



**INSTITUTO**

SOBRE ALCOHOLISMO  
Y FARMACODEPENDENCIA

GOBIERNO DE COSTA RICA

---

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN,  
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LOS CAMBIOS  
PSICOSOCIALES REPORTADOS POR PERSONAS  
USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA,  
PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL DEL PROCESO  
DE ATENCIÓN A PACIENTES DEL IAFA**

---

**COSTA RICA**  
**SEPTIEMBRE, 2026**



**INSTITUTO**  
SOBRE ALCOHOLISMO  
Y FARMACODEPENDENCIA  

---

GOBIERNO DE COSTA RICA

## **INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA**

---

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN,  
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LOS CAMBIOS  
PSICOSOCIALES REPORTADOS POR PERSONAS  
USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA,  
PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL DEL PROCESO  
DE ATENCIÓN A PACIENTES DEL IAFA**

---

**PROCESO DE INVESTIGACIÓN  
SEPTIEMBRE, 2026**

**COSTA RICA**



**INSTITUTO**  
SOBRE ALCOHOLISMO  
Y FARMACODEPENDENCIA  

---

GOBIERNO DE COSTA RICA

**Consejo Editorial**

Irene Alvarado Rojas  
Marlyn Hernández Salazar  
Viviana Mora Morales  
Ericka Trejos Gómez

---

**Proceso de Investigación**

Irene Delgado Mora  
Colaboración de: Silvia Salas Durán

---

**Diagramación**

Viviana Mora Morales

362.290.972.86

I-59 -e

**Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia**

Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA / Proceso de investigación: Irene Delgado Mora; colaboración: Silvia Salas Durán. --[1a. ed.]-- [San José, Costa Rica]: IAFA, [2026].

72 p.

ISBN: 978-9930-510-52-0

**1. CONSUMO DE DROGAS—COSTA RICA—TRATAMIENTO 2. INTERVENCIÓN  
COMUNITARIA 3. REDES DE APOYO SOCIAL 4. RELACIONES FAMILIARES.**

# Tabla de Contenidos

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Contexto .....                                                      | 5  |
| 2. Introducción .....                                                  | 6  |
| 3. Justificación del problema .....                                    | 8  |
| 4. Antecedentes .....                                                  | 10 |
| 5. Objetivos .....                                                     | 11 |
| 5.1 Objetivo general .....                                             | 11 |
| 5.2 Objetivos específicos .....                                        | 11 |
| 6. Marco teórico .....                                                 | 12 |
| 7. Metodología.....                                                    | 16 |
| 7.1 Muestreo de informantes .....                                      | 17 |
| 7.2 Instrumento utilizado .....                                        | 17 |
| 7.3 Plan de análisis de los resultados .....                           | 18 |
| 8. Análisis de resultados .....                                        | 21 |
| 8.1 Caracterización de las personas participantes.....                 | 21 |
| 8.1.1 Descripción general de la muestra .....                          | 21 |
| 8.2 Percepción de cambios y adherencia al tratamiento .....            | 27 |
| 8.2.1 Patrones de consumo según el tipo de sustancia psicoactiva ..... | 27 |
| 8.3 Percepción de bienestar y contexto social .....                    | 42 |
| 8.4 Percepción de la atención y oportunidades de mejora .....          | 62 |
| 9. Discusión.....                                                      | 67 |
| 10. Conclusiones .....                                                 | 69 |
| 11. Recomendaciones.....                                               | 71 |
| 12. Referencias .....                                                  | 73 |
| 13. Anexos.....                                                        | 76 |
| 12.1 Entrevista .....                                                  | 76 |

# 1. Contexto

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) realiza una labor esencial en Costa Rica, al proporcionar un servicio integral tanto a las personas que afrontan trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, como a sus familiares. Mediante un enfoque interdisciplinario, que incluye la psicología, la medicina y el trabajo social, se promueve un abordaje orientado a favorecer la efectividad y la sostenibilidad de los resultados terapéuticos.

En este sentido, la calidad de la atención brindada constituye un elemento crucial para el éxito del proceso de atención y el bienestar de las personas usuarias. Cabe destacar que, brindar una atención especializada no solo significa aplicar conocimientos técnicos actualizados, incluye incorporar elementos esenciales como la empatía, la igualdad, las habilidades blandas por parte de las personas profesionales a cargo, la oportunidad, la seguridad, la eficiencia, la continuidad, la eficacia, el acceso y el enfoque centrado en la persona usuaria.

La presente investigación surge de la necesidad de evaluar la calidad de la atención en los servicios de medicina, psicología y trabajo social brindados dentro del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA.

## 2. Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas constituye una problemática compleja que incide en diversas dimensiones de la vida de las personas, entre ellas la salud física, psicológica y social. En este contexto, los servicios dirigidos a esta población requieren no solo enfoques terapéuticos adecuados, sino también procesos de evaluación que permitan valorar la calidad de la atención brindada y su relación con la experiencia de las personas usuarias.

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), a través del Proceso de Atención a Pacientes, ofrece servicios interdisciplinarios en las áreas de medicina, psicología y trabajo social, orientados a la atención integral de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas. En este sentido, resulta relevante analizar no solo los cambios percibidos durante el proceso de tratamiento, sino también la valoración de las personas usuarias respecto de la atención recibida, como insumo fundamental para la mejora continua.

El alcance de este estudio comprende el análisis de diversas dimensiones relevantes para valorar la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por las personas usuarias de los servicios mencionados. En este sentido, se integran tres dimensiones principales: en primer lugar, los patrones de consumo de sustancias psicoactivas; en segundo lugar, las condiciones psicosociales asociadas, incluyendo el bienestar físico, psicológico y social; y, en tercer lugar, la valoración de la atención recibida. Esta integración permite una comprensión más amplia del proceso de atención, al considerar tanto los cambios reportados por las personas usuarias como su satisfacción con los servicios brindados.

En correspondencia con lo anterior, el estudio analiza características generales de la población participante, así como aspectos relacionados con los patrones de consumo, el bienestar físico y psicológico, el estado emocional, las relaciones interpersonales y la situación laboral o académica. Asimismo, se examina

la percepción de las personas usuarias respecto de la atención recibida, los cambios reportados durante el tratamiento y las principales oportunidades de mejora identificadas a partir de sus valoraciones.

De esta manera, la investigación busca aportar elementos que contribuyan al fortalecimiento de la calidad de los servicios, mediante la generación de información relevante para orientar la toma de decisiones y la mejora continua en el abordaje integral de las personas atendidas en el IAFA.

### 3. Justificación del problema

El IAFA, como ente especializado en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de personas con trastornos derivados del uso de sustancias psicoactivas, desempeña un papel importante dentro del sistema de salud pública. Por lo tanto, resulta necesario que los servicios brindados en las áreas de psicología, medicina y trabajo social se desarrollen bajo criterios de calidad que favorezcan la accesibilidad, la continuidad, la pertinencia y la satisfacción de las personas usuarias.

Cabe destacar que la atención a personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas requiere considerar su complejidad y sensibilidad, tanto desde el punto de vista clínico como psicosocial y emocional. Por ello, es importante que los servicios no solo sean oportunos y accesibles, sino que también incorporen procesos de evaluación orientados a la mejora continua. La valoración de la percepción del servicio recibido por las personas usuarias permite dar seguimiento a su experiencia e identificar tanto los aspectos positivos que deben mantenerse como las áreas que requieren fortalecimiento. Esta retroalimentación directa ofrece información relevante sobre la atención recibida, la calidez del trato, la claridad de la información proporcionada y la percepción de los abordajes terapéuticos.

Por otra parte, la calidad del servicio constituye un pilar fundamental para el fortalecimiento de las instituciones dedicadas al sector salud. Una atención valorada de manera favorable puede contribuir a la confianza, la adherencia al tratamiento y la disposición de las personas usuarias para continuar o retomar los procesos de atención. Para una institución como el IAFA, cuya labor se orienta a la atención integral de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, fortalecer la calidad de los servicios puede favorecer mejores condiciones para el acompañamiento terapéutico, la continuidad de la atención y la respuesta institucional ante las necesidades de la población usuaria.

Además, la evaluación de la calidad no constituye un ejercicio aislado, sino un proceso dinámico y continuo que permite identificar oportunidades de mejora y adaptar los servicios a



las necesidades de la población atendida. A partir de esta información, el IAFA puede valorar estrategias basadas en evidencia, optimizar sus procesos de atención, fortalecer las capacidades del personal y mejorar progresivamente los servicios brindados.

Finalmente, en un contexto donde la transparencia y la rendición de cuentas son cada vez más relevantes, la evaluación sistemática de la calidad permite evidenciar el compromiso institucional con la mejora continua. Al incorporar la perspectiva de las personas usuarias en la toma de decisiones, el IAFA fortalece sus procesos internos y contribuye a una atención más centrada en la persona, equitativa y pertinente para el abordaje de las problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

En resumen, la evaluación de la calidad de la atención en el IAFA constituye una herramienta relevante para orientar la mejora de los servicios, fortalecer la toma de decisiones institucionales y contribuir al bienestar de las personas usuarias

## 4. Antecedentes

El tema de la atención recibida y la satisfacción de las personas usuarias en los servicios de salud dirigidos al abordaje de problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas resulta de particular interés para una institución como el IAFA. Por ello, se han realizado evaluaciones previas relacionadas con la satisfacción con el servicio y la adherencia al tratamiento.

Por ejemplo, Chacón (2014), en el estudio *Servicios de tratamiento para problemas en el consumo de drogas. Características de la oferta y la accesibilidad territorial en Costa Rica*, describió la oferta de servicios en materia de tratamiento, tanto a nivel gubernamental como no gubernamental desde la perspectiva de los tipos de programas ofrecidos y su distribución por provincias del país.

Posteriormente, el IAFA (2021), en el estudio *Adherencia al tratamiento en los servicios ambulatorios del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, para personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, Costa Rica 2019-2020*, desarrolló una investigación en la cual se analizaron variables que podían influir en la permanencia o no en el tratamiento. Dicho estudio señaló la pertinencia de incorporar en la planificación de la estrategia de abordaje integral, elementos relacionados con la accesibilidad, la satisfacción de las personas usuarias e, incluso, factores geográficos que influyen en la adherencia a los diferentes tratamientos brindados por la institución.

Por último, se identifica una tercera investigación denominada *Satisfacción del servicio recibido en las personas usuarias del programa ambulatorio de atención a pacientes* (IAFA, 2022), en la cual la valoración del servicio se analizó desde la experiencia de las personas usuarias, considerando la infraestructura del servicio y la dinámica terapéutica, entendida como la experiencia recibida por parte de las personas profesionales.

# 5. Objetivos

## 5.1 Objetivo general

Evaluar la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por las personas usuarias de los servicios de psicología, trabajo social y medicina del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA, a partir de la valoración de las personas usuarias, con el fin de generar información relevante para la mejora continua de los servicios, la toma de decisiones institucionales y el fortalecimiento de la atención.

## 5.2 Objetivos específicos

- Valorar la percepción de las personas usuarias sobre los cambios reportados y los aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento brindado por el equipo interdisciplinario del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA.
- Identificar las áreas psicosociales en las que las personas usuarias reportan cambios asociados con su proceso de atención.
- Identificar oportunidades de mejora en los servicios del Proceso de Atención a Pacientes, a partir de la percepción de las personas usuarias sobre la atención recibida.

## 6. Marco teórico

La evaluación de la calidad en los servicios de salud ha evolucionado con el tiempo. Actualmente, no se entiende únicamente desde una perspectiva técnica o institucional, sino desde un enfoque integral que coloca a las personas usuarias en el centro de la atención y del análisis (Donabedian, 2005). En este sentido, la calidad de la atención en salud comprende aspectos como la oportunidad, el acceso a los servicios, la continuidad de la atención, la seguridad y la efectividad de las intervenciones. Estos elementos, además de reflejar la organización y el funcionamiento de los servicios, inciden en la satisfacción y percepción de las personas usuarias, por lo que constituyen indicadores relevantes para valorar la atención brindada (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Desde esta perspectiva, la percepción de las personas usuarias adquiere un papel relevante en los procesos de evaluación y mejora continua de los servicios de salud. La calidad percibida permite conocer cómo las personas valoran la atención recibida, considerando aspectos como el trato digno, la empatía, la confianza en la institución y el respeto de los derechos humanos (Donabedian, 2005). En contextos complejos, como la atención de personas con trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, esta retroalimentación resulta especialmente importante, ya que aporta información útil para comprender la experiencia de atención y orientar la toma de decisiones institucionales.

En relación con lo anterior, el enfoque de atención centrada en la persona plantea que los servicios de salud deben organizarse considerando las necesidades, preferencias, valores y contextos particulares de las personas usuarias (OMS, 2018). De esta manera, la calidad no depende únicamente del cumplimiento de procedimientos técnicos, sino también de elementos como la escucha activa, la empatía, la comunicación clara y el trato respetuoso por parte de las personas profesionales. En el abordaje de las adicciones, la construcción de un vínculo terapéutico basado en la confianza, el rapport y la participación de la persona usuaria puede favorecer la adherencia al tratamiento y la continuidad del proceso terapéutico. Asimismo, este enfoque contribuye a generar espacios más seguros y menos estigmatizantes, promoviendo la participación de las personas usuarias en su proceso de atención y recuperación.

Debido a la complejidad y al carácter multicausal del consumo de sustancias psicoactivas, los abordajes lineales o centrados en una única disciplina pueden resultar limitados para responder de manera integral a las necesidades de esta población. Diversas investigaciones y organismos internacionales señalan que la atención puede fortalecerse cuando se desarrolla desde equipos interdisciplinarios, en los cuales distintas áreas profesionales trabajan de forma articulada para abordar las dimensiones físicas, psicológicas y sociales asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (OMS, 2022; García & López, 2021).

En este contexto, cada disciplina aporta elementos específicos al proceso de atención. La medicina aborda aspectos relacionados con la salud física, los síndromes de abstinencia y otras condiciones clínicas; la psicología trabaja procesos emocionales, cognitivos y estrategias de afrontamiento; mientras que el trabajo social interviene en factores sociales, familiares, laborales y comunitarios que inciden en la situación de la persona usuaria (García & López, 2021). La integración de estas disciplinas permite una comprensión más amplia de las necesidades de las personas atendidas y puede favorecer tanto la continuidad del tratamiento como una valoración más positiva de los servicios recibidos.

Entre los modelos teóricos utilizados para comprender los cambios comportamentales en personas que consumen sustancias psicoactivas, destaca el Modelo Transteórico del Cambio (MTC), desarrollado por Prochaska y DiClemente. Este plantea que el cambio de conducta ocurre de manera progresiva mediante distintas etapas, entre ellas la precontemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento. Cada etapa representa diferentes niveles de disposición frente al cambio y permite comprender que la recuperación no ocurre de manera inmediata, sino como un proceso gradual y dinámico (Prochaska & DiClemente, 1986).

Asimismo, el modelo plantea la existencia de procesos de cambio tanto cognitivos como conductuales, tales como el aumento de conciencia, el control de estímulos y el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento, los cuales pueden fortalecerse mediante las intervenciones desarrolladas por el equipo interdisciplinario.

Asociado a este modelo, Bandura (1977) desarrolla el concepto de autoeficacia, entendido como la creencia de la persona en su capacidad para enfrentar situaciones específicas y ejecutar acciones

relacionadas con el cambio de conducta, como controlar o suspender el consumo de sustancias en contextos de riesgo. Según Prochaska y DiClemente (1986), la percepción de autoeficacia puede variar según la etapa del cambio en que se encuentre la persona y relacionarse con la permanencia en el tratamiento o con la posibilidad de recaídas.

No obstante, para efectos metodológicos de la presente investigación, la teoría de la autoeficacia se utiliza principalmente como un marco conceptual para interpretar los hallazgos relacionados con la salud psicológica y el bienestar percibido. Dado que el instrumento aplicado no incorpora escalas específicas para medir autoeficacia, las relaciones establecidas entre estas variables deben entenderse como una interpretación teórica y no como una conclusión categórica derivada directamente de los resultados.

Por otra parte, la adherencia al tratamiento no depende únicamente de la motivación individual de la persona usuaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) señala que esta se encuentra influenciada por factores sociales, económicos, institucionales y clínicos, tales como la accesibilidad a los servicios, la oportunidad de las citas, el apoyo familiar y la relación establecida con las personas profesionales.

Desde la Teoría del Aprendizaje Social, Bandura (1986) explica que el comportamiento humano se desarrolla mediante la interacción entre factores personales, conductuales y ambientales. En este sentido, el entorno familiar, las amistades y la comunidad pueden influir tanto en el inicio y mantenimiento del consumo como en el proceso de recuperación y adherencia terapéutica. Asimismo, las redes de apoyo y las relaciones interpersonales positivas pueden funcionar como factores protectores que favorecen la motivación, la resiliencia y la permanencia de las personas usuarias en los procesos de atención.

Finalmente, el modelo de reducción de daños constituye un enfoque orientado a disminuir las consecuencias negativas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, tanto para la salud como para el entorno social y los derechos humanos (IAFA, 2017). Este enfoque reconoce que no todas las personas están preparadas o dispuestas a suspender el consumo de manera inmediata, por lo que plantea estrategias más flexibles y centradas en la realidad de la población usuaria (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2013).

La Red Iberoamericana de Organizaciones no Gubernamentales que Trabajan en Drogodependencias (RIOD, 2018), así como el marco normativo costarricense sustentado en la Ley N.º 8204, respaldan este enfoque como una estrategia orientada a la equidad, la inclusión social y el respeto de los derechos humanos.

De igual manera, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA, 2020), mediante el *Modelo de abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública*, promueve una atención continua, flexible, gratuita y digna, centrada en las personas usuarias y desarrollada desde el enfoque de salud pública. Desde esta perspectiva, la recaída no se interpreta necesariamente como un fracaso terapéutico, sino como una situación que puede formar parte del proceso de recuperación y cambio, favoreciendo así la continuidad del acompañamiento profesional y el respeto de la dignidad de las personas usuarias.

## 7. Metodología

El estudio se abordó mediante un diseño cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia, compuesta por 140 personas usuarias que se encontraban recibiendo servicios de tratamiento en la institución objeto de estudio. La elección del diseño descriptivo se fundamentó en el objetivo de explorar y detallar las características y percepciones de las personas usuarias en relación con la calidad del tratamiento recibido. Según Hernández Sampieri et al. (2010), los estudios descriptivos permiten especificar las características, propiedades o perfiles de personas, grupos, comunidades o fenómenos sometidos a análisis.

En este sentido, la investigación se centró en medir y analizar diversas dimensiones relacionadas con la calidad percibida del tratamiento, identificando las percepciones, experiencias y valoraciones de las personas usuarias respecto de aspectos clave como la atención recibida, la efectividad percibida de las intervenciones, la comunicación con las personas profesionales, el acceso a los servicios y otros factores relevantes derivados del marco teórico y de los objetivos específicos del estudio. La calidad percibida del tratamiento constituye, por tanto, el eje central de la recolección y el análisis de los datos.

Para la obtención de la información primaria, se empleó la técnica de encuesta, implementada mediante la administración individual de un cuestionario estructurado. Este instrumento permitió recopilar información relacionada con patrones de consumo de sustancias psicoactivas, bienestar físico y psicológico, relaciones interpersonales, actividades laborales o académicas, adherencia al tratamiento y percepción de la atención recibida. El cuestionario incluyó principalmente preguntas cerradas con opciones de respuesta predefinidas, escalas de valoración y preguntas de selección múltiple, lo que facilitó el procesamiento y análisis cuantitativo de la información. Asimismo, incorporó preguntas abiertas que permitieron obtener información complementaria sobre la percepción de las personas usuarias respecto de los servicios recibidos.



La recolección de datos se llevó a cabo durante mayo de 2025. En este período, se contactó a las personas usuarias que cumplían con los criterios de inclusión y se les invitó a participar de forma voluntaria y anónima en el estudio. La administración del cuestionario se realizó de manera individual, garantizando la confidencialidad de las respuestas y el consentimiento informado de las personas participantes.

Los procedimientos específicos de aplicación del cuestionario incluyeron tanto la modalidad presencial, para aquellas personas que cumplían con los requisitos y acudieron a consulta durante ese periodo, como la entrevista telefónica. Esta última se utilizó en los casos en que se consideró más adecuada, ya fuera porque las personas no podían asistir presencialmente o porque no tenían citas programadas dentro del plazo establecido.

## 7.1 Muestreo de informantes

Los criterios de inclusión de las personas participantes fueron los siguientes:

- Personas que se encontraban en proceso de tratamiento dentro del Proceso de Atención a Pacientes.
- Personas que tenían consultas con profesionales de las áreas de medicina, psicología y trabajo social.

## 7.2 Instrumento utilizado

Para la recolección de la información se utilizó el Instrumento de Recuperación Temprana (IRT), en su versión breve, empleada por el Proceso de Atención a Pacientes del IAFA como herramienta de seguimiento y evaluación de las personas usuarias durante el tratamiento. El instrumento fue adaptado a la plataforma Microsoft Forms para facilitar su aplicación y la gestión de la información. Posteriormente, los datos recopilados fueron exportados a una base de datos en Microsoft Excel para su procesamiento y análisis.

Dado que el IRT Breve corresponde a un instrumento previamente establecido y utilizado por el Proceso de Atención a Pacientes, la presente investigación no contempló el diseño, ni la validación de un

nuevo instrumento. El trabajo realizado consistió en la adaptación del cuestionario a Microsoft Forms y en el análisis de la información obtenida a partir de la base de datos generada.

### 7.3 Plan de análisis de los resultados

A continuación, se presenta el cuadro descriptivo con la operacionalización de las variables:

**Tabla 1**

Matriz de variables del estudio

| Objetivos                                                                                                                                                                               | Variables                                        | Clasificación                 | Indicador                                                                                      | Operacional / Preguntas                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evaluar si las personas usuarias muestran cambios significativos y la adherencia al tratamiento brindado por el equipo interdisciplinario del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA. | Frecuencia de consumo activo                     | Preguntas cerradas            | Indicar días de consumo según SPA                                                              | De esas sustancias, ¿cuál considera que le genera más problema? (sustancia principal) Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días ha consumido dicha sustancia psicoactiva? En total, ¿cuántos días ha consumido en las últimas 4 semanas?                                                    |
|                                                                                                                                                                                         | Estado emocional cuando empezó el tratamiento    | Escala likert                 | Puntuar del 0 al 5                                                                             | ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                         | Estado emocional actual (últimas cuatro semanas) | Escala likert                 | Puntuar del 0 al 6                                                                             | ¿Cuál es su estado emocional general en este momento?                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                         | Satisfacción actual con su vida en general       | Escala likert                 | Puntuar del 0 al 10 donde 0 es muy mala y 10 es excelente                                      | Pensando en las últimas 4 semanas, ¿Qué tan satisfecho está con su vida en general? (Es capaz de disfrutar de la vida, consigue estar bien con sus seres queridos y entorno en general).                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                         | Calidad de relaciones interpersonales            | Escala likert                 | Muy mala, mala, ni buena ni mala, buena, excelente, no aplica.                                 | Pensando en las últimas 4 semanas, usted diría que la calidad de sus relaciones es ¿Excelente, buena, ni buena ni mala, mala, muy mala?                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                         | Actividades productivas                          | Preguntas abiertas y cerradas | Marcar opciones "Trabajo, estudia, ambos, ninguno de los anteriores", indicar cantidad de días | ¿A que se dedica? Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días ha trabajado (remunerado o no, formal o informal*) o estudiado? N° de días: _____<br>***Incluye el tiempo dedicado a las labores de la casa y/o al cuidado de otras personas (hijos, adultos mayores, personas discapacitadas). |

|                                                                                                                                                        |                            |                        |                                                                                                       |                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Determinar las áreas psicosociales en las que las personas usuarias han experimentado mejoras.                                                         |                            |                        |                                                                                                       | Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días ha estudiado?                                                                                             |
|                                                                                                                                                        | Comportamiento pro social  | Preguntas de selección | Si o no / Cantidad de días                                                                            | En el último mes, ¿has presentado algún conflicto con la ley?<br>Pensando en las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha cometido algunos de estos actos? |
|                                                                                                                                                        | Salud física               | Escala likert          | Puntuar del 0 a 10 donde 0 es muy mala, no podría estar peor y 10 es excelente, no podría estar mejor | Durante las últimas 4 semanas usted diría que su salud física es                                                                                       |
|                                                                                                                                                        | Salud psicologica          | Escala likert          | Puntuar del 0 a 10 donde 0 es muy mala, no podría estar peor y 10 es excelente, no podría estar mejor | Durante las últimas 4 semanas usted diría que su salud psicológica es:                                                                                 |
| Identificar oportunidades de mejora en los servicios del Proceso de Atención a Pacientes a través de la evaluación de la satisfacción de los usuarios. | Impacto el tratamiento     | Escala likert          | Puntuar del 0 al 5                                                                                    | ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?                                               |
|                                                                                                                                                        | Satisfacción               |                        |                                                                                                       |                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                        | Satisfacción               | Escala likert          | Puntuar del 0 al 5                                                                                    | En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?                                    |
|                                                                                                                                                        | Recomendación de servicios | Pregunta abierta       | Observaciones                                                                                         | Identificar oportunidades de mejora en los servicios del Proceso de Atención a Pacientes a través de la evaluación de la satisfacción de los usuarios. |

Nota: Variables para la investigación denominada, Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA. (IAFA, 2026).



**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN,  
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LOS CAMBIOS  
PSICOSOCIALES REPORTADOS POR PERSONAS  
USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA,  
PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL DEL PROCESO  
DE ATENCIÓN A PACIENTES DEL IAFA**



**INSTITUTO**  
SOBRE ALCOHOLISMO  
Y FARMACODEPENDENCIA  

---

GOBIERNO DE COSTA RICA

## 8. Análisis de resultados

En este apartado se presentan los principales hallazgos derivados de la encuesta aplicada a personas usuarias del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA.

Los resultados se exponen mediante figuras y texto analítico, con el propósito de facilitar la comprensión de las tendencias observadas y su relación con los objetivos específicos del estudio.

### 8.1 Caracterización de las personas participantes

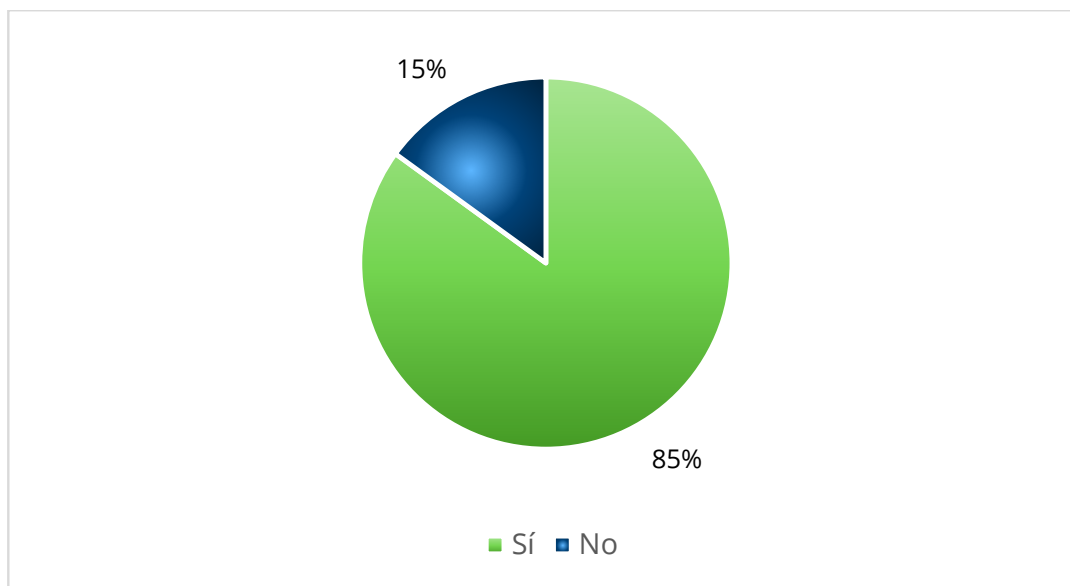
#### 8.1.1 Descripción general de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 140 personas, quienes fueron contactadas de forma presencial y por vía telefónica. Según se observa en la Figura 1, el 85 % de este total, equivalente a 119 personas, accedió a participar en la entrevista, mientras que el 15 % restante, correspondiente a 21 personas, declinó hacerlo.

La tasa de respuesta permitió analizar el grado de adherencia al tratamiento ofrecido por el equipo interdisciplinario del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA y evaluar los posibles cambios reportados por las personas participantes. Además, los resultados permitieron identificar mejoras percibidas por la mayoría de las personas encuestadas en diferentes áreas psicosociales, así como oportunidades para optimizar los servicios brindados.

## Figura 1

Distribución de la muestra según la aceptación de participación en la encuesta. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA (IAFA, 2026).

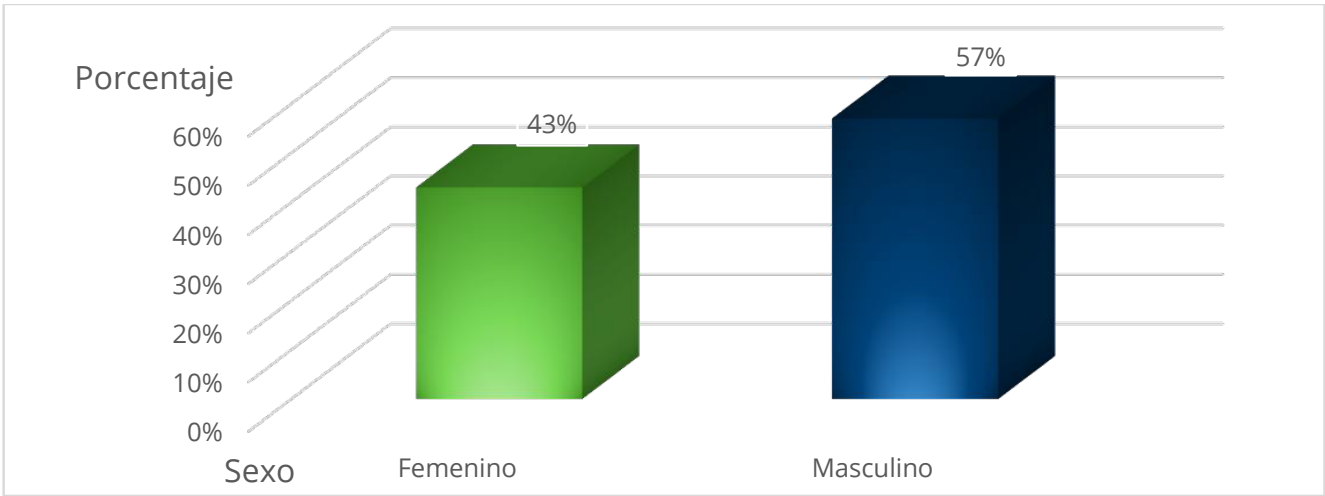
La **Figura 2** muestra la distribución porcentual de las personas encuestadas según sexo. De las 119 personas que aceptaron participar en la entrevista, el 57 % se identificó como hombre, mientras que el 43 % se identificó como mujer. Esta diferencia refleja un predominio del sexo masculino en la muestra.

La información resulta relevante para el análisis, ya que permite identificar posibles patrones diferenciados en la percepción de la calidad del servicio, la adherencia al tratamiento y las mejoras psicosociales según el sexo de las personas usuarias. Asimismo, esta distribución puede ser indicativa de la composición de la población atendida por el IAFA o de una característica específica del grupo que aceptó participar en la investigación.

Por lo tanto, la variable sexo constituye un elemento por considerar en el análisis comparativo de los resultados, especialmente en lo relacionado con la experiencia de atención brindada por los equipos interdisciplinarios de medicina, psicología y trabajo social.

**Figura 2**

Distribución de la muestra según sexo. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

**La Figura 3** presenta la distribución de las personas participantes según rango de edad. Se observa que el grupo con mayor representación corresponde al rango de 30–44 años, con un 36,97 % del total. Le sigue el rango de 45–59 años, equivalente al 31,09 %. En menor proporción, se identificó el rango de 60 o más, con un 16,81 %, y, por último, el rango de 18–29 años, que representó el 15,13 % de la muestra.

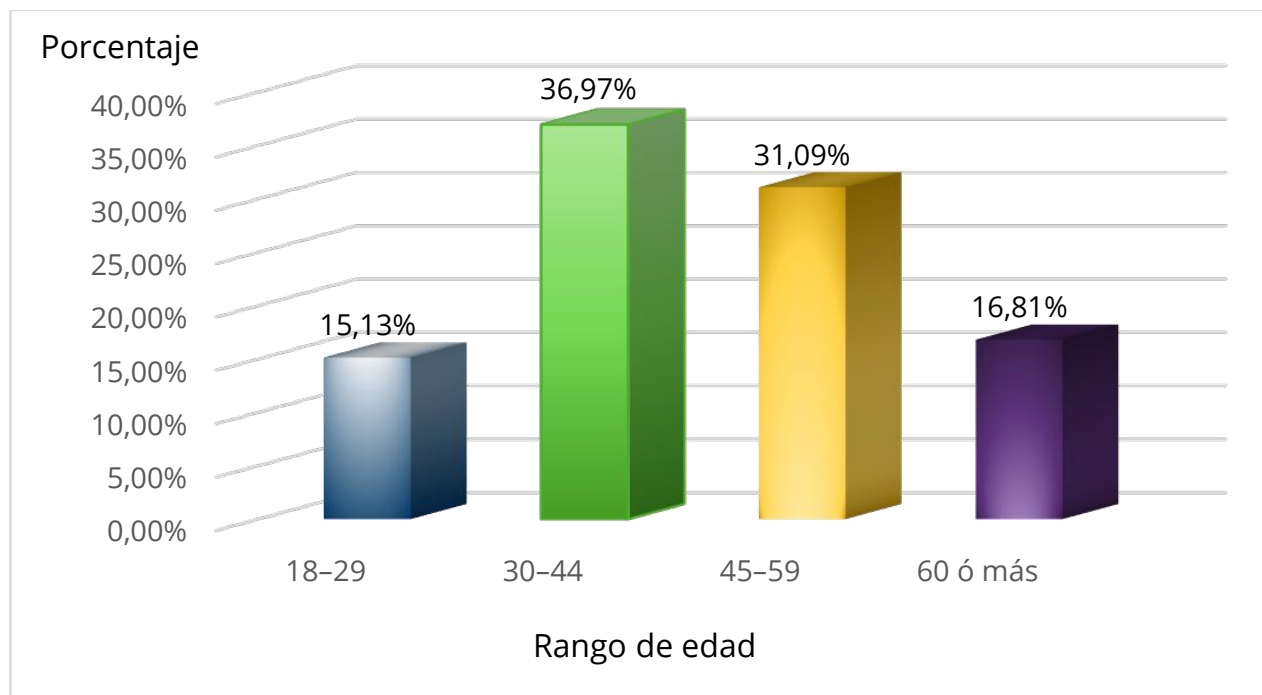
Estos datos evidencian que la mayoría de las personas entrevistadas se concentra en los rangos de 30–44 y 45–59 años, lo cual podría estar relacionado con etapas de vida en las que se presentan mayores responsabilidades personales, laborales o familiares, así como una mayor demanda de apoyo en salud física, mental o social. La menor participación de los rangos de 18–29 años y 60 o más podría estar vinculada con factores como el acceso, la disponibilidad o la percepción de necesidad del servicio.

Este perfil por rango de edad es relevante para interpretar los hallazgos del estudio, ya que las percepciones sobre la calidad de los servicios del IAFA y la adherencia al tratamiento pueden variar según la etapa del ciclo de vida. Asimismo, permite al equipo interdisciplinario identificar los rangos con mayor presencia y valorar estrategias para mejorar la cobertura y la pertinencia del servicio en los grupos con menor representación.



### Figura 3

Distribución de la muestra según grupo etario. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

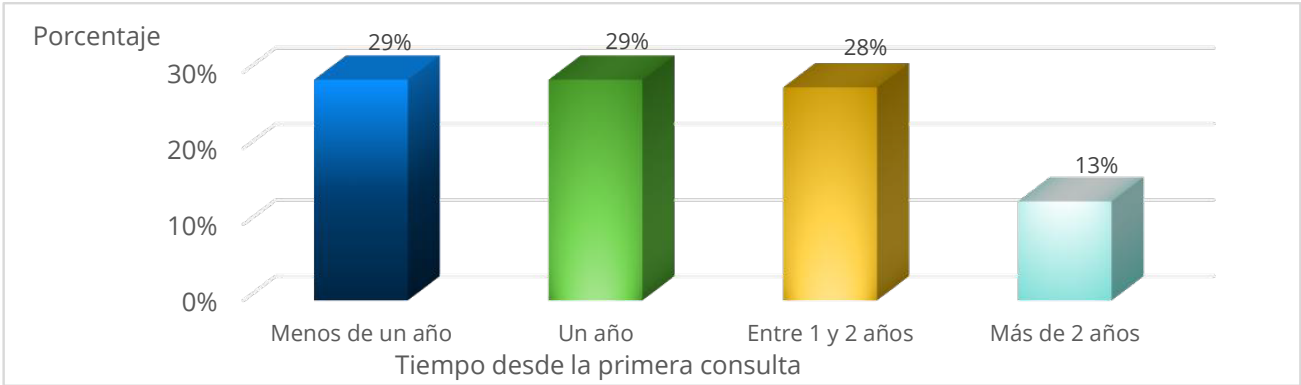
La **Figura 4** muestra la distribución de las personas participantes según el tiempo transcurrido desde su primera consulta en el IAFA. Se observó que el 29 % indicó haber asistido por primera vez hace menos de un año, mientras que un porcentaje igual, también del 29 %, señaló que su primera consulta ocurrió hace aproximadamente un año. Por su parte, el 28 % reportó un tiempo de asistencia entre uno y dos años, y únicamente el 13 % indicó haber iniciado su proceso de atención hace más de dos años.

Lo anterior refleja que la mayoría de las personas participantes tenía una vinculación reciente con los servicios del IAFA, lo cual podría estar relacionado con una mayor disponibilidad para participar en el estudio o con el interés generado por una experiencia de atención aún cercana.

A su vez, la baja proporción de personas con más de dos años de asistencia podría sugerir retos en la retención a largo plazo o en la disposición de estas personas usuarias para participar en procesos evaluativos. Este fenómeno puede analizarse desde modelos integradores que destacan la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos, sociales e institucionales en la adherencia al tratamiento (Engel, 1977; OMS, 2004).

**Figura 4**

Distribución de la muestra según tiempo transcurrido desde la primera consulta. IAFA, Costa Rica, 2025



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

## 8.2 Percepción de cambios y adherencia al tratamiento

### 8.2.1 Patrones de consumo según el tipo de sustancia psicoactiva

A continuación, se exponen los resultados referentes al consumo de sustancias psicoactivas. Resulta importante contextualizar la interpretación de estos datos, considerando que el instrumento de recolección incluyó preguntas de selección múltiple. Este formato permitió que cada persona participante señalara todas las sustancias que consumía.

Por lo tanto, los porcentajes presentados son independientes y reflejan la prevalencia de consumo de cada sustancia en particular dentro de la muestra, pero no una distribución exclusiva. En consecuencia, la suma de los porcentajes individuales excede el 100 %, lo cual evidencia la presencia de policonsumo entre las personas entrevistadas.

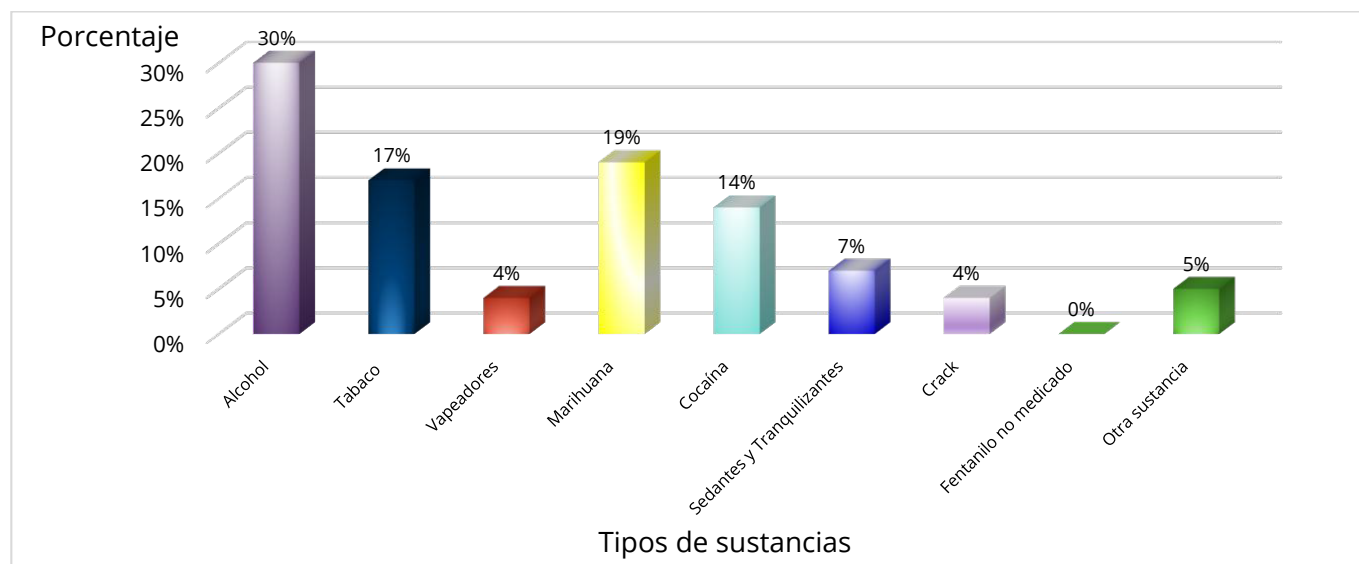
La **Figura 5** muestra la distribución de los tipos de sustancias psicoactivas consumidas por las personas entrevistadas, en el marco del estudio realizado por el IAFA en Costa Rica durante 2025.

El alcohol fue la sustancia de mayor consumo, reportada por el 30 % de las personas participantes, seguido por la marihuana, con un 19 %, y el tabaco, con un 17 %. Estas tres sustancias encabezan la distribución, lo cual evidencia un patrón de consumo asociado con su mayor disponibilidad y aceptación social.

En un segundo nivel, destacan la cocaína, con un 14 %, y los sedantes o tranquilizantes, con un 7 %, lo cual refleja la presencia de sustancias que, aunque fueron reportadas en menor proporción, implican riesgos importantes para la salud.

## Figura 5

Distribución de los tipos de sustancias psicoactivas consumidas por las personas entrevistadas. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

El crack y los vaporizadores registraron un 4 % cada uno, mientras que el fentanilo no medicado no fue reportado por ninguna de las personas participantes. Esto podría interpretarse como una baja circulación de esta sustancia en el grupo evaluado o como una baja visibilidad de su consumo. Finalmente, un 5 % reportó el uso de otras sustancias no especificadas.

Estos resultados permiten identificar las sustancias más prevalentes en la población entrevistada, así como la diversidad de los patrones de consumo, lo cual resulta clave para orientar estrategias de prevención y atención diferenciada.

El análisis del consumo de sustancias psicoactivas en las personas identificadas como mujeres muestra patrones que varían según el rango de edad, como se observa en la Figura 6. En el rango de 18–24 años, se identificó que el alcohol fue la única sustancia reportada, con una prevalencia del 100 %; por tanto, no se registró consumo de otras sustancias como tabaco, cannabis o cocaína/crack.

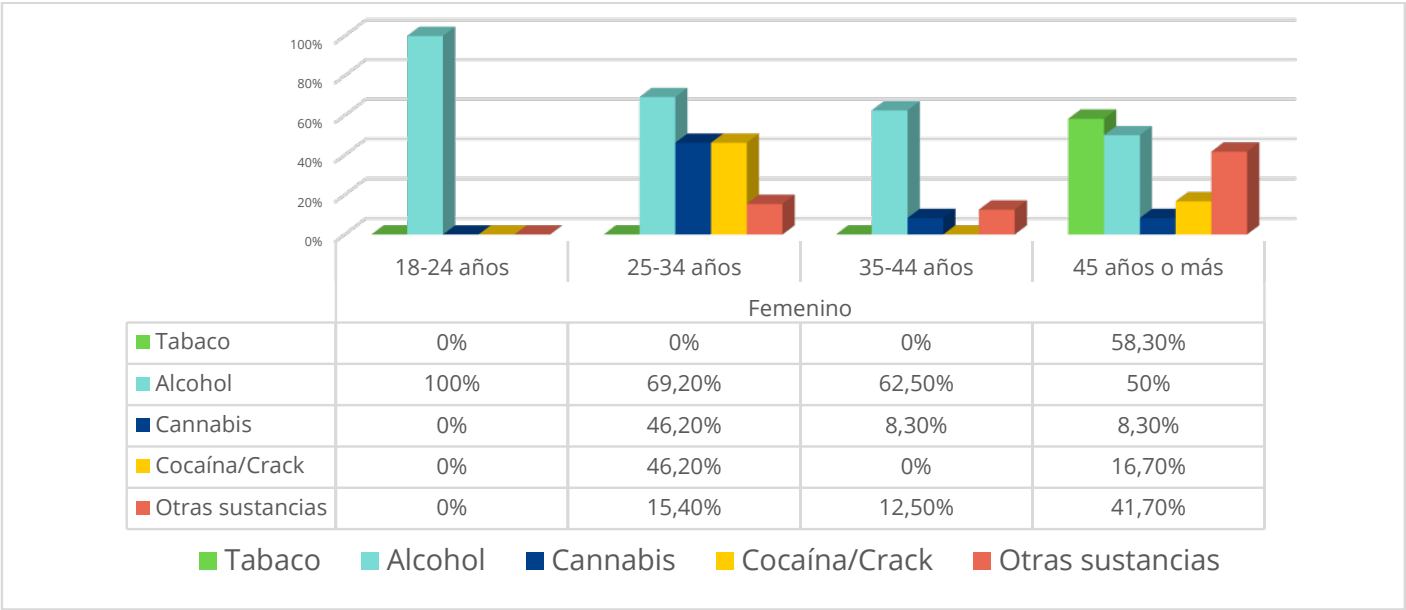
En el rango de 25–34 años, el alcohol continuó siendo la sustancia más consumida. Este grupo muestra una diversificación en los patrones de consumo, con una prevalencia del 46,2 % tanto para cannabis como para cocaína/crack.

Por otra parte, en el rango de 35–44 años, el consumo de alcohol se mantuvo elevado, aunque se observa una reducción en el uso de otras sustancias.

Entre las personas identificadas como mujeres de 45 años o más, los patrones cambian notablemente: el tabaco se convierte en la sustancia de mayor consumo, superando al alcohol, con un 50 %. El consumo de cocaína/crack, con un 16,7 %, también reaparece, mientras que el cannabis y otras sustancias presentan una menor prevalencia.

## Figura 6

Distribución de sustancias psicoactivas consumidas en personas del sexo femenino, según rango de edad. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

En conjunto, estos resultados permiten identificar patrones de consumo diferenciados por edad dentro del sexo femenino, lo cual es relevante para el diseño de estrategias de prevención y tratamiento con enfoque etario y de género.

Por su parte, en la población masculina, el consumo de sustancias psicoactivas también presenta patrones distintos según el rango de edad, como se detalla en la Figura 7. En el rango de 18–24 años, al igual que en las mujeres, el alcohol es la sustancia principal, con una prevalencia del 85,7 %.

No obstante, se observa un consumo incipiente de otras sustancias: el 28,6 % de los hombres en este rango consume cannabis, mientras que tanto la cocaína/crack como el tabaco registran una prevalencia del 14,3 % cada uno. Esto refleja una mayor diversificación del consumo en comparación con las mujeres del mismo rango de edad.

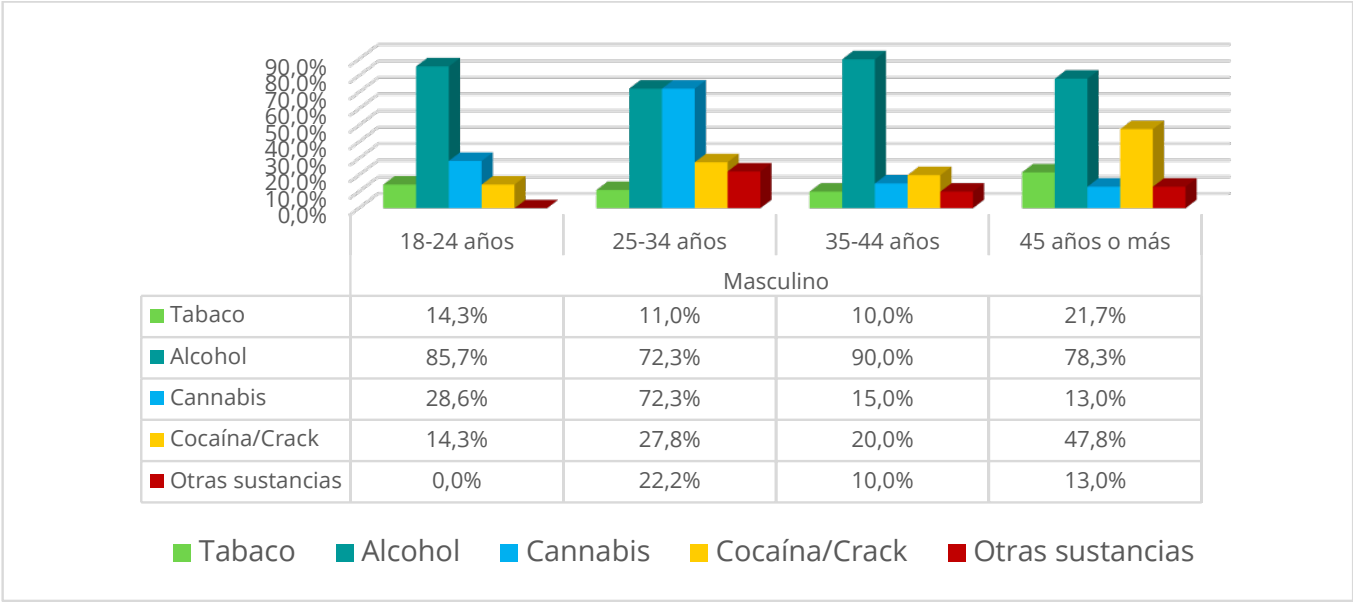
Entre los 25–34 años, el alcohol y el cannabis alcanzan una prevalencia idéntica y elevada, con un 72,3 % cada uno, lo que indica que ambas sustancias ocupan un lugar central en los patrones de consumo masculino. El uso de cocaína/crack también es relevante, con una prevalencia del 27,8 %. En menor medida, se reporta consumo de tabaco, con un 11,0 %, y de otras sustancias, con un 22,2 %.

En el rango de 35–44 años, el alcohol alcanza su punto más alto de consumo, con una prevalencia del 90,0 %. Por su parte, el tabaco, con un 10 %, el cannabis, con un 15 %, y la cocaína/crack, con un 20 %, mantienen niveles de consumo bajos a moderados, lo que sugiere la persistencia del policonsumo, aunque con menor intensidad que en los grupos más jóvenes.

Finalmente, en el rango de 45 años o más, el alcohol continúa siendo la sustancia más consumida, con una prevalencia del 78,3 %. Sin embargo, destaca el aumento en el consumo de cocaína/crack, que alcanza su nivel más alto entre todos los grupos masculinos, con un 47,8 %. El tabaco, con un 21,7 %, y el cannabis, con un 13 %, también presentan consumo, aunque en proporciones menores.

## Figura 7

Distribución de sustancias psicoactivas consumidas en personas del sexo masculino, según rango de edad. IAFA, Costa Rica, 2025



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

El análisis comparativo entre ambos sexos muestra algunos hallazgos relevantes:

- Prevalencia del alcohol: el alcohol es la sustancia más consumida en ambos sexos y en casi todos los rangos de edad, lo que confirma su alta presencia en la población estudiada, con una prevalencia global del 30 %.
- Consumo de tabaco: el tabaco presenta una baja presencia en los rangos de edad más jóvenes de ambos sexos, pero aumenta considerablemente en las mujeres de 45 años o más, con un 58,3 %, y en los hombres a partir de los 25 años.



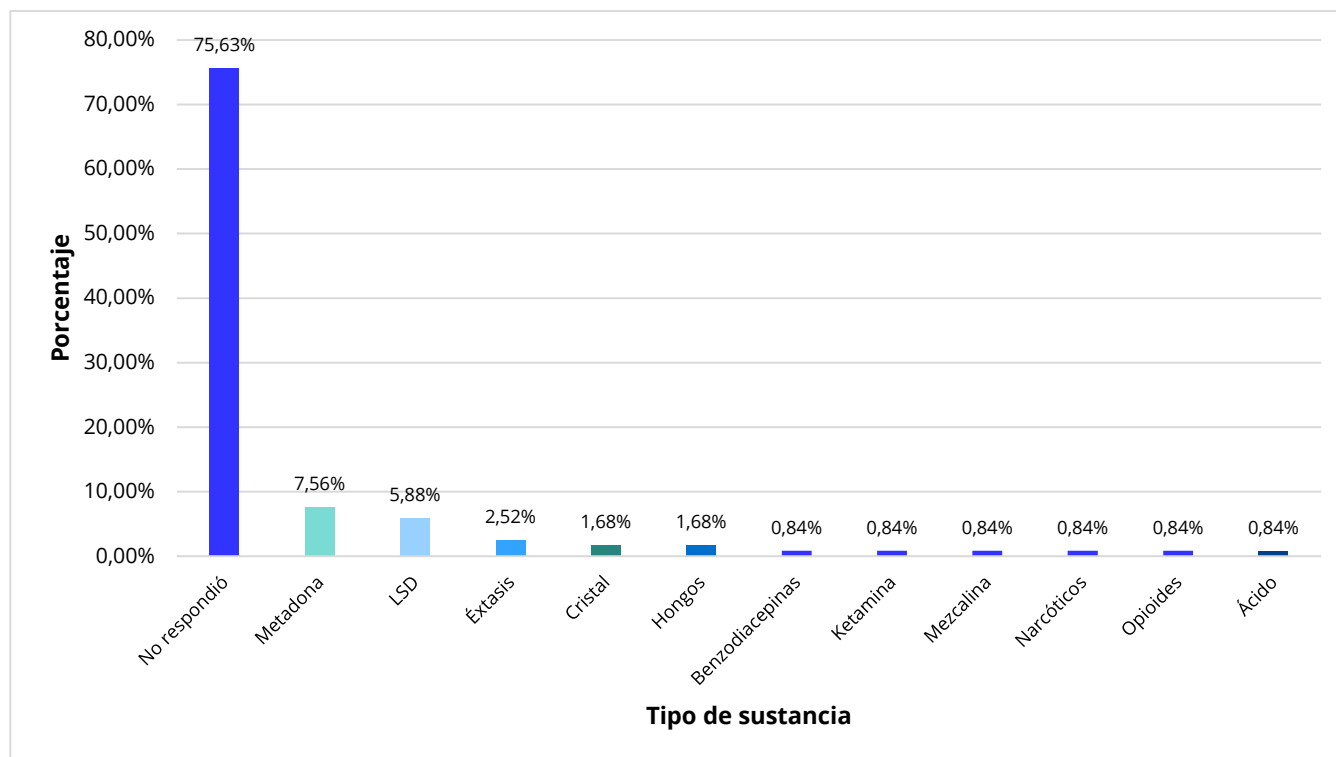
- Diversificación del consumo en hombres jóvenes: en el rango de 18–24 años, los hombres presentan un patrón de consumo más diverso en comparación con las mujeres, quienes únicamente reportaron consumo de alcohol en este rango.
- Sustancias no consumidas o con baja prevalencia: el consumo de fentanilo no medicado no fue reportado en la muestra total, mientras que sustancias como crack y vaporizadores presentaron una prevalencia baja, con un 4 % cada una.
- Consumo de cannabis y cocaína/crack: estas sustancias presentan consumo a partir de los 25 años, tanto en hombres como en mujeres, aunque con puntos de mayor prevalencia diferenciados. En las mujeres, el mayor consumo de ambas sustancias se observa entre los 25–34 años; en los hombres, la cocaína/crack muestra su punto más alto en el rango de 45 años o más.

Asimismo, se identificaron otras sustancias de consumo indicadas por las personas entrevistadas. Sin embargo, una proporción importante de la muestra, correspondiente al 75,63 %, no respondió la pregunta sobre el consumo de otras sustancias.

Aunado a lo anterior, entre las respuestas proporcionadas, la metadona se presenta como la sustancia más reportada, con un 7,56 % de los casos. Le sigue el LSD, con un 5,88 %. Otras sustancias mencionadas incluyen el éxtasis, con un 2,52 %; el cristal, con un 1,68 %; y los hongos, con un 1,68 %, como se observa en la **Figura 8**.

## Figura 8

Distribución de otras sustancias psicoactivas consumidas por las personas entrevistadas. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

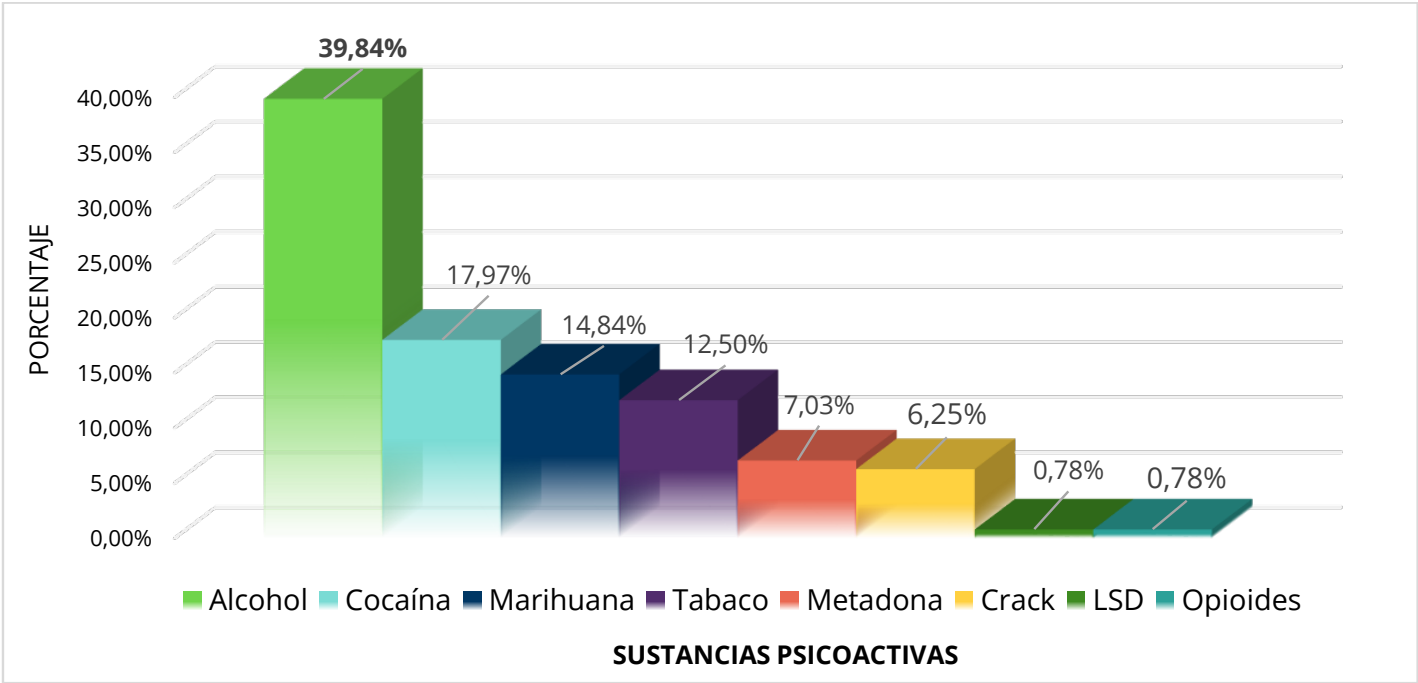
Adicionalmente, se identificó un grupo de sustancias con menor prevalencia, cada una reportada por el 0,84 % de la población que respondió. Este grupo incluye benzodiacepinas, ketamina, mezcalina, narcóticos, opioides y ácido.

Cabe destacar que una persona indicó consumir varias sustancias de manera simultánea, entre ellas cristal, éxtasis, ácido, ketamina, hongos y mezcalina.

En la Figura 9 se presenta la distribución porcentual de la sustancia psicoactiva que las personas usuarias identificaron como aquella que les genera mayores problemas. El alcohol ocupa el primer lugar, con un 39,84 % de los casos, seguido por la cocaína, con un 17,97 %, y la marihuana, con un 14,84 %. El tabaco representa un 12,50 %, mientras que la metadona alcanza el 7,03 % y el crack el 6,25 %. En menor proporción se encuentran el LSD y los opioides, ambos con un 0,78 %.

**Figura 9**

Sustancia psicoactiva principal que las personas usuarias consideran que les genera más problemas.  
IAFA, Costa Rica, 2025



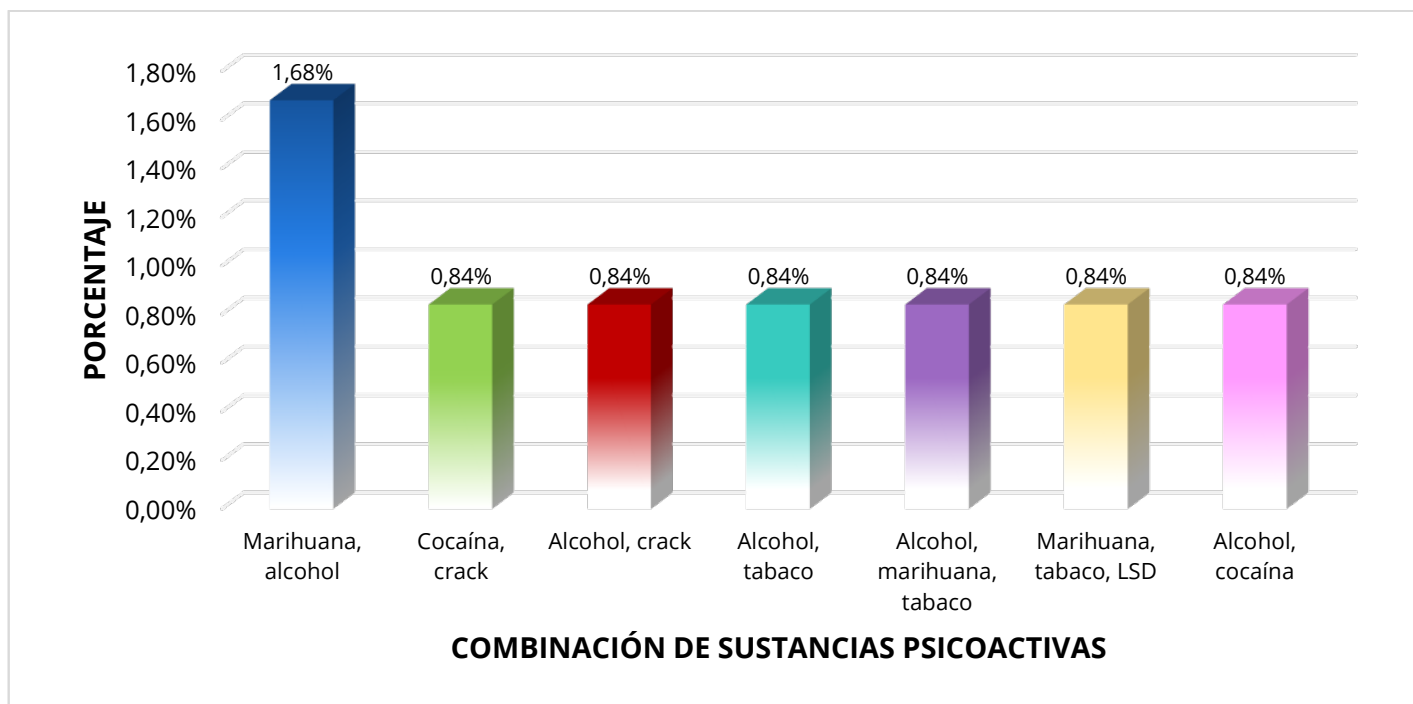
Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

Los datos anteriores evidencian que, aunque las sustancias ilícitas tienen un peso considerable, el alcohol continúa siendo la principal sustancia problemática reportada por la población usuaria atendida por el IAFA.

A continuación, en la **Figura 10** se muestra la distribución de personas que señalaron múltiples sustancias psicoactivas como su principal consumo. La combinación más frecuente corresponde a marihuana y alcohol, reportada por el 1,68 % de la población usuaria. En segundo lugar, con un 0,84 % cada una, se encuentran las combinaciones de cocaína y crack, alcohol y crack, alcohol y tabaco, alcohol, marihuana y tabaco, marihuana, tabaco y LSD, así como alcohol y cocaína.

## Figura 10

Distribución de personas que identificaron múltiples sustancias psicoactivas como su principal sustancia de consumo. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA (IAFA, 2026).

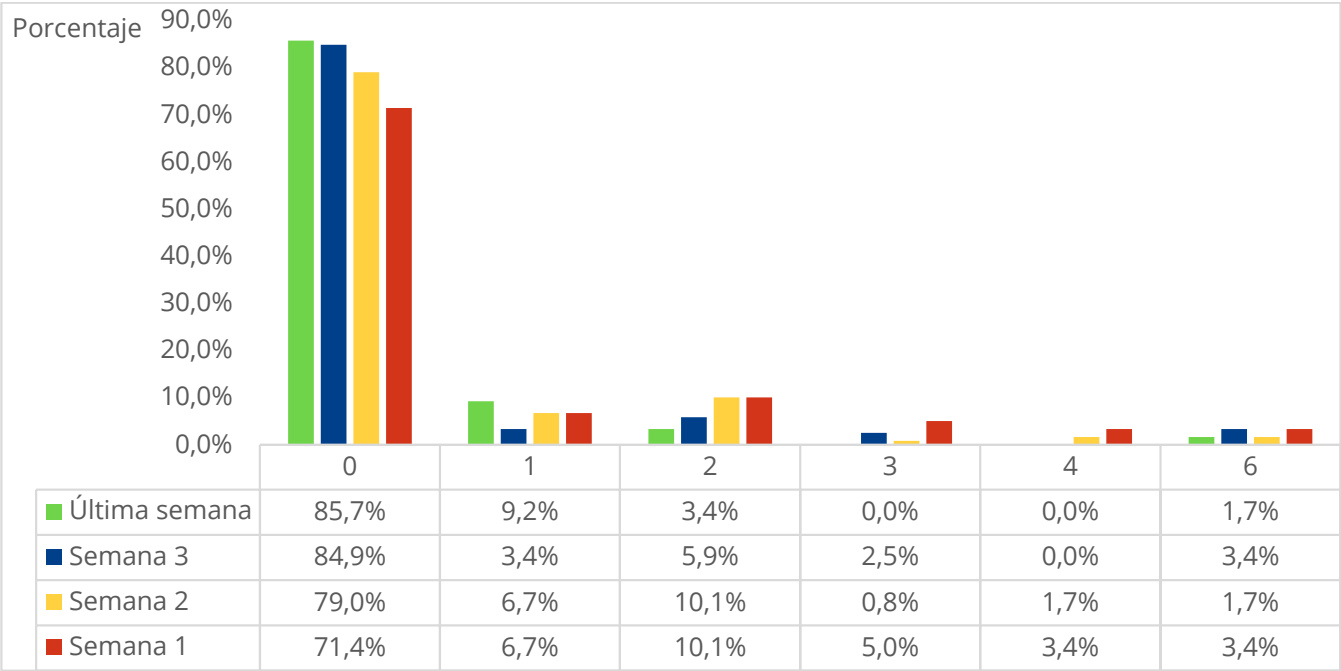
Los resultados reflejan que, aunque la identificación de múltiples sustancias principales es menos frecuente que el consumo de una sola sustancia existe una diversidad de combinaciones que incluyen tanto sustancias legales como ilícitas. Esto sugiere la necesidad de abordar el tratamiento desde una perspectiva de policonsumo, considerando los riesgos y efectos sinérgicos que pueden derivarse de estas combinaciones.

En la **Figura 11** se presenta la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas durante las últimas cuatro semanas. La mayoría de las personas reportó no haber consumido durante el período evaluado, con porcentajes que oscilan entre el 85,7 % en la última semana y el 71,4 % en la semana 1.

El consumo durante un día fue más alto en la última semana, con un 9,2 %, y más bajo en la semana 3, con un 3,4 %. Para la categoría de consumo durante dos días, el valor más alto se observó en las semanas 1 y 2, con un 10,1 % en cada una.

**Figura 11**

Distribución de la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas durante las últimas cuatro semanas en personas usuarias del IAFA. Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

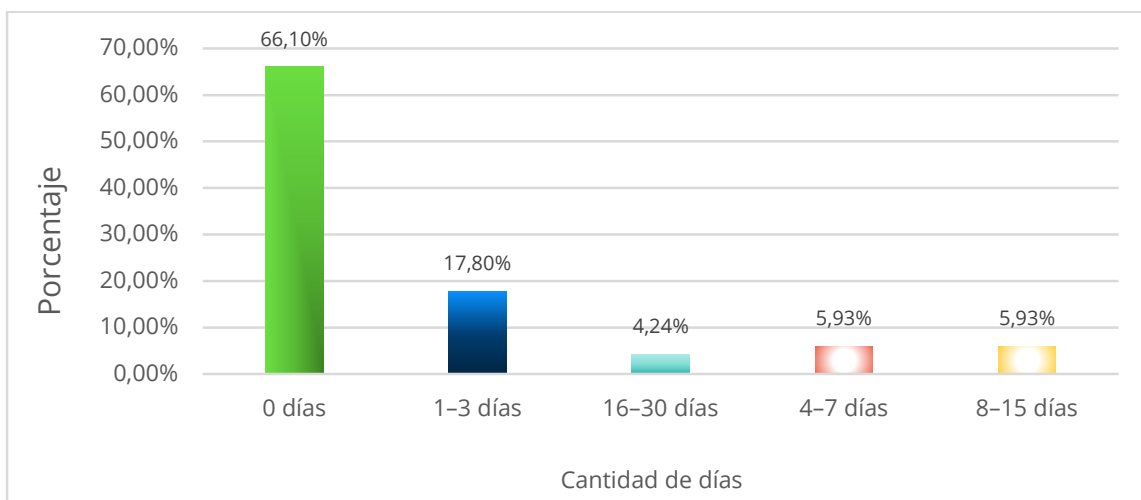
El consumo durante tres días o más fue poco frecuente, con porcentajes que no superan el 5 %, salvo en la semana 1, donde se registró un 5,0 % para la categoría de tres días. Los consumos de cuatro y seis días mostraron porcentajes bajos, entre el 0,0 % y el 3,4 %, sin una tendencia clara. En las categorías de cinco y siete días no se registraron datos de consumo durante las últimas cuatro semanas.

En síntesis, los datos indican que la prevalencia de consumo disminuye conforme aumenta el número de días de uso y que el reporte de abstinencia es más alto en las semanas más recientes que en las más alejadas.

La **Figura 12** presenta la distribución porcentual de la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas durante los últimos 28 días. El análisis evidencia que el 66,10 % de las personas participantes manifestó no haber consumido sustancias psicoactivas en el período evaluado.

## Figura 12

Frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 28 días, según cantidad de días de consumo. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

Entre las personas entrevistadas que reportaron consumo, el patrón predominante correspondió a un uso ocasional de uno a tres días, con un 17,80 %, seguido por consumos de cuatro a siete días, con un 5,93 %, y de ocho a 15 días, también con un 5,93 %. Finalmente, el porcentaje más bajo se observó en el grupo con consumo frecuente, de 16 a 30 días, con un 4,24 %. Estos resultados indican que la abstinencia constituye la condición más común en la muestra evaluada, mientras que, entre los casos con consumo, predominan las pautas de uso de baja frecuencia frente a aquellas de carácter más intensivo.

La **Figura 13** muestra la distribución porcentual del consumo de nuevas sustancias psicoactivas en la población evaluada, según datos del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en Costa Rica, durante 2025. El 86,6 % de las personas encuestadas reportó no haber consumido ninguna de

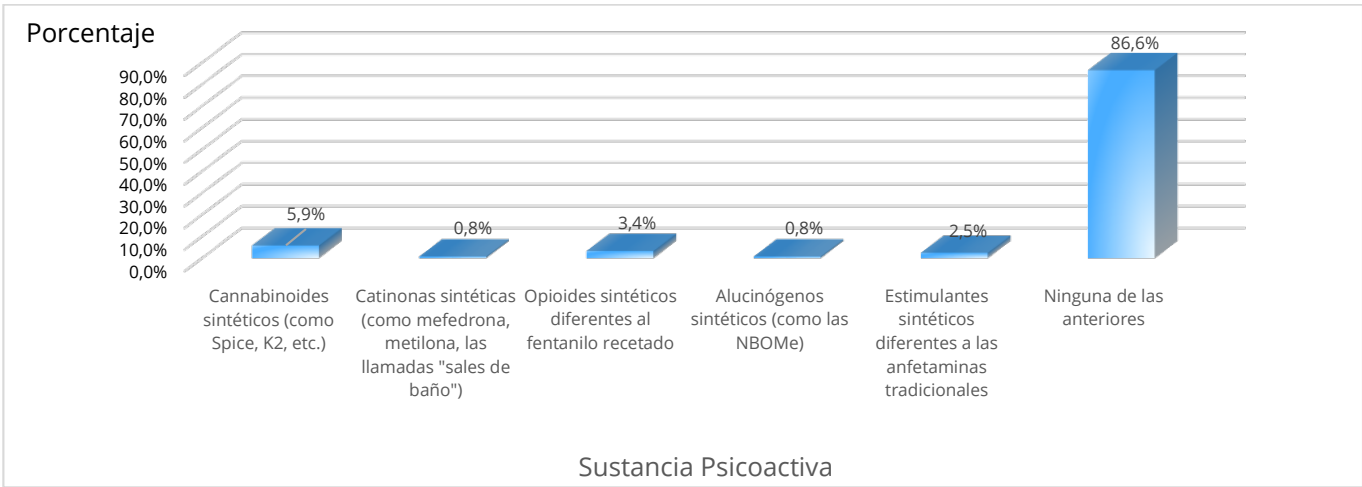


las sustancias listadas. Entre quienes indicaron consumo, la sustancia más frecuente correspondió a los cannabinoides sintéticos, como Spice y K2, con un 5,9 %.

En menor proporción, se reportó el uso de opioides sintéticos distintos del fentanilo recetado, con un 3,4 %; estimulantes sintéticos diferentes de las anfetaminas tradicionales, con un 2,5 %; catinonas sintéticas, con un 0,8 %; y alucinógenos sintéticos, como las NBOMe, con un 0,8 %.

**Figura 13**

Distribución de personas según el consumo de nuevas sustancias psicoactivas. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

Estos datos reflejan que el consumo de nuevas sustancias psicoactivas es poco frecuente en la población analizada, con un predominio marcado de la ausencia de uso. Asimismo, dentro de los casos positivos, los cannabinoides sintéticos constituyen la categoría más reportada.

### 8.3 Percepción de bienestar y contexto social

Este apartado describe y analiza los resultados obtenidos en las siguientes áreas: salud física y psicológica percibida, actividad laboral y académica, conflictos con la ley, relaciones interpersonales y satisfacción con la vida en general. Los datos presentados permiten contextualizar el estado general y las condiciones sociales de las personas usuarias.

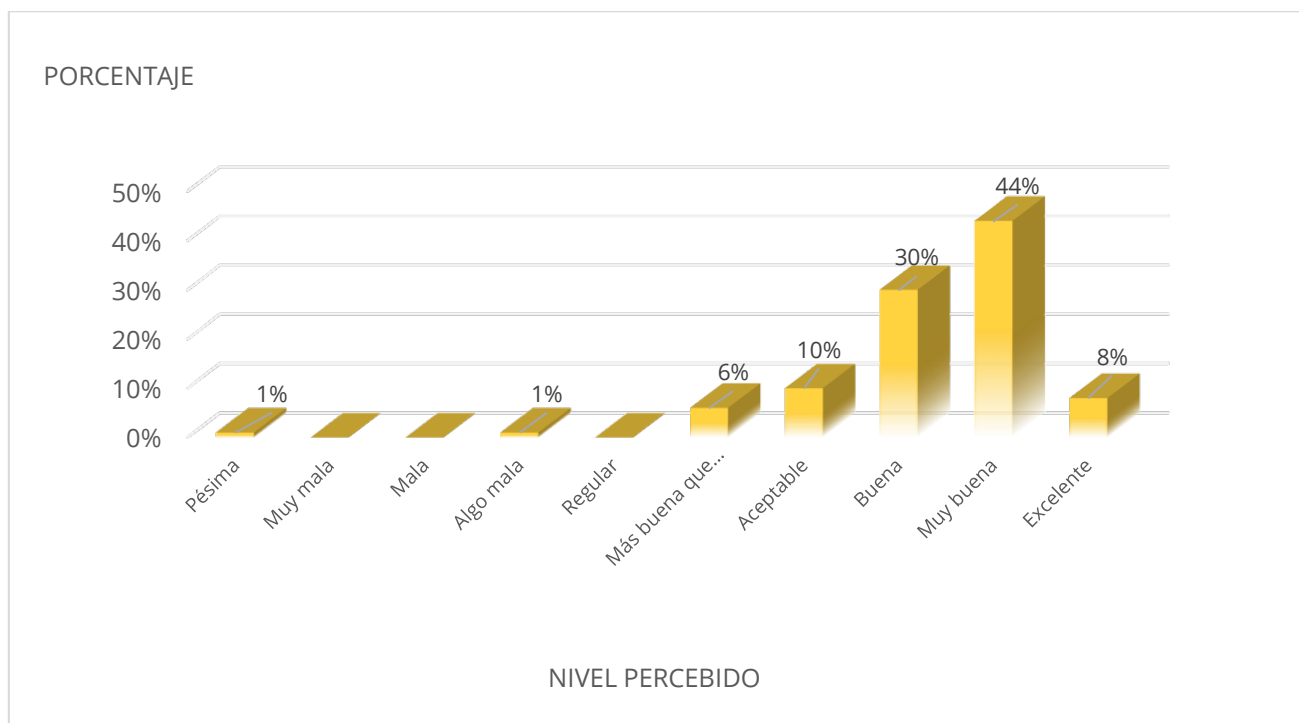
La distribución de las respuestas, según la **Figura 14**, refleja que la mayoría de las personas usuarias percibe su salud psicológica en un rango positivo. El 44 % calificó su estado como muy bueno y el 30 % como bueno, lo que, en conjunto, representa el 74 % de las valoraciones. Además, un 8 % reportó tener una salud psicológica excelente y un 10 % la consideró aceptable.

En niveles intermedios, un 6 % indicó que su salud psicológica era “más buena que mala”. Por otro lado, las percepciones negativas fueron mínimas: un 1 % la evaluó como pésima y otro 1 % como algo mala.

Cabe destacar que las categorías muy mala, mala y regular no registraron respuestas, con un 0 %, lo cual indica que no se observaron percepciones desfavorables ni moderadamente negativas de la salud psicológica entre las personas encuestadas. En términos generales, los resultados reflejan una tendencia hacia valoraciones positivas o satisfactorias del bienestar emocional.

## Figura 14

Percepción de las personas usuarias sobre su salud psicológica durante las últimas cuatro semanas.  
IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

Estos resultados sugieren un predominio de percepciones favorables sobre el bienestar psicológico en la población usuaria encuestada durante el período de referencia, lo cual podría estar relacionado con factores como la atención recibida, las redes de apoyo personal o las estrategias individuales de afrontamiento. No obstante, el bajo porcentaje de respuestas negativas indica que existe una minoría de personas usuarias que presenta desafíos en su salud mental, por lo que resulta pertinente considerar acciones de seguimiento y acompañamiento focalizado para prevenir un posible deterioro.

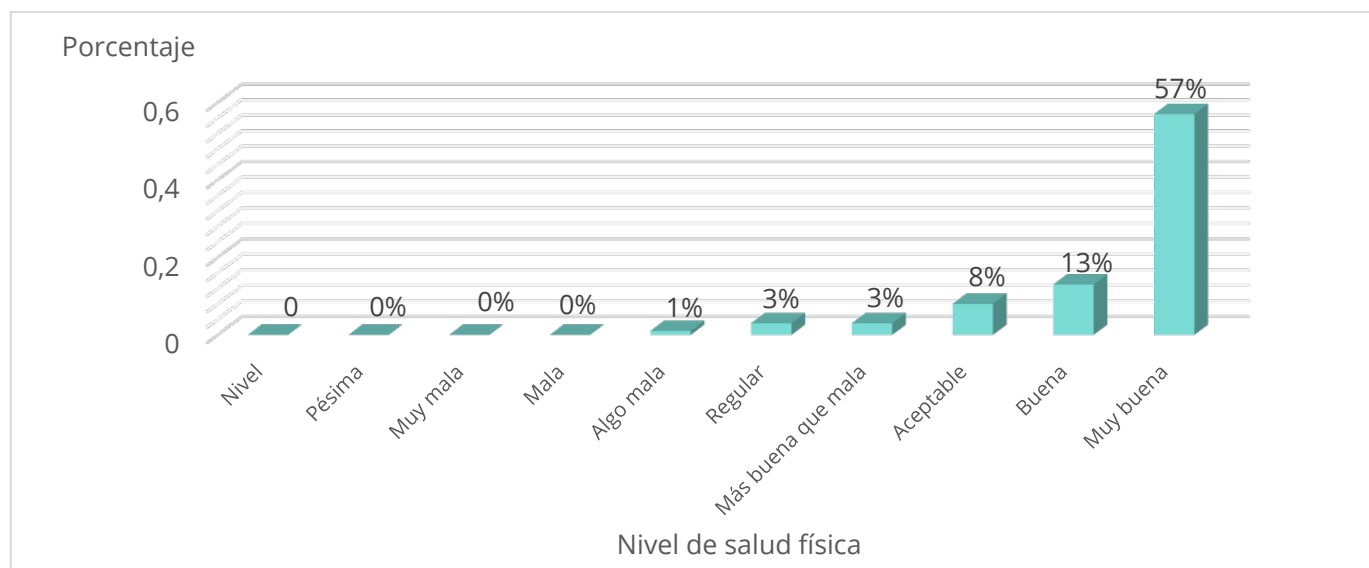
Desde la perspectiva de la teoría de la autoeficacia de Bandura, estos resultados pueden analizarse como un posible indicador relacionado con la percepción que tienen las personas usuarias sobre sus recursos para afrontar demandas asociadas con su bienestar psicológico. La alta proporción de valoraciones positivas correspondiente al 74% entre las categorías buena y muy buena, y 8% en la categoría excelente, sugiere que una parte importante de la población encuestada percibe condiciones favorables para afrontar situaciones vinculadas con la estabilidad emocional y la adaptación. De acuerdo con Bandura (1986), la autoeficacia se relaciona con los pensamientos, las emociones y la persistencia frente a las dificultades, por lo que una percepción positiva de la salud psicológica podría vincularse con una mayor disposición hacia la búsqueda de ayuda, el seguimiento del tratamiento y la implementación de estrategias de afrontamiento.

En contraste, el porcentaje reducido de valoraciones negativas, correspondiente al 2 % del total, podría relacionarse con mayores necesidades de apoyo emocional o con una percepción menos favorable de los recursos personales para gestionar dificultades. Por ello, identificar y fortalecer estos recursos resulta relevante, especialmente en personas usuarias que reportan malestar psicológico. No obstante, dado que el instrumento aplicado no midió directamente la autoeficacia, esta interpretación debe asumirse como una aproximación teórica y no como una conclusión categórica derivada de los resultados.

La percepción de la salud física de las personas usuarias en el último mes se concentró principalmente en niveles altos, como se muestra en la **Figura 15**, el 57% calificó su estado como muy bueno, seguido por un 13% que lo evaluó como bueno y un 8% como aceptable. En menor medida, un 3% indicó que su salud fue más buena que mala y otro 3% la consideró regular, mientras que un 1% la calificó como algo mala.

## Figura 15

Percepción de las personas usuarias sobre su salud física durante las últimas cuatro semanas, IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

En contraste, no se registraron respuestas en las categorías pésima, muy mala o mala, lo cual evidencia la ausencia de percepciones extremadamente negativas sobre la salud física en la población encuestada durante el período de referencia.

Este patrón sugiere que la mayoría de las personas participantes percibe un estado físico favorable, lo cual podría asociarse con factores como el manejo de la salud, el acceso a atención médica o la adopción de hábitos de autocuidado. Sin embargo, el porcentaje de personas que reportó una percepción “regular”

o “algo mala”, correspondiente al 4 % en total, representa un segmento que podría beneficiarse de intervenciones preventivas y de seguimiento personalizado, con el fin de evitar un posible deterioro de su condición física.

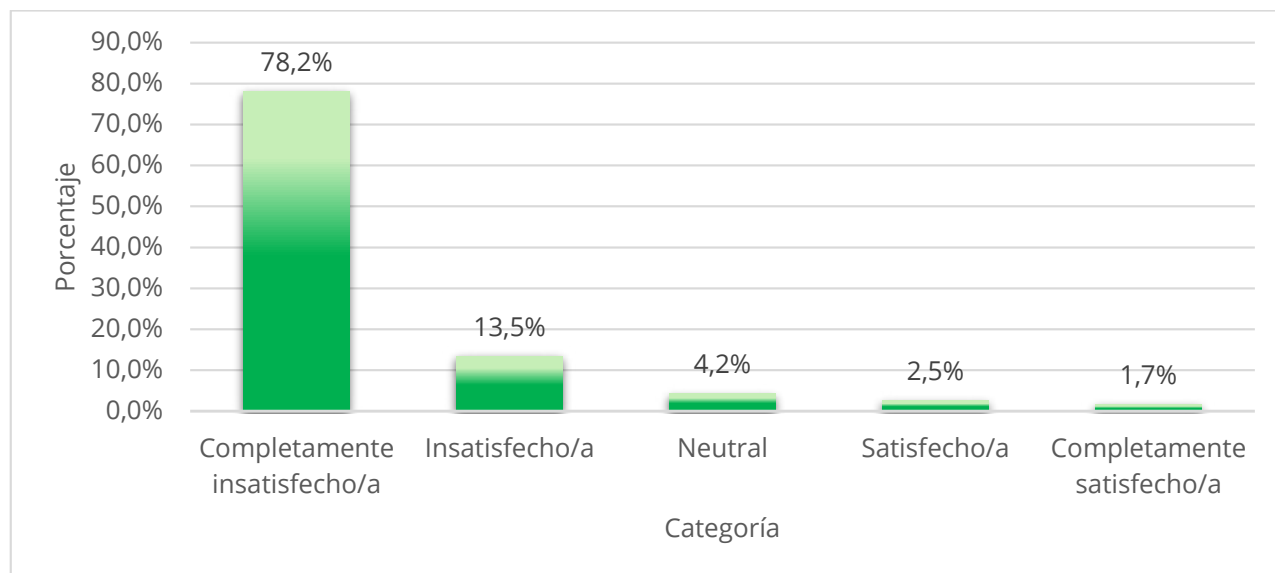
Desde la teoría de la autoeficacia de Bandura, estos resultados pueden analizarse como una aproximación interpretativa relacionada con la percepción de recursos personales para afrontar dificultades y mantener conductas saludables. Según esta perspectiva, cuando las personas perciben limitaciones en sus recursos personales, podrían presentar menor motivación o persistencia en el mantenimiento de hábitos de autocuidado, lo cual podría incidir en su bienestar físico a largo plazo. De ahí la importancia de fortalecer los recursos personales y las estrategias de afrontamiento en esta población, considerando que una mayor confianza en las propias capacidades se ha asociado con mejores resultados en salud física y con una mayor adherencia a programas de promoción y prevención (Schunk & DiBenedetto, 2020).

La **Figura 16** presenta la percepción inicial de las personas usuarias respecto de su estado emocional al momento de iniciar el tratamiento en el IAFA. Los datos reflejan un punto de partida crítico: el 78,2 % reportó estar completamente insatisfecho/a con su estado emocional y el 13,5 % se consideraba insatisfecho/a. En conjunto, el 91,7 % de las personas encuestadas reportó insatisfacción con su estado emocional al inicio del tratamiento, lo que sugiere un nivel elevado de malestar en esta dimensión.

En contraste, el 4,2 % se declaró neutral, mientras que las valoraciones positivas fueron mínimas: el 2,5 % indicó sentirse satisfecho/a y el 1,7 %, completamente satisfecho/a. Este panorama inicial sugiere que una proporción importante de la población usuaria inició el proceso de atención con malestar emocional, lo cual subraya la necesidad de intervenciones integrales y especializadas desde las primeras etapas del tratamiento.

## Figura 16

Percepción de las personas usuarias sobre su estado emocional al inicio del tratamiento. IAFA, Costa Rica, 2025



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

Desde la perspectiva del Modelo Transteórico del Cambio, los elevados niveles de insatisfacción emocional reportados al inicio del tratamiento, correspondientes al 91,7 % entre las categorías completamente insatisfecho/a e insatisfecho/a, pueden analizarse como un posible punto de activación para la movilización hacia el cambio. En este contexto, algunas personas podrían encontrarse en momentos iniciales del proceso de cambio, caracterizados por el reconocimiento del malestar y de la necesidad de modificar la situación, aunque aún no se hayan consolidado acciones concretas. Esta percepción crítica del estado emocional podría actuar como un motivador inicial para la búsqueda de apoyo profesional y la disposición al tratamiento.

Asimismo, el grupo reducido que se percibió satisfecho/a o completamente satisfecho/a, equivalente al 4,2 % del total, podría representar a personas con una valoración más favorable de su estado emocional inicial y, posiblemente, con mayores recursos de afrontamiento. No obstante, esta interpretación debe plantearse con cautela, ya que el instrumento no permite establecer directamente la etapa de cambio en la que se encontraban las personas participantes. En contraste, quienes se declararon neutrales, también con un 4,2 %, podrían reflejar una posición intermedia o ambivalente respecto de su estado emocional al momento de iniciar el tratamiento.

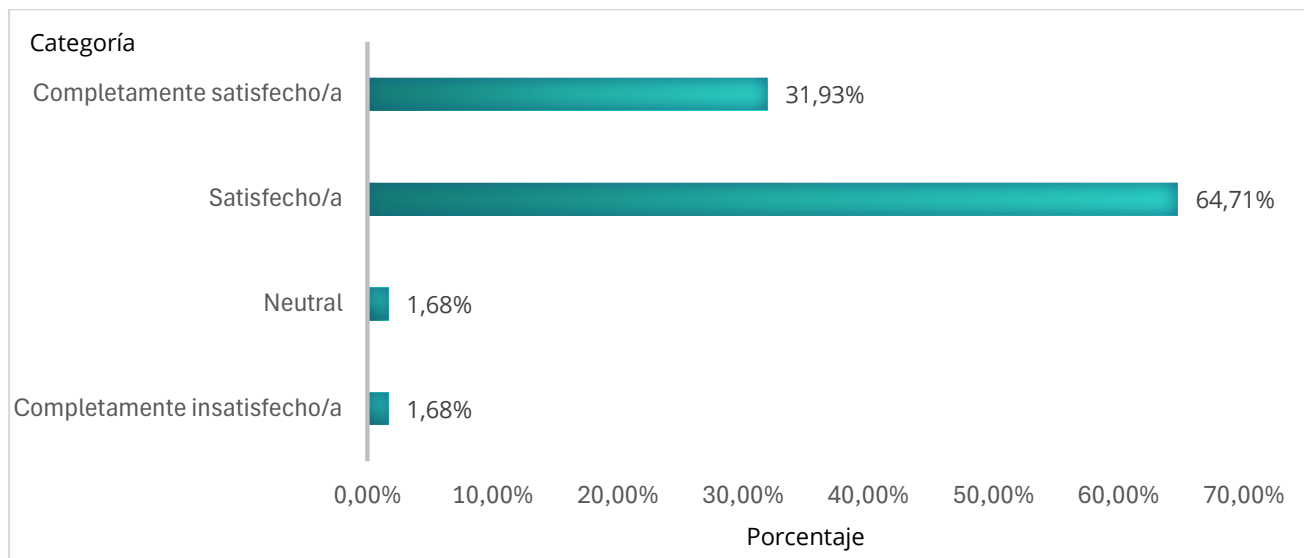
Este análisis sugiere que las condiciones emocionales reportadas al inicio del proceso constituyen un punto de partida relevante para orientar el acompañamiento terapéutico. Desde el Modelo Transteórico del Cambio, estos datos pueden interpretarse como una oportunidad para favorecer la progresión desde momentos iniciales de reconocimiento del malestar hacia fases de mayor disposición, acción y mantenimiento del cambio. Así, los resultados iniciales resaltan la importancia de que el proceso terapéutico funcione como un apoyo estructurado para la movilización progresiva de las personas usuarias.

La **Figura 17** presenta la percepción actual del estado emocional de las personas usuarias del IAFA en 2025, posterior al proceso de atención. Los resultados muestran un predominio de valoraciones positivas: el 64,71 % manifestó estar satisfecho/a y el 31,93 %, completamente satisfecho/a. El conjunto, el 96,64 % de las personas usuarias reportó un nivel alto de satisfacción con su estado emocional actual.



## Figura 17

Percepción de las personas usuarias sobre su estado emocional actual. IAFA, Costa Rica, 2025



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

En contraste, únicamente el 1,68 % indicó una valoración neutral y el mismo porcentaje se declaró completamente insatisfecho/a, lo que representa una presencia muy baja de percepciones negativas. Este patrón muestra una diferencia favorable en comparación con los datos iniciales del proceso, presentados en la Figura 16, en los cuales predominaban ampliamente las percepciones de insatisfacción emocional.

Este cambio en la percepción del estado emocional puede analizarse, desde la teoría de la autoeficacia de Bandura, como un posible fortalecimiento de la confianza de las personas usuarias en sus recursos para afrontar y regular sus emociones. La variación observada podría relacionarse con experiencias de logro durante el proceso terapéutico, así como con el apoyo social recibido, factores que, según esta perspectiva teórica, pueden contribuir a consolidar creencias de eficacia personal. Este

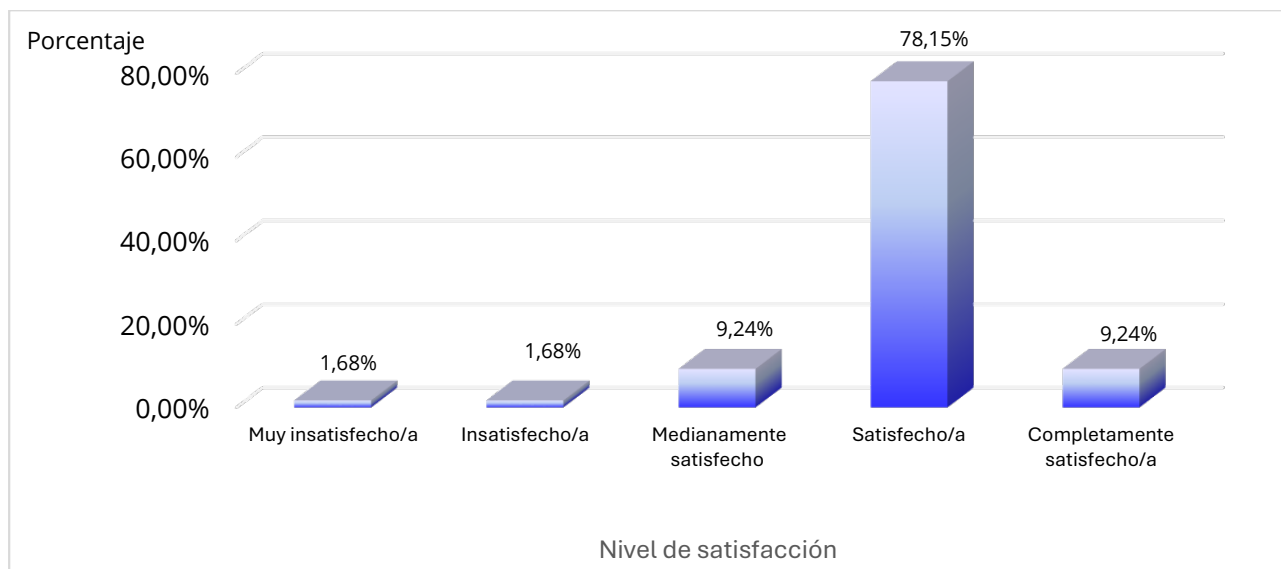
posible fortalecimiento podría favorecer que las personas se perciban con mayor capacidad para enfrentar dificultades emocionales y mantener una valoración positiva de su estado emocional a lo largo del tiempo.

Los resultados presentados en la Figura 18 muestran una percepción mayoritariamente favorable respecto de la satisfacción con la vida entre las personas usuarias del IAFA en 2025. El hecho de que cerca de ocho de cada diez participantes, correspondiente al 78,15 %, se ubicaran en la categoría satisfecho/a, y que el 9,24 % se encontrara en la categoría completamente satisfecho/a, sugiere que la mayoría reportó una valoración positiva de su satisfacción con la vida durante el último mes.

La baja proporción de personas con valoraciones de insatisfacción, correspondiente al 3,36 % en conjunto entre las categorías insatisfecho/a y muy insatisfecho/a, indica que las percepciones desfavorables fueron reducidas. Este resultado podría relacionarse con factores positivos presentes en sus contextos personales y sociales, así como con la percepción de la atención recibida por parte del personal del IAFA.

## Figura 18

Percepción de satisfacción con la vida en general en el último mes. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

El grupo ubicado en la categoría medianamente satisfecho/a, correspondiente al 9,24 %, representa un segmento intermedio que, si bien no manifiesta insatisfacción, tampoco reporta los niveles más altos de satisfacción con la vida. Este sector podría constituir una población relevante para intervenciones orientadas a fortalecer recursos personales, estrategias de afrontamiento y una valoración más favorable de su bienestar.

Los resultados también pueden analizarse, de manera orientadora, a partir del Modelo Transteórico del Cambio, en tanto reflejan distintos niveles de satisfacción percibida y posibles recursos de afrontamiento. El alto porcentaje de participantes que se reportó satisfecho/a o completamente satisfecho/a, correspondiente al 87,39 % en conjunto, podría asociarse con condiciones personales y

contextuales favorables para el sostenimiento de cambios positivos. Desde esta perspectiva teórica, dichas condiciones podrían relacionarse con una mayor disposición hacia el cambio, así como con el fortalecimiento de hábitos, recursos emocionales y redes de apoyo que favorecen la satisfacción y el bienestar en el tiempo.

Por otro lado, el grupo ubicado en la categoría medianamente satisfecho/a podría reflejar una valoración intermedia de su satisfacción con la vida, así como posibles necesidades de acompañamiento para consolidar recursos personales y estrategias de mejora. Desde una lectura orientadora basada en el Modelo Transteórico del Cambio, este segmento podría asociarse con procesos de reconocimiento parcial de necesidades de cambio y disposición inicial para fortalecer su bienestar. En este sentido, constituye una población relevante para intervenciones motivacionales orientadas a fortalecer los recursos personales, la toma de decisiones y la continuidad en el proceso de atención.

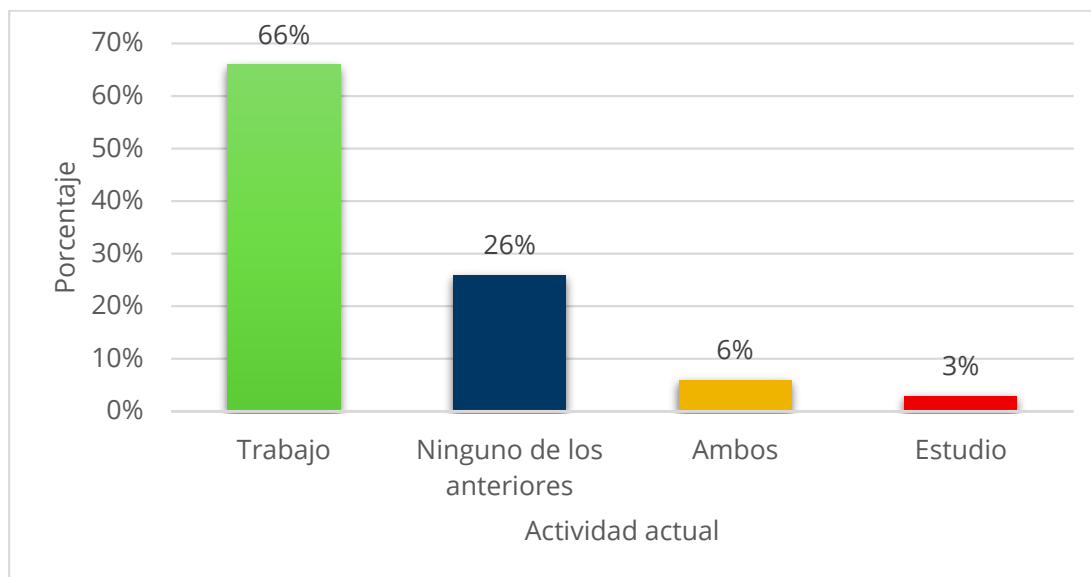
Finalmente, el grupo reducido que manifestó insatisfacción, correspondiente al 3,36 %, podría reflejar mayores necesidades de apoyo psicosocial y acompañamiento focalizado. Desde esta perspectiva, resulta pertinente desarrollar intervenciones que favorezcan mayores niveles de bienestar percibido, promoviendo una percepción más favorable de control personal, satisfacción vital y continuidad en el proceso de atención.

La **figura 19** presenta la distribución porcentual de las personas encuestadas según su ocupación actual, clasificada en cuatro categorías: trabajo, ninguno de los anteriores, ambos y estudio.

Se observa que la mayoría de las personas encuestadas, correspondiente al 66%, se encontraba trabajando al momento de la consulta, lo cual indica que la actividad laboral constituye la ocupación principal en la muestra. En segundo lugar, el 26 % declaró no desempeñar ninguna de las ocupaciones consideradas, es decir, trabajo o estudio, lo que representa un segmento considerable de la población sin vinculación directa con actividades productivas o académicas al momento de la entrevista.

## Figura 19

Distribución de personas según ocupación. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

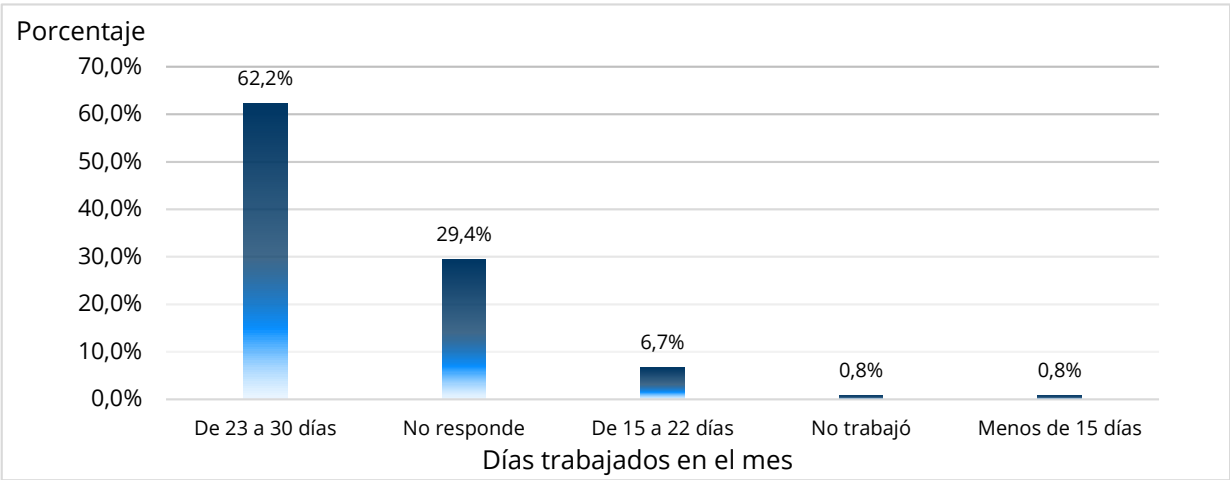
En proporciones menores se encuentran quienes combinan trabajo y estudio de manera simultánea, con un 6 %, lo que representa una fracción reducida de la muestra y podría reflejar la coexistencia de responsabilidades laborales y académicas. Finalmente, el grupo de personas dedicadas exclusivamente al estudio alcanza un 3 %, por lo que constituye el porcentaje más bajo del conjunto.

La distribución de la ocupación sugiere la pertinencia de integrar el enfoque de reducción de daños con acciones sociales complementarias que trasciendan la atención clínica y consideren los entornos laborales y educativos como posibles espacios de apoyo, protección y fortalecimiento de recursos personales frente a los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

La **Figura 20** presenta la distribución porcentual de las personas usuarias según la cantidad de días trabajados durante las últimas cuatro semanas. Desde la perspectiva de la reducción de daños, los resultados sugieren considerar el empleo como un posible factor protector frente a los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y a la vulnerabilidad social. El hecho de que el 62,2 % de las personas usuarias haya trabajado entre 23 y 30 días durante el último mes sugiere que una parte importante de la población podría contar con una rutina estructurada y responsabilidades laborales, condiciones que podrían contribuir a la estabilidad personal y social. Asimismo, la vinculación laboral puede relacionarse, de manera orientadora, con el fortalecimiento del sentido de autoeficacia y control, aspectos relevantes para favorecer la continuidad del proceso de atención y la construcción de proyectos de vida.

**Figura 20**

Distribución de las personas usuarias según la cantidad de días laborados durante las últimas cuatro semanas. IAFA, Costa Rica, 2025



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

En proporción menor, se ubicaron las personas que trabajaron entre 15 y 22 días, correspondiente al 6,7 %, podría reflejar una vinculación laboral parcial o intermitente. Esta condición podría asociarse con mayores desafíos para la estabilidad económica y social, así como con una posible exposición a factores de riesgo vinculados al consumo de sustancias psicoactivas. Este sector podría beneficiarse de estrategias específicas que contemplen no solo la atención clínica, sino también el acompañamiento en procesos de empleabilidad y capacitación laboral como medida preventiva.

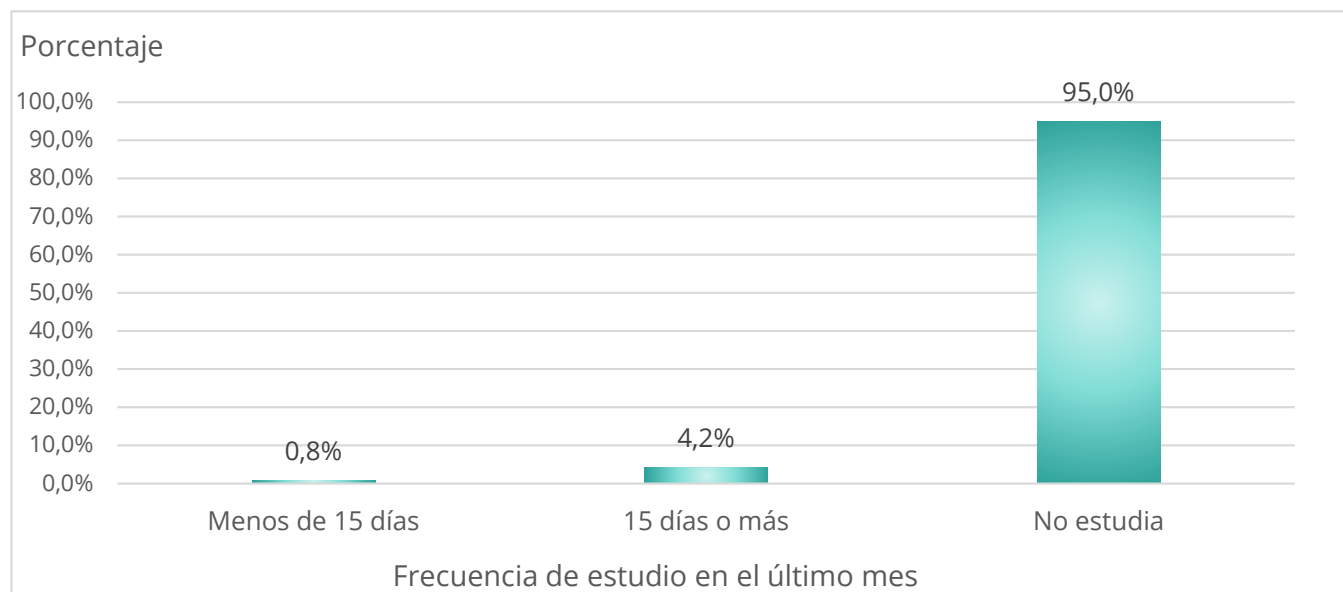
La baja proporción de personas que no trabajaron o que laboraron menos de 15 días, correspondiente al 0,8 % en cada caso, constituye un dato relevante. Aunque se trata de un grupo minoritario, podría representar a personas con mayores necesidades de apoyo social y ocupacional, dado que la ausencia o baja vinculación laboral puede asociarse con aislamiento, dependencia económica o exposición a factores de riesgo. Desde el enfoque de reducción de daños, este segmento podría beneficiarse de intervenciones integrales que incluyan alternativas de reinserción laboral y redes de apoyo social orientadas a mitigar los efectos negativos de la falta de ocupación.

Finalmente, el 29,4 % de personas que no respondió sobre la cantidad de días trabajados constituye un hallazgo relevante. Esta ausencia de respuesta podría deberse a diversos factores, como la reserva para declarar información laboral, la variabilidad de las condiciones de empleo o la existencia de situaciones ocupacionales no captadas plenamente por las categorías del instrumento. En este sentido, el enfoque de reducción de daños enfatiza la necesidad de reconocer y atender estas realidades desde una perspectiva flexible, no estigmatizante y sensible a la diversidad de contextos en los que se desenvuelven las personas usuarias.

La **Figura 21** muestra la distribución porcentual de las personas usuarias según la cantidad de días que dedicaron al estudio durante las últimas cuatro semanas. Se observa que una amplia mayoría, correspondiente al 95,0 %, no realizó actividades de estudio en el período considerado, lo cual refleja una participación muy reducida en actividades educativas formales o no formales dentro de la población analizada.

## Figura 21

Distribución de las personas usuarias según los días dedicados al estudio durante las últimas cuatro semanas. IAFA, Costa Rica, 2025



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA (IAFA, 2026).

Por el contrario, únicamente el 4,2 % declaró haber estudiado 15 días o más durante el último mes, lo cual sugiere una vinculación educativa sostenida en un grupo minoritario. Finalmente, solo el 0,8 % reportó haber estudiado menos de 15 días en el período evaluado, lo que representa el segmento más reducido de la muestra.

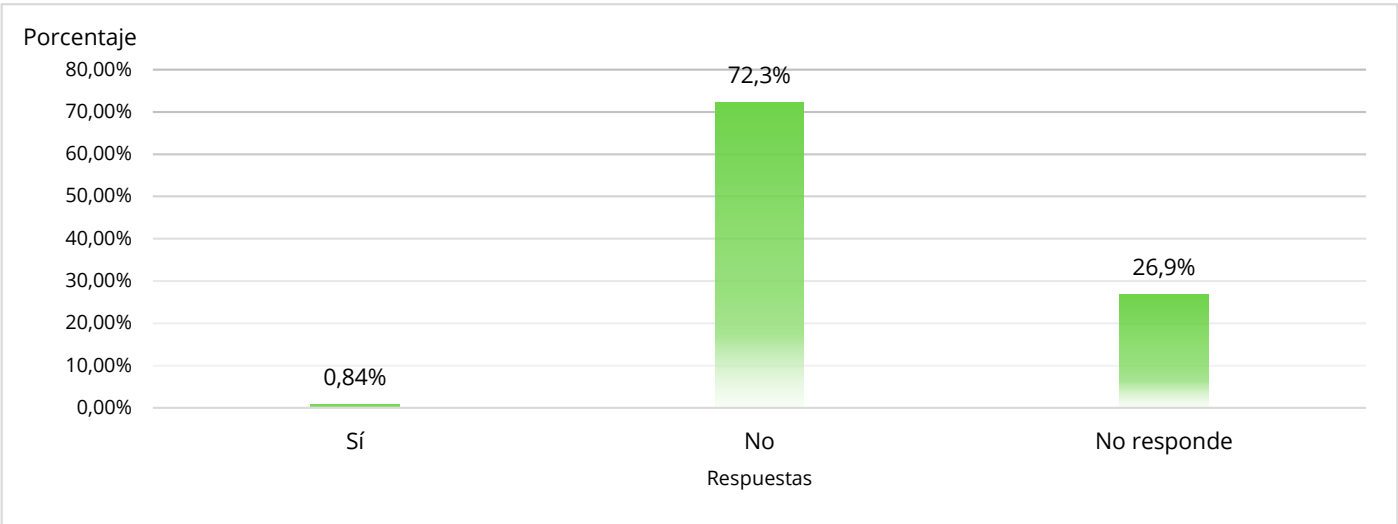
La **Figura 22** muestra la distribución porcentual de las personas usuarias según la existencia de conflictos con la ley durante el último mes. Los datos muestran que la mayoría de las personas participantes, correspondiente al 72,3 %, declaró no haber tenido conflictos legales en el período analizado,



lo cual sugiere una baja presencia de infracciones formales reportadas en la población estudiada. En contraste, solo el 0,84 % reportó haber experimentado este tipo de incidentes, por lo que constituye un grupo muy reducido dentro de la muestra.

## Figura 22

Distribución de personas según conflictos con la ley durante el último mes. IAFA, Costa Rica, 2025



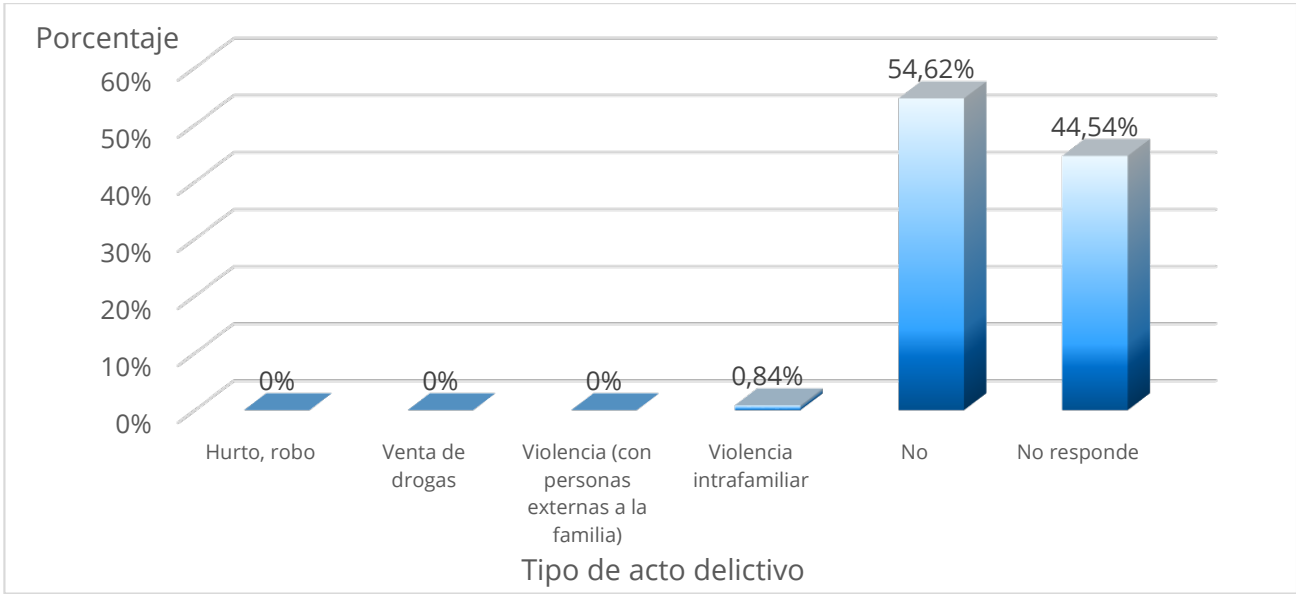
Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

Adicionalmente, se observa que el 26,9 % de las personas encuestadas optó por no responder esta pregunta. Este porcentaje resulta relevante, ya que la omisión podría estar asociada con diversos factores, como reserva frente al tema consultado, incomodidad al brindar información sobre conflictos con la ley o preocupación por la confidencialidad de los datos. Este nivel de no respuesta implica la necesidad de interpretar los resultados con cautela, dado que podría existir información no declarada.

Los resultados que se presentan en la **Figura 23** muestran que ninguna de las personas encuestadas reportó haber realizado hurto o robo, venta de drogas ni actos de violencia contra personas externas al grupo familiar. No obstante, el 0,84 % manifestó haber incurrido en violencia intrafamiliar. La mayoría, correspondiente al 54,62 %, declaró no haber realizado ningún acto delictivo o problemático durante el período evaluado. Sin embargo, debe considerarse que se registró un porcentaje considerable de no respuesta, equivalente al 44,54 %, lo cual limita la interpretación completa de este indicador.

**Figura 23**

Frecuencia de actos delictivos o problemáticos cometidos durante las últimas cuatro semanas. IAFA, Costa Rica, 2025.



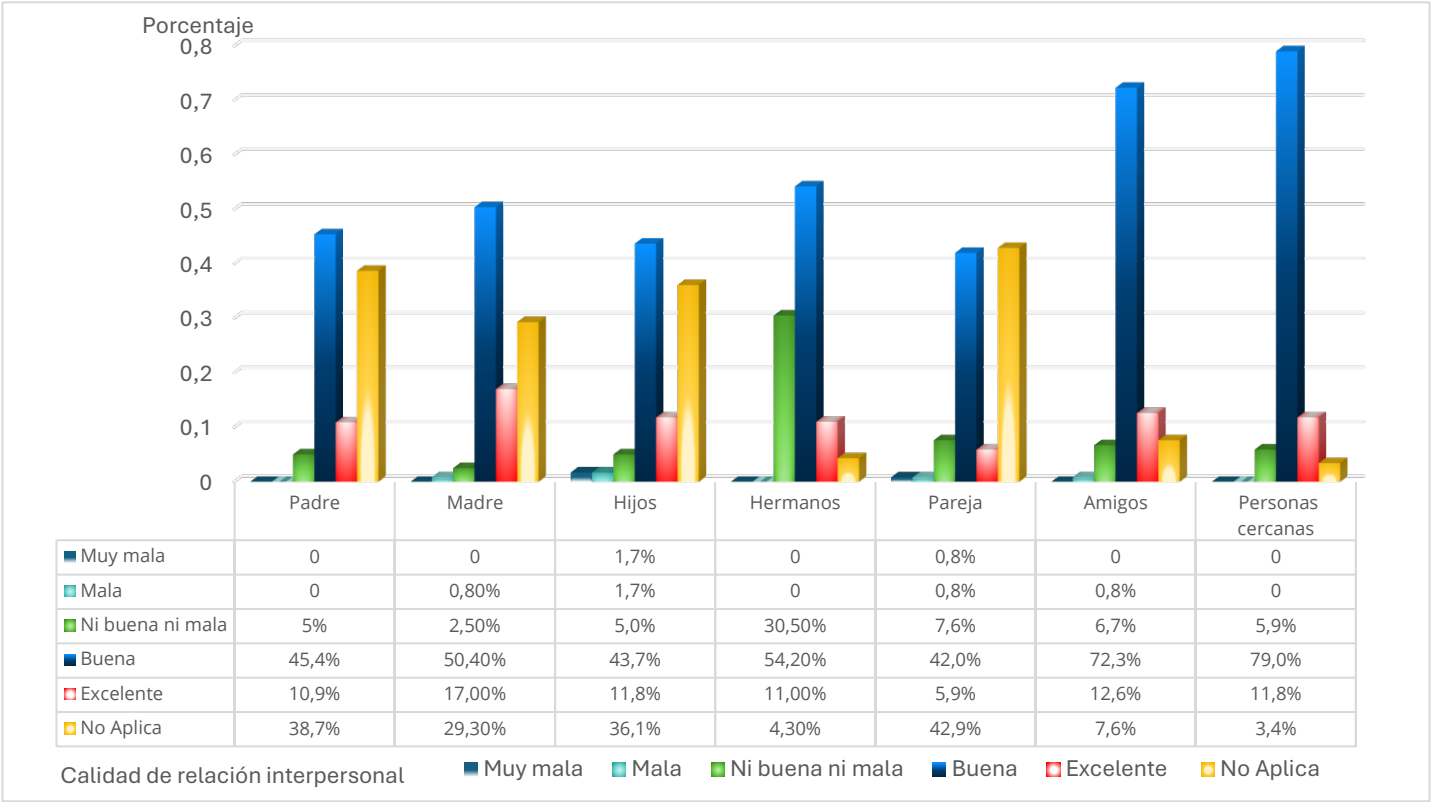
Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

La **Figura 24** presenta la percepción de las personas usuarias sobre la calidad de sus relaciones interpersonales durante las últimas cuatro semanas. En términos generales, la calificación “buena” predomina en la mayoría de los vínculos familiares y sociales, con porcentajes que oscilan entre el 42,0 %, en la relación de pareja, y el 54,2 %, en la relación con hermanos. La categoría “excelente” registra proporciones menores, aunque relevantes, entre las que destacan el 17,0 % en la relación con la madre y el 12,6 % en la relación con amistades.

El predominio de percepciones “buenas” y “excelentes” en los vínculos familiares y sociales puede analizarse, desde la teoría de la autoeficacia social de Bandura, como una aproximación interpretativa relacionada con la percepción de recursos personales para construir y mantener relaciones positivas. Según esta perspectiva teórica, la autoeficacia social se vincula con la habilidad percibida para comunicar necesidades, resolver conflictos y generar apoyo mutuo. La presencia de relaciones valoradas positivamente, especialmente con la madre y los hermanos, constituye un recurso relevante que podría favorecer la adherencia al tratamiento y la resiliencia frente a dificultades emocionales.

## Figura 24

Percepción de la calidad de las relaciones interpersonales durante las últimas cuatro semanas, IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

Como se observa, la categoría “ni buena ni mala” presenta una proporción relevante en ciertos vínculos, como la relación con hermanos, con un 30,5 %, e hijos, con un 35,0 %. Este resultado podría reflejar relaciones percibidas como neutrales o con menor nivel de interacción. En contraste, las valoraciones negativas, correspondientes a las categorías “muy mala” y “mala”, son escasas, con valores inferiores al 2 % en todos los casos, lo que indica una baja presencia de relaciones deterioradas reportadas en la muestra.

Por otro lado, las respuestas ubicadas en la categoría “ni buena ni mala”, particularmente en las relaciones con hijos o hermanos, podrían indicar áreas de oportunidad para fortalecer habilidades de interacción, comunicación y apoyo familiar. No obstante, esta interpretación debe plantearse con cautela, ya que el instrumento recoge la percepción sobre la calidad de las relaciones interpersonales, pero no mide directamente la eficacia personal en dichos roles.

La categoría “no aplica” alcanza proporciones relevantes en ciertos vínculos, como personas cercanas, con un 79,0 %, y amistades, con un 72,3 %. Estos resultados podrían relacionarse con diferentes situaciones personales o contextuales de la población participante, tales como la ausencia de determinados vínculos, la percepción de que estos no resultan significativos u otras razones no identificadas específicamente por el instrumento aplicado. Por esta razón, la interpretación de esta categoría debe realizarse con prudencia, debido a que no permite determinar con precisión los motivos asociados a dicha respuesta.

La calidad de las relaciones interpersonales también puede analizarse, de manera orientadora, en relación con las distintas etapas del cambio. Las valoraciones positivas podrían asociarse con condiciones favorables para la acción o el mantenimiento, en tanto el fortalecimiento de redes de apoyo puede favorecer la consolidación de conductas saludables y la permanencia en el proceso terapéutico. No obstante, esta interpretación debe plantearse con cautela, ya que el instrumento no mide directamente la etapa de cambio de las personas participantes.

Cabe destacar que, desde el enfoque de reducción de daños, se enfatiza que las relaciones sociales y familiares cumplen un papel central como factores protectores frente al consumo problemático. Los datos muestran que, para una proporción importante de las personas usuarias, las relaciones familiares podrían funcionar como soporte, lo cual contribuye a reducir riesgos asociados con el aislamiento o con la exposición a redes de apoyo poco favorables.

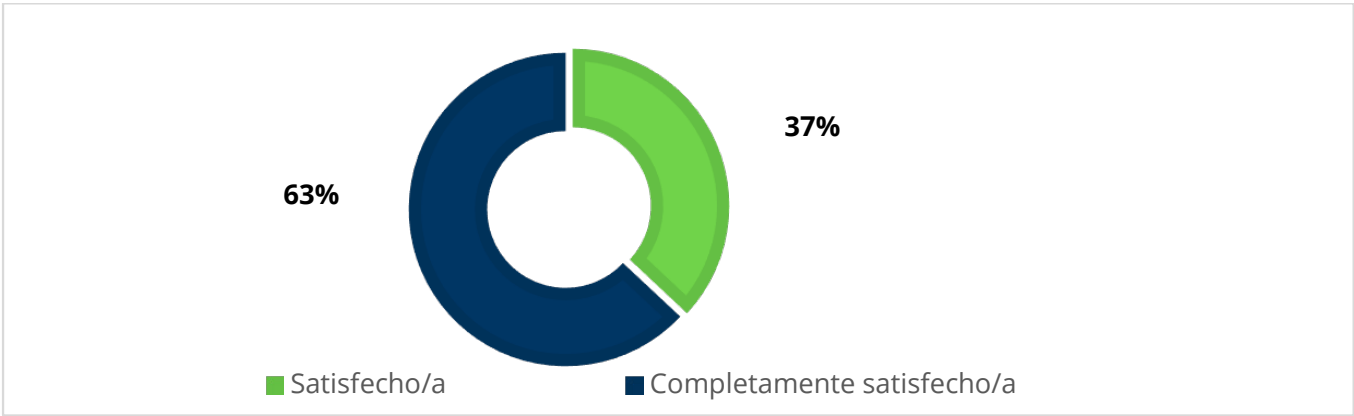
## 8.4 Percepción de la atención y oportunidades de mejora

El análisis de la satisfacción con los servicios permite identificar el grado en que las personas usuarias valoran la atención recibida, así como su relación con el bienestar general percibido. Este apartado presenta los resultados obtenidos a partir de las opiniones de las personas participantes y ofrece una aproximación a la calidad percibida y a las áreas de oportunidad para el fortalecimiento de los servicios brindados por el IAFA.

La **Figura 25** presenta la distribución porcentual de la satisfacción con la atención brindada por las personas profesionales del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA. Al respecto, se observa que el 63,03 % de las personas usuarias se declaró completamente satisfecho/a, mientras que el 36,97 % manifestó estar satisfecho/a.

**Figura 25**

Percepción de las personas usuarias sobre su salud física durante las últimas cuatro semanas, IAFA, Costa Rica, 2025.



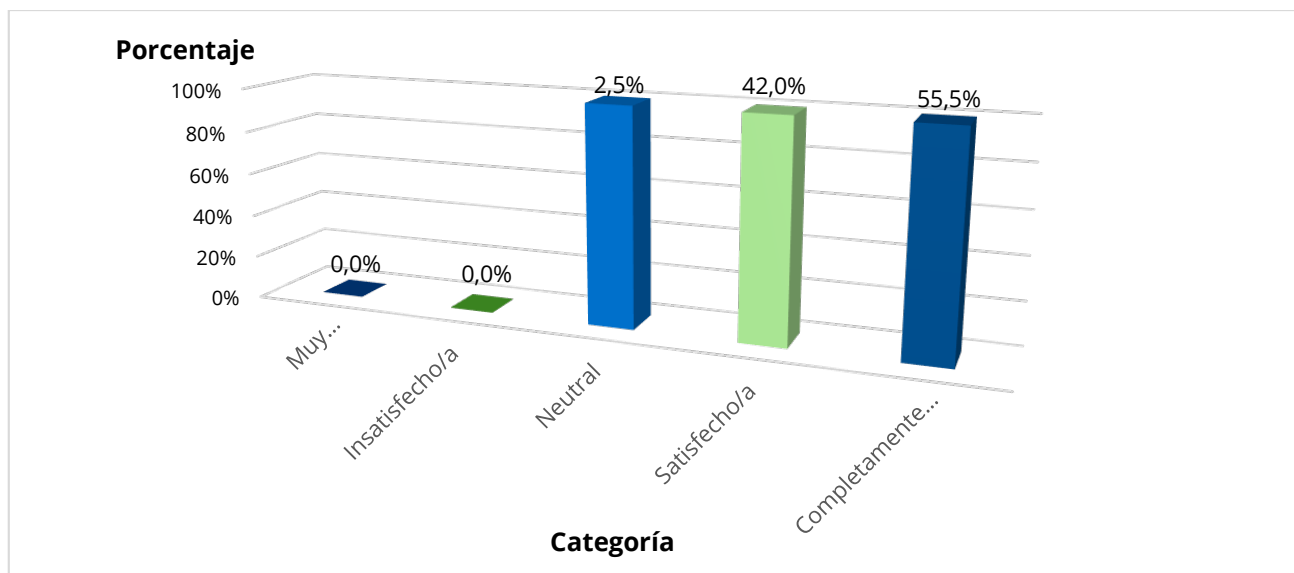
Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

Estos resultados muestran un alto nivel de valoración positiva hacia la labor de las personas profesionales involucradas en la atención, con la totalidad de las respuestas ubicadas en rangos de satisfacción. El predominio de la categoría completamente satisfecho/a, correspondiente a casi dos tercios de la muestra, sugiere que la atención recibida fue valorada de manera altamente favorable por la mayoría de las personas usuarias.

La **Figura 26** muestra la percepción de las personas usuarias sobre el tratamiento recibido por parte de las personas profesionales del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA en 2025. Los resultados muestran una valoración predominantemente positiva: el 55,5 % de las personas usuarias manifestó estar totalmente satisfecho/a, mientras que el 42,0 % indicó estar satisfecho/a. Asimismo, el 2,5 % reportó una opinión neutral y no se registraron respuestas en las categorías insatisfecho/a ni muy insatisfecho/a.

## Figura 26

Percepción del impacto del tratamiento recibido por parte de las personas profesionales del Proceso de Atención a Pacientes. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

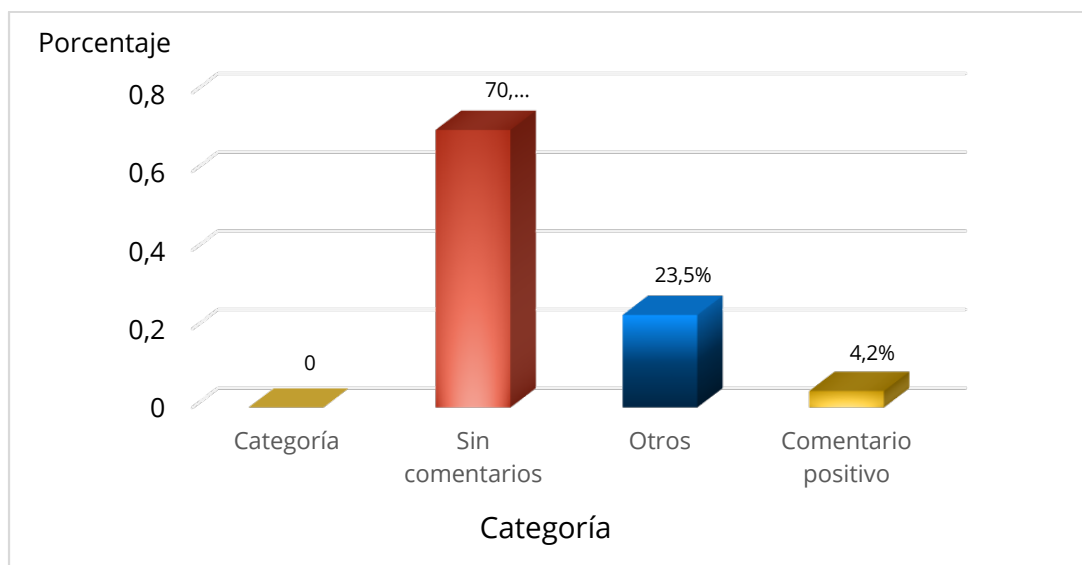
Estos datos muestran un alto nivel de satisfacción con el tratamiento brindado, lo cual sugiere que la atención profesional es valorada de manera favorable por la población atendida y podría responder, en gran medida, a sus expectativas y necesidades.

La **Figura 27** muestra la distribución de los comentarios brindados por las personas usuarias del IAFA en 2025, en el marco de la evaluación de la calidad percibida de la atención. Se observa que la mayoría, correspondiente al 70,6 %, no emitió comentarios, lo cual podría interpretarse como ausencia de observaciones adicionales o como una limitada disposición para proporcionar retroalimentación formal en este apartado del instrumento.



## Figura 27

Distribución de los comentarios brindados por las personas usuarias. IAFA, Costa Rica, 2025.



Fuente: Datos recolectados en 2025, procedentes del estudio Evaluación de la calidad percibida de la atención, la adherencia al tratamiento y los cambios psicosociales reportados por personas usuarias de los servicios de medicina, psicología y trabajo social del Proceso de Atención a Pacientes del IAFA A (IAFA, 2026).

El 23 % de las respuestas se ubicó en la categoría “otros”, lo que sugiere la presencia de observaciones diversas relacionadas con la atención recibida y la frecuencia de las citas. Entre los comentarios registrados se identifican expresiones como: “diferencias con la doctora en la cita pasada con prepotencia”, “la doctora no escucha, no es tolerante”, “la psicóloga casi no me ha visto, pero la doctora me ha ayudado mucho” y “un poco más seguidas las citas, sea 22 días o 15 días, ya que se las dan mes y medio cada cita”, entre otros.

Por otra parte, el 4,2 % correspondió a comentarios positivos, lo cual, aunque representa una proporción reducida, muestra la existencia de valoraciones favorables expresadas de forma espontánea por

las personas usuarias. Entre estas se registran comentarios como: “muchas gracias, el servicio es excelente, los profesionales que he tenido son los mejores”, “agradecido con el programa” e “IAFA es mi lugar seguro”.

Finalmente, el 1,7 % reportó dificultades de asistencia, lo cual evidencia barreras específicas que podrían haber limitado su participación o continuidad en el proceso de atención. Entre los comentarios registrados se mencionan: “las citas antes eran la mañana y fueron citando más tarde y no me gusta por mis posibilidades” y “a veces faltó a las citas porque se me complica por trabajo o porque me siento bien, pero la atención es buena”.

## 9. Discusión

Los resultados obtenidos sugieren que la atención brindada por las disciplinas de psicología, medicina y trabajo social en el IAFA puede aportar elementos relevantes cuando se desarrolla desde un enfoque interdisciplinario. En este sentido, no se trata únicamente de la provisión de servicios de manera aislada, sino de la integración de acciones orientadas a responder a la complejidad del consumo de sustancias psicoactivas, en la cual confluyen factores clínicos, psicológicos y sociales.

Estos resultados se relacionan con lo planteado en la literatura, donde se destaca que los equipos interdisciplinarios pueden contribuir al fortalecimiento de los tratamientos y a la adherencia de las personas usuarias (García & López, 2021; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En el contexto costarricense, los hallazgos resaltan la importancia de consolidar modelos de atención integral que permitan un abordaje más articulado y sostenible en el tiempo.

No obstante, los resultados también señalan desafíos importantes que deben ser considerados. Entre ellos, se identifica la necesidad de fortalecer la comunicación y articulación entre las personas profesionales de las distintas disciplinas, así como de valorar estrategias que amplíen la respuesta institucional hacia poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica. Estos desafíos se relacionan con problemáticas estructurales similares a las reportadas en otros contextos de América Latina (Martínez, 2020), lo cual sugiere la necesidad de desarrollar respuestas institucionales contextualizadas y sostenibles.

En este sentido, los hallazgos del estudio pueden interpretarse a la luz de enfoques que destacan la importancia de la atención centrada en la persona y la articulación de los servicios de salud, donde la calidad de la atención no depende únicamente de los procedimientos técnicos, sino también de factores como la accesibilidad, la continuidad del cuidado y la relación terapéutica. De esta forma, la percepción de las personas usuarias constituye un elemento relevante para orientar la mejora de los servicios.

En síntesis, los resultados sugieren que el IAFA cuenta con elementos favorables para el desarrollo de un abordaje integral; sin embargo, también muestran la necesidad de fortalecer la articulación interna y promover la sostenibilidad de los programas, como aspectos relevantes para mejorar la atención brindada. Asimismo, se reconoce que la calidad de la atención requiere ajustes específicos según el contexto, con el fin de favorecer procesos de atención pertinentes y centrados en las necesidades de las personas usuarias.

# 10. Conclusiones

El análisis de los resultados obtenidos permite identificar tendencias relevantes respecto del estado emocional, las condiciones de vida, las dinámicas relacionales y la percepción de la atención recibida por las personas usuarias. A partir de la integración de los hallazgos, es posible reconocer factores de vulnerabilidad reportados al inicio del proceso de atención, así como elementos protectores y de cambio asociados con la atención recibida, la adherencia al tratamiento y la continuidad del proceso terapéutico.

La mayoría de las personas usuarias, correspondiente al 91,7 %, reportó sentirse insatisfecha o completamente insatisfecha con su estado emocional al iniciar el tratamiento, lo cual sugiere un punto de partida caracterizado por malestar elevado y condiciones de vulnerabilidad emocional.

Los resultados muestran una percepción favorable del bienestar emocional actual de las personas usuarias, que podría estar asociada con la atención recibida y con el acompañamiento brindado durante el proceso terapéutico. El hecho de que las valoraciones positivas superen ampliamente el 90 % refleja una percepción favorable del proceso de atención y un estado emocional más satisfactorio para la mayoría de la población encuestada.

Del mismo modo, la baja presencia de opiniones negativas indica que los casos en los que persiste el malestar emocional después del tratamiento son reducidos. Lo anterior representa una oportunidad para continuar fortaleciendo los procesos de atención e identificar posibles áreas de mejora que permitan mantener e incluso aumentar la percepción positiva de las personas usuarias.

El empleo se identifica como un posible factor protector, ya que la mayoría de las personas usuarias, correspondiente al 62,2 %, reportó haber trabajado entre 23 y 30 días en el último mes. Esto sugiere una vinculación laboral continua que podría actuar como elemento protector frente a riesgos asociados al consumo, al aportar estructura, responsabilidades y estabilidad en la vida cotidiana.

El predominio de valoraciones positivas en las relaciones familiares indica que estas podrían funcionar como un recurso protector relevante para las personas usuarias del IAFA, al favorecer la resiliencia emocional y la adherencia a los procesos de tratamiento.

Desde el abordaje de las diferentes teorías consideradas en el estudio, es posible comprender que la calidad de las relaciones interpersonales no solo refleja bienestar emocional, sino que también puede constituir un factor relevante en la prevención de riesgos, la motivación hacia el cambio y la consolidación de hábitos saludables en la población usuaria.

Cabe destacar que el panorama inicial reportado subraya la importancia de implementar estrategias de atención especializadas y multidimensionales, capaces de responder oportunamente a las necesidades emocionales de esta población.

A pesar de las dificultades iniciales, se observa que la mayoría de las personas usuarias reportó cambios favorables en el desarrollo de sus actividades cotidianas y en el fortalecimiento de habilidades para la vida. Este avance se refleja, en gran medida, en los cambios percibidos hacia la adopción de estilos de vida más saludables y en la disposición de la mayoría por mantenerse en abstinencia, lo cual constituye un indicador relevante dentro del proceso terapéutico. Dichos resultados permiten reconocer no solo la percepción favorable del acompañamiento recibido, sino también la importancia de la interacción entre dos factores fundamentales: por un lado, la apertura y el compromiso de las personas usuarias frente a su propio proceso de cambio; y, por otro, la empatía, el rapport y el acompañamiento brindado por las personas profesionales, quienes favorecen la construcción de un vínculo terapéutico sólido y facilitador del proceso de atención.

Asimismo, se destaca que, aun en los casos en los que se presentaron recaídas, la continuidad en el proceso y la decisión de retomar la abstinencia reflejan el valor del acompañamiento profesional para resignificar la recaída como parte del proceso de cambio. Lejos de interpretarse como un fracaso, esta experiencia puede constituir una oportunidad de aprendizaje y fortalecimiento de la capacidad de afrontamiento de las personas usuarias frente a los desafíos de su recuperación.

# 11. Recomendaciones

A partir de los hallazgos presentados y de las conclusiones obtenidas, resulta pertinente proponer una serie de recomendaciones orientadas a optimizar los procesos de atención, fortalecer los factores protectores y atender las limitaciones identificadas en la población usuaria del IAFA. Estas sugerencias buscan orientar acciones concretas tanto a nivel institucional como profesional, con el fin de favorecer la continuidad del tratamiento, mejorar la calidad del acompañamiento, potenciar la resiliencia de las personas usuarias y promover una gestión eficiente de los recursos disponibles. De esta manera, las recomendaciones constituyen un aporte práctico que traduce los resultados del estudio en estrategias aplicables para la mejora del servicio y el fortalecimiento de los procesos de atención.

- **Fortalecer el acompañamiento emocional continuo:** diseñar estrategias de seguimiento que permitan atender oportunamente a las personas usuarias que, aun después del proceso de atención, mantienen síntomas de malestar emocional, incorporando intervenciones diferenciadas según el nivel de vulnerabilidad identificado.
- **Reforzar el enfoque de reducción de daños:** reconocer que la recaída puede formar parte del proceso terapéutico y promover intervenciones que resignifiquen esta experiencia como una oportunidad de aprendizaje. Esto implica desarrollar programas flexibles y no punitivos que favorezcan la permanencia en el tratamiento.
- **Potenciar la alianza terapéutica:** continuar promoviendo la empatía, el rapport y la escucha activa en los equipos profesionales, dado que estos factores se identifican como elementos relevantes para la adherencia, la motivación y el fortalecimiento de las personas usuarias.
- **Fomentar programas de inserción y estabilidad laboral:** consolidar convenios interinstitucionales que amplíen las oportunidades laborales para las personas en proceso de recuperación, al considerar que el empleo puede constituir un factor protector que contribuye a la responsabilidad, la estructura diaria y la disminución del riesgo de recaídas.

- **Promover la participación familiar y comunitaria:** fortalecer los programas de acompañamiento a familias y redes de apoyo, con el fin de que las relaciones interpersonales funcionen como recursos protectores que potencien la resiliencia y favorezcan la sostenibilidad del cambio.
- **Implementar estrategias de seguimiento posterior al tratamiento:** crear mecanismos de contacto periódico, como grupos de apoyo, llamadas o sesiones breves de refuerzo, que acompañen a las personas usuarias después de finalizado el proceso formal, con el propósito de favorecer la continuidad en la prevención de recaídas.
- **Fortalecer los sistemas de registro y actualización de datos de contacto:** se recomienda implementar un mecanismo institucional para la actualización periódica de la información de las personas usuarias (teléfonos, correos electrónicos y contactos alternativos), con el fin de mejorar los procesos de seguimiento, facilitar la continuidad del tratamiento y optimizar la comunicación ante cambios en las citas.



# 12. Referencias

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.

Chacón Serrano, W. (2014). Servicios de tratamiento para problemas en el consumo de drogas.

Características de la oferta y la accesibilidad territorial en Costa Rica. Revista Geográfica de América Central, 53, p. 135-151.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. Milbank Quarterly, 83(4), 691–729.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129–136.

García, M., & López, J. (2021). *Intervenciones interdisciplinarias en el tratamiento de adicciones: retos y oportunidades*. Revista Latinoamericana de Psicología, 53(2), 115-128. <https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.n2.5>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. McGrawHill.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Instituto Costarricense sobre Drogas (2017). *Modelo de reducción de daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica*. IAFA - ICD.

- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2020). *Modelo de abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública del IAFA*. IAFA
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2021). Adherencia al tratamiento en los servicios ambulatorios del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, para personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, Costa Rica 2019-2020. IAFA <https://repositorio.binasss.sa.cr/items/b2adb40b-e878-43a8-b7f9-7777e5e85939>
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2022). *Satisfacción del servicio recibido en las personas usuarias del Programa Ambulatorio de Atención a Pacientes*. IAFA.
- Martínez, R. (2020). *Desafíos en la atención a personas con consumo problemático de drogas en América Latina*. Salud y Sociedad, 11(3), 45-60. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2020-03>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2013). El problema de las drogas en las Américas. OEA. [https://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion\\_e\\_Informe\\_Analitico.pdf](https://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. OMS. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Banco Mundial. (2018).

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre las drogas 2022*. OMS.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3–27). Plenum Press.

Red Iberoamericana de Organizaciones no Gubernamentales que Trabajan en Drogodependencias. (2018). *La reducción de daños en la intervención con drogas: Concepto y buenas prácticas*. <https://riod.org/guiareducciondedanos/>

Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2020). Motivation and social-emotional learning: Theory, research, and practice. *Contemporary Educational Psychology*, 60, 101830. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832>

# 13. Anexos

## 12.1 Entrevista

Su opinión es fundamental para nuestra institución. Existen normas internacionales que regulan el tratamiento de personas que consumen sustancias psicoactivas. En este contexto, la presente investigación busca conocer la percepción de las personas usuarias de los servicios de atención a pacientes, con el propósito de orientar nuestras acciones hacia el cumplimiento de estas normas.

Garantizamos que sus respuestas serán completamente confidenciales y anónimas. No se recopilará ninguna información personal que permita su identificación. La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines investigativos, contribuyendo al fortalecimiento de estrategias y prácticas alineadas con los estándares internacionales en cuanto a la atención que reciben las personas usuarias.

**Agradecemos de antemano su sinceridad y participación.**

1. ¿Está de acuerdo en responder las preguntas? **Si ( ) o No ( )**
2. ¿Cuál es tu sexo? **( ) M ( ) F**
3. ¿Cuántos años tienes? \_\_\_\_\_
4. ¿Desde hace cuánto tiempo vienes a consulta con nosotros?
5. ¿Cuál o cuáles de estas sustancias psicoactivas ha consumido? (selección múltiple) Alcohol, Marihuana, Tabaco (cigarrillo), Vapeadores, Cocaína, Sedantes o Tranquilizantes, Crack, Fentanilo no medicado, otra sustancia.
6. ¿Cuál otra sustancia ha consumido o consume usted? \_\_\_\_\_
7. De esas sustancias, ¿cuál considera que le genera más problema? (sustancia principal) \_\_\_\_\_

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días ha consumido dicha o dichas sustancias?

⋮

8. ¿En las últimas cuatro semanas cuántos días ha consumido dicha sustancia psicoactiva (droga)?

|               | 1 día                 | 2 días                | 3 días                | 4 días                | 5 días                | 6 o 7 días            | Ningún día            |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Última semana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Semana 3      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Semana 2      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Semana 1      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. En total, ¿cuántos días ha consumido en las últimas 4 semanas?

10. En relación con nuevas sustancias que han aparecido en el mercado, ¿alguna vez has probado alguna de las siguientes? Opción múltiple

- ☐ Cannabinoides sintéticos (como Spice, K2, etc.)
- ☐ Catinonas sintéticas (como mefedrona, metilona, las llamadas "sales de baño")
- ☐ Opioides sintéticos diferentes al fentanilo recetado
- ☐ Alucinógenos sintéticos (como las NBOMe)
- ☐ Estimulantes sintéticos diferentes a las anfetaminas tradicionales
- ☐ Ninguna de las anteriores

11. Durante las últimas 4 semanas usted diría que su **salud psicológica** es: (Marque un número de 0 a 10 donde 0 es muy mala, no podría estar peor y 10 es excelente, no podría estar mejor)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

12. Durante las últimas 4 semanas usted diría que su salud física es: (Marque un número de 0 a 10 donde 0 es muy mala, no podría estar peor y 10 es excelente, no podría estar mejor)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

13. ¿A qué se dedica? Opción múltiple Trabajo, estudia, ambos, ninguno de los anteriores.

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días ha trabajado (remunerado o no, formal o informal\*) o estudiado? **Nº de días:** \_\_\_\_\_

\*\*\*Incluye el tiempo dedicado a las labores de la casa y/o al cuidado de otras personas (hijos, adultos mayores, personas discapacitadas).

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días ha estudiado?

16. En el último mes, ¿has presentado algún conflicto con la ley?

17. Pensando en las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha cometido algunos de estos actos?

|                                                | Entre 1 y 5 días      | Entre 5 y 10 días     | Entre 10 y 15 días    | Entre 15 días y 20 días | Más de 20 días        | Ninguno               |
|------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hurto, robo                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Venta de drogas                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Violencia (con personas externas a la familia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Violencia intrafamiliar                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

18. Pensando en las últimas 4 semanas, usted diría que la calidad de sus relaciones es ¿Excelente, buena, ni buena ni mala, mala, muy mala?

|                         | Muy mala | Mala | Ni buena ni mala | Buena | Excelente | No aplica |
|-------------------------|----------|------|------------------|-------|-----------|-----------|
| a. Padre                |          |      |                  |       |           |           |
| b. Madre                |          |      |                  |       |           |           |
| c. Hijos                |          |      |                  |       |           |           |
| d. Hermanos             |          |      |                  |       |           |           |
| e. Cónyuge o pareja     |          |      |                  |       |           |           |
| f. Amigos               |          |      |                  |       |           |           |
| g. Otros significativos |          |      |                  |       |           |           |

19. Pensando en las últimas 4 semanas, ¿Qué tan satisfecho está con su vida en general? (Es capaz de disfrutar de la vida, consigue estar bien con sus seres queridos y entorno en general).  
(Marque un número de 0 a 10 donde 0 es muy mala, no podría estar peor y 10 es excelente, no podría estar mejor)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

20. En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó? Siendo 1 Completamente insatisfecho/a y 5 Completamente satisfecho.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

21. ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar? Siendo 1 Completamente insatisfecho/a y 5 Completamente satisfecho.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

22. ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento? Siendo 1 Completamente insatisfecho/a y 5 Completamente satisfecho.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

23. ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento? Siendo 1 Completamente insatisfecho/a y 5 Completamente satisfecho.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

24. Algún comentario adicional que desee realizar u observación que permita mejorar el servicio brindado: \_\_\_\_\_





**INSTITUTO**  
SOBRE ALCOHOLISMO  
Y FARMACODEPENDENCIA  

---

GOBIERNO DE COSTA RICA