logrado acceder a servicios de atención. Asimismo, se vuelve necesario avanzar en el diseño y evaluación de intervenciones que consideren a la familia de manera más directa, no solo como acompañante, sino como una población que también necesita apoyo. En este sentido, programas como el Programa de Intervención por Consumo de Metanfetamina Tipo Cristal (PIMEC) (Martínez, Eudave-Patiño et al., 2026; Martínez et al., 2025) representan un avance al incluir componentes orientados a la comunicación y la relación familiar. Sin embargo, aún hace falta desarrollar estrategias pensadas específicamente para las necesidades de los

familiares, que les ayuden a tomar decisiones informadas y a reducir el impacto del consumo en su vida cotidiana.

Referencias

- Abbass, M., Al-Hemiary, N., & Sahib, H. B. (2024). The impact of methamphetamine on psychosocial variables in patients from Iraq. *Frontiers in Psychiatry, 15*, Article 1376636. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1376636>
- Almanza-Avenidaño, A. M., & Gómez San Luis, A. H. (2020). Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. *Salud Colectiva, 16*, e2523. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2523>
- Borges, G., Wang, P. S., Medina-Mora, M. E., Lara, C., & Chiu, W. T. (2007). Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *American Journal of Public Health, 97*(9), 1638–1643. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.090985>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Gordon, D. G., Russell, K., & Coventry, T. (2023). Ice in the family: Exploring the experiences of close family members when another family member is using methamphetamine: A longitudinal qualitative study. *Australian Journal of Advanced Nursing, 40*(4). <https://doi.org/10.37464/2023.404.1192>
- Glasner-Edwards, S., & Mooney, L. J. (2014). Methamphetamine psychosis: Epidemiology and management. *CNS Drugs, 28*(12), 1115–1126. <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0209-8>
- Martínez, K. I., Eudave-Patiño, M., Ojeda, Y. L., Robles, L., & Martín del Campo, R. (2026a). Programa de intervención por consumo de metanfetamina tipo cristal (PIMEC). Universidad Autónoma de Aguascalientes. <https://doi.org/10.33064/UAA/978-607-2638-88-4>
- Martínez, K. I., Robles, L., Ojeda, Y. L., & Eudave-Patiño, M. (2026b). I lost everything because of crystal: Psychosocial and familial consequences of methamphetamine use. *Salud Mental, 49*(1), 27–36. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2026.06>
- Martínez, K. I., Robles, L., Eudave-Patiño, M., Ojeda, Y. L., & Ibarra, C. J. (2025). PIMEC: Validación de un programa de intervención por consumo de cristal en México. *Revista de Psicoterapia, 36*(132), 56–63. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45736>
- McDonagh, D., Connolly, N., & Devaney, C. (2019). Bury don't discuss: The help-seeking behaviour of family members affected by substance-use disorders. *Child Care in Practice, 25*(2), 175–188. <https://doi.org/10.1080/13575279.2018.1448258>
- Meredith, C. W., Jaffe, C., Ang-Lee, K., & Saxon, A. J. (2005). Implications of chronic methamphetamine use: A literature review. *Harvard Review of Psychiatry, 13*(3), 141–154. <https://doi.org/10.1080/10673220591003605>
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine, 78*, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>
- Rushton, C. M., Kelly, P. J., Larance, B., Townsend, C. J., Thomas, T., & Beck, A. K. (2025). A qualitative exploration of affected family members' responses to methamphetamine use

- using the family resilience framework. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 174, Article 209710. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2025.209710>
- Sampson, D., Heinsch, M., Geddes, J., Velleman, R., Velleman, G., Teesson, M., Newton, N., & Kay-Lambkin, F. (2023). I no longer know that person: Experiences of families living with someone using crystal methamphetamine. *PLoS ONE*, 18(4), e0284156. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284156>
- Scott, J. C., Woods, S. P., Matt, G. E., Meyer, R. A., Heaton, R. K., Atkinson, J. H., & Grant, I. (2007). Neurocognitive effects of methamphetamine: A critical review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 17(3), 275–297. <https://doi.org/10.1007/s11065-007-9031-0>
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). (2026). *Informe SISVEA 2024*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1053432/Informe_SISVEA2024.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2025). *World drug report 2023*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html>
- Watanabe-Galloway, S., Ryan, S., Hansen, K., Hullsiek, B., Muli, V., & Malone, A. C. (2009). Effects of methamphetamine abuse beyond individual users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(3), 241–248. <https://doi.org/10.1080/02791072.2009.10400534>
- Webb, P., Clay, S., Degenhardt, L., Dawe, S., & McKetin, R. (2025). Family relationships with someone who uses methamphetamine: Interviews with various family members. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/09687637.2025.2565999>