

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACTORES DE VULNERABILIDAD QUE INFLUYEN EN LA  
ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO  
AMBULATORIO EN EL INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y  
FARMACODEPENDENCIA PARA PERSONAS CON TRASTORNOS  
RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS, COSTA RICA  
2017

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de  
Estudios de Posgrado en Farmacia para optar al grado y título de  
Maestría Académica en Farmacodependencia

William Chacón Serrano

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2017

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

*Primeramente, a Dios, por permitirme llegar a este momento tan importante en mi carrera profesional. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar el esfuerzo.*

*A mi esposa por ser la persona que me ha acompañado durante todo el proyecto estudiantil, a través de un arduo camino para lograr la meta.*

*Agradezco a todas las personas que me ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto de investigación, al personal del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia que me acompañó para que el proyecto se pudiera realizar con éxito.*

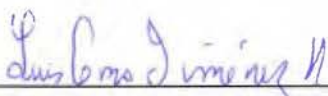
*También a los profesores del Comité Asesor quienes demostraron interés y profesionalismo en las recomendaciones brindadas.*

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Farmacia de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Académica en Farmacodependencia.”



---

Doctora. Sandra Badilla Chávez  
**Representante del Decano  
Sistema de estudios de Posgrado**



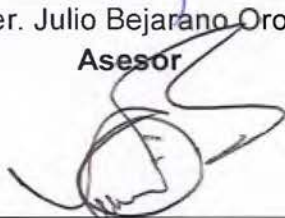
---

Máster. Luis Guillermo Jiménez Herrera  
**Director de Tesis**



---

Máster. Julio Bejarano Orozco  
**Asesor**



---

Doctor. Enrique Andrade Martínez  
**Asesor**



---

Máster. Nien Tzú Weng  
**Representante de la Directora  
Programa de Posgrado en Farmacia**



---

William Chacón Serrano  
**Candidato**

## Tabla de Contenido

Dedicatoria y Agradecimiento.....	ii
Hoja de aprobación.....	iii
Tabla de contenidos.....	iv
Resumen.....	vii
1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Antecedentes.....	3
1.2 Políticas y normativa nacionales.....	5
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
2.1 Planteamiento del problema .....	11
2.2 Justificación del problema.....	13
3. MARCO TEÓRICO.....	18
3.1 La salud.....	18
3.2 Concepto de accesibilidad .....	18
3.3 Accesibilidad a los servicios de salud .....	19
3.4 La Geografía y la salud.....	23
3.5 Localización de los recursos de salud.....	28
3.6 Condiciones de accesibilidad económica.....	29
3.7 Condiciones organizacionales .....	31
3.8 Condiciones sociales y accesibilidad cultural.....	32
3.9 Los enfoques frente a las drogas.....	36
3.10 Políticas sobre drogas y papel institucional.....	38
3.11 La farmacodependencia.....	40
3.12 Epidemiología del consumo de las drogas.....	41
3.13 Vulnerabilidades de la población consumidora de drogas.....	42
3.14 Consumo problemático de drogas .....	43
3.15 Los servicios para trastorno por consumo de drogas.....	45
3.16 Barreras y facilitadores de acceso al tratamiento.....	46
3.17 Diferencia de género y equidad en el acceso al tratamiento .....	52
3.18 El abandono del tratamiento .....	54
4. OBJETIVOS .....	56
4.1 Objetivo general.....	56

4.2	Objetivos específicos.....	56
5.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	57
5.1	Tipo de investigación.....	57
5.2	Diseño de investigación.....	58
5.3	Fuente de datos.....	58
5.3.1	Fuente primaria.....	58
5.3.2	Fuentes secundarias.....	59
5.4	Población y muestra.....	59
5.4.1	Población.....	59
5.4.2	Población de estudio.....	59
5.4.3	Ruta del usuario que asiste al servicio de tratamiento ambulatorio.....	60
5.4.4	Selección de la muestra.....	62
5.4.5	Cálculo de la muestra.....	63
5.5	Definición de variables.....	64
5.5.1	Perfil socioeconómico y consumo de drogas de los individuos.....	64
5.5.2	Perfil del consumo de drogas de los individuos.....	65
5.5.3	La prestación del servicio de tratamiento.....	66
5.5.4	Accesibilidad al servicio de tratamiento:.....	66
5.5.5	Condiciones de acceso a la información.....	67
5.6	Instrumentos de recolección de datos.....	68
5.6.1	El cuestionario.....	68
5.6.2	Validación y confiabilidad del cuestionario.....	68
5.6.3	Recolección de los datos.....	69
5.6.4	Entrevista Semiestructurada.....	69
5.6.5	Procesamiento y análisis de la información.....	70
6.	RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	71
6.1	Características generales de los encuestados.....	71
6.2	Objetivo 1: Principales características demográficas y socio económicas de las personas que presentan consumo problemático de drogas.....	76
6.2.1	Lugar de residencia de los usuarios.....	76
6.2.2	Perfil socioeconómico de los encuestados.....	78
6.2.3	Usuarios consumidores problemáticos de drogas.....	81
6.2.4	Cantidad de droga por día.....	86

6.3 Objetivo 2: Características de la prestación de los servicios de tratamiento ambulatorio.....	89
6.3.1 Prestación de los servicios de tratamiento ambulatorio .....	89
6.3.2 Tratamiento en otros centros de atención.....	92
6.3.3 Centros donde ha recibido atención .....	93
6.3.4 La asignación de citas como principal dificultad para asistir a las citas en el IAFA.....	95
6.4 Objetivo 3: Condiciones de accesibilidad geográfica y económica de los pacientes. ....	103
6.4.1 Lugar de procedencia y tiempo de recorrido.....	103
6.4.2 Medios de transporte utilizados y tiempo de desplazamiento .....	106
6.5 Objetivo 4: Condiciones o medios de acceso a la información sobre los servicios de tratamiento ambulatorio que el usuario podría acceder para recibir atención especializada en el IAFA .....	112
6.5.1 Nivel de satisfacción.....	113
6.6 Pruebas estadísticas.....	115
6.6.1 Prueba no Paramétrica Chi cuadrado.....	115
6.6.2 Prueba de ANOVA .....	118
6.6.3 Resultado de Correlaciones .....	120
6.7 Análisis de las entrevistas semi-estructuradas aplicadas a los profesionales que atienden en el servicio ambulatorio del IAFA. ....	124
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	136
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	146
9. CONCLUSIONES.....	149
10. RECOMENDACIONES .....	157
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	159
12. ANEXOS .....	175

## Resumen

El presente es un estudio descriptivo cuyo objetivo principal, fue determinar los factores de vulnerabilidad que influyen en la accesibilidad a los servicios de tratamiento ambulatorio en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en San Pedro de Montes de Oca, para personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas en el año 2017, partiendo de la colaboración de los usuarios en el proceso terapéutico. El propósito que se planteó en la investigación se alcanzó mediante la aplicación de un procedimiento metodológico cuantitativo y cualitativo. En primera instancia se aplicó un instrumento a la población de interés (usuarios del servicio de tratamiento ambulatorio) para evaluar las vulnerabilidades planteadas. En segunda instancia se aplicó una entrevista a los profesionales que tenían atención directa con el público.

Los resultados de la investigación ponen de manifiesto la existencia de vulnerabilidades que limitan la accesibilidad al tratamiento, entre los aspectos más destacados que se pudieron evidenciar están los recursos económicos como la falta de dinero para los pasajes, problemas relacionados con el permiso en el trabajo para asistir a las citas. La diferencia entre la población de mujeres con respecto a la de los hombres mostró diferencias en cuanto a los problemas para asistir a las citas, enmarcadas principalmente a factores de tipo social, es decir, las tareas socialmente asignadas a las mujeres representan un peso mayor para asistir a las citas de seguimiento para tratar sus problemas por consumo de drogas.

Por otra parte, la valoración de los servicios prestados fue un elemento importante de destacar, ya que por medio de este indicador se pudo constatar una percepción positiva a los servicios asistenciales ofrecidos por la institución. En ese sentido, se formulan algunas recomendaciones para la institución con el fin de incentivar a mantener la buena percepción de los usuarios y para mejorar.

En definitiva, el estudio de los factores de vulnerabilidad en la accesibilidad al tratamiento a través de las dimensiones consideradas (geográficas, económicas, administrativas e informativas), evidencian vacíos en la oferta de atención que se muestran en las barreras de accesibilidad debido a que no se reconocen muchas las particularidades y necesidades de las personas.

## Lista de tablas

TABLA N <sup>o</sup> 1 .....	72
TABLA N <sup>o</sup> 2 .....	75
TABLA N <sup>o</sup> 3 .....	79
TABLA N <sup>o</sup> 4 .....	81
TABLA N <sup>o</sup> 5 .....	84
TABLA N <sup>o</sup> 6 .....	87
TABLA N <sup>o</sup> 7 .....	90
TABLA N <sup>o</sup> 8 .....	92
TABLA N <sup>o</sup> 9 .....	93
TABLA N <sup>o</sup> 10 .....	96
TABLA N <sup>o</sup> 11 .....	103
TABLA N <sup>o</sup> 12 .....	108
TABLA N <sup>o</sup> 13 .....	111
TABLA N <sup>o</sup> 14 .....	112
TABLA N <sup>o</sup> 15 .....	116
TABLA N <sup>o</sup> 16 .....	117
TABLA N <sup>o</sup> 17 .....	118
TABLA N <sup>o</sup> 18 .....	119
TABLA N <sup>o</sup> 19 .....	120
TABLA N <sup>o</sup> 20 .....	121
TABLA N <sup>o</sup> 21 .....	122
TABLA N <sup>o</sup> 22 .....	123
TABLA N <sup>o</sup> 23 .....	132
TABLA N <sup>o</sup> 24 .....	133
TABLA N <sup>o</sup> 25 .....	134
TABLA N <sup>o</sup> 26 .....	135

## Lista de gráficos

GRÁFICO N <sup>o</sup> 1 .....	77
GRÁFICO N <sup>o</sup> 2 .....	94
GRÁFICO N <sup>o</sup> 3 .....	98
GRÁFICO N <sup>o</sup> 4 .....	99
GRÁFICO N <sup>o</sup> 5 .....	100
GRÁFICO N <sup>o</sup> 6 .....	101
GRÁFICO N <sup>o</sup> 7 .....	102
GRÁFICO N <sup>o</sup> 8 .....	105
GRÁFICO N <sup>o</sup> 9 .....	107
GRÁFICO N <sup>o</sup> 10 .....	110
GRÁFICO N <sup>o</sup> 11 .....	114



## 1. INTRODUCCIÓN

La accesibilidad a los servicios de atención en salud está enmarcada en las políticas sanitarias como una disposición y recomendación de la Organización Mundial de la Salud OMS/OPS, según mandatos establecidos por los países miembros. Las iniciativas propuestas por estos organismos apuntan en la actualidad a la composición de los dispositivos de tratamiento a través de redes integrales de servicios de salud que se enfocan en la reducción de las desigualdades, la inequidad y la mejora en la prestación de los servicios, entre muchos otros beneficios para la población. Es claro que existe un interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas sanitarios, que se enfoca en la prestación de servicios más equitativos e integrales para todos los habitantes de la región, donde las desigualdades en el acceso se minimizarían para beneficio de las sociedades (OPS, 2010).

En Costa Rica el derecho a la salud está establecido como un mandato constitucional, que indica la accesibilidad mediante una prestación adecuada de los servicios y la solución de problemas de equidad en la población. La prestación equitativa abarca la interrelación de factores económicos, políticos, geográficos y culturales de la sociedad (OMS/OPS, 2006) al identificar acciones concretas en las nuevas políticas públicas. En ese sentido, expertos de diversas instituciones del sector salud a través de los países de América Latina (AL) han planteado la imperiosa necesidad no solo de llegar a más población necesitada de diferentes tratamientos, sino de una prestación apropiada de esos recursos ofertados a la sociedad.

Según datos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 2010) Costa Rica ha presentado un crecimiento del consumo de drogas lícitas e ilícitas, el cual tiene implicaciones sociales, económicas y políticas, esto debido al aumento de la morbilidad asociados al consumo, lo que significa costos importantes en el sistema de salud (IAFA, 2014). De esta manera se identifica que el consumo de Sustancias Psicoactivas es un problema complejo en el que se relacionan múltiples determinaciones que ameritan intervenciones dirigidas a

reducir el consumo y mejorar la calidad de vida de las personas inmersas en la problemática. En ese sentido esto implica que el abordaje se oriente a una eficacia de una intervención y la protección al derecho a la salud de los usuarios.

Aunado a lo anterior es importante enfocarse en la accesibilidad a los servicios de atención para personas con problemáticas por el consumo de drogas, el cual representa un reto para los sistemas de salud en casi todos los países del mundo. Los servicios de tratamiento para personas con problemas asociados al consumo son un elemento de vital importancia en la necesidad de avanzar en las políticas de salud para las poblaciones más vulnerables.

En la presente investigación se abarcan los factores principales de vulnerabilidad que influyen en la accesibilidad a los servicios del tratamiento ambulatorio de personas con problemáticas relacionadas con el consumo de drogas en la población que asiste a tratamiento en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

Para llevar a cabo un abordaje adecuado de la investigación se consideraron aspectos regionales y culturales de la población, así como elementos relacionados con las condiciones sociales que puedan influir en el acceso, es decir, dimensiones sociodemográficas, culturales, geográficas, económicas y de la información, además se consideran la equidad en la prestación del servicio y las barreras de acceso al tratamiento.

Se pretende evidenciar que la población no tiene la misma accesibilidad al tratamiento y que existen factores de vulnerabilidad determinantes que afectan el acceso a estos servicios asistenciales, factores de vulnerabilidad determinantes que afectan o inciden en el acceso a otros servicios. Además, se trabajó para determinar de qué manera una decisión a favor o en contra de recibir el servicio de atención es influenciada por estos componentes sociales.

## 1.1 Antecedentes

Los estudios serios y confiables acerca de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe (ALC), se inician en la década de 1970. Sin embargo, los mismos toman más atención, dedicación y esfuerzos en los años 90, con el apoyo institucional de la OPS/OMS (2006). Como una forma de análisis del sector se vio la necesidad del fortalecimiento de la capacidad para desempeñar las funciones esenciales de salud pública, fortalecer y evaluar los sistemas de salud y orientar los cambios, en particular las reformas sectoriales, en la dirección deseada (OPS/OMS, 2006).

Los cambios se impulsaron en la mejora en la atención y cobertura, la creación de un sistema universal de servicios de salud, las mejoras en las tecnologías, las cuales buscan optimizar la accesibilidad y disminuir la inequidad en la prestación de los servicios. Entre muchas iniciativas para una protección efectiva de las sociedades se busca brindar una motivación efectiva en las poblaciones de ALC y del mundo en general. La creación de políticas públicas dio paso a una nueva forma de modificar los modelos que se venían implementando, se pasó a un enfoque de búsqueda de mejoras en los sectores de salud. Los modelos de desarrollo/salud y las mejoras atencionales que se venían implementando se potencian al brindar un enfoque de búsqueda más puntual.

La OPS como organismo que se encarga de orientar en la generación de políticas públicas en salud, propuso una agenda de salud para las Américas 2008-2017, donde se plasmaron las principales líneas de trabajo a seguir, es decir, aspectos como: aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad, disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos. Por otra parte, se manifestó a través de estudios relacionados con la accesibilidad a los servicios asistenciales e hizo énfasis en la integralidad de las atenciones para la población (OPS, 2010).

En los últimos años se han realizado trabajos de investigación en los países de las Américas, enfocados en variables económicas sobre acceso a los servicios

de atención en salud con resultados que fueron importantes para avanzar en la temática (Almeida G., Sarti F., Ferreira F., Díaz M., Campino A, 2013). Asimismo, en junio de 2007, La Agenda de Salud OPS para las Américas 2008-2017 en su párrafo 49, señaló la necesidad de fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia a modo de facilitar la prestación de servicios de salud (OPS, 2007). Igualmente, en el 2008 la OPS realizó una serie de consultas a los países para tratar los problemas de la prestación de servicios. Se dio un avance por mejorar la prestación de los servicios en la población y en unos países más que en otros, así en Costa Rica el avance ha sido mejor que en otros de la región ya que se han presentado mejoras puntuales en los recursos disponibles y proyectos de planificación de los recursos (Vargas, 2005).

En Costa Rica, la prestación de los servicios de salud se enmarcan en el sector salud el cual sirve como un todo y lo integran aquellas instituciones del estado cuya misión específica es realizar algún tipo de acción sanitaria en cumplimiento de la política nacional de salud y por otro lado el Sistema Nacional de Salud incluye la totalidad de los elementos o componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta, con la salud y el bienestar de la población (CCSS/ CENDEISS/UCR, 2004 ). Es decir, existe una estructura establecida y consolidada a partir del cual se generan las políticas sociales.

De igual manera, las funciones inherentes de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) han mejorado en la prestación de los servicios, según la ley 7852 de Desconcentración de los hospitales y las clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social, la cual menciona Guzmán (2002) al hacer referencia a la importancia de desconcentrar los servicios en pro de una mejoría de la prestación de los mismos, que se estableció para el año 1998 y que contribuyó en esta línea de mejora.

El modelo implementado en Costa Rica le generó beneficios a la población, según lo indica Salas (2008), donde se ha mantenido la política de llegar a la población necesitada, a pesar de existir muchas dificultades de diferente índole (social, cultural, geográfica, institucional y de relaciones humanas), se ha logrado

mantener y ampliar la atención a los diferentes grupos poblacionales asentados a lo largo de todo el territorio nacional. Las iniciativas se mantienen a través de la historia y han generado beneficios tangibles en la sociedad, las cuales se ven reflejadas en los indicadores nacionales.

Con respecto a la capacidad en servicios públicos instalados para la atención de trastornos por drogas en el país lo conforman la CCSS que cuenta con 29 Hospitales, 1033 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) para el 2015, distribuidos en todo el territorio nacional, el Programa Nuevos Horizontes (hospital psiquiátrico) para servicios de desintoxicación a personas menores de edad consumidoras de SPA (Decreto Ejecutivo N°31-110 S, 2012). En el caso de los servicios del IAFA, estos están conformados por la atención ambulatoria, Centro de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad y los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID)

Por último, el país contaba con 54 programas de tratamiento y rehabilitación (ONG) aprobados por el IAFA, para el 2015, según el Directorio Nacional de Centros de Tratamiento (IAFA, 2015A). De los cuales prácticamente la totalidad de los centros se enmarcan en la modalidad residenciales, la mayoría para hombres mayores de edad.

## **1.2 Políticas y normativa nacionales**

En este contexto de los recursos y dispositivos de salud, también en Costa Rica se han hecho esfuerzos para caracterizar esos servicios (Rosero y Guell, 1998) a través de un inventario de la infraestructura pública de salud y sus características logró determinar aspectos importantes que caracterizaban la atención. El inventario mostró que un número importante de centros y puestos de salud habían dejado de prestar servicios de salud de primera necesidad, lo que dejó en evidencia para ese período la necesidad de reforzar los servicios, consultorios comunales y los EBAIS los cuales surgieron como una necesidad de reforzar.

Asimismo, en el nivel nacional se caracterizó la demanda de servicios y su localización espacial. En el estudio mencionado, (Rosero, 2000) se reflejó que la reforma de 1998 se centraba en mejorar la accesibilidad y equidad y tenía lugar primero en lugares apartados, en poblaciones más dispersas y de menor condición socioeconómica.

Por otra parte, Rosero (2000) también expone que las tendencias en la salud poblacional no mostraron diferencias a partir de la entrada en vigencia de la reforma, es decir, los indicadores de salud se mantenían estables a través del tiempo. Sin embargo, en lo referente al acceso a los servicios y su equidad, la reforma parece que tuvo un impacto, pues mejoró el acceso de las poblaciones que se encontraban en situación menos favorable, reduciendo las inequidades en primera instancia en la oferta de servicios.

Se han presentado retos que, a través de la historia, con el pacto social de 1940, llevaron a la construcción del sector salud y el sistema de salud en Costa Rica, (Sáenz, Acosta, Muiser, Bermúdez, 2011; Sáenz, Miranda, López, 2013)-han puesto al estado a replantearse el fortalecimiento de la gestión y calidad, la oportunidad y la equidad en la seguridad social. Según lo plantean Sáenz *et al.* (2013), a partir del 2010 se traza la reconstrucción del pacto social costarricense como se llamó el modelo de seguridad social en los años 40. Los fines de este planteamiento abarcaron la participación, sostenibilidad y transparencia, por otro lado, los principios de solidaridad, equidad y universalidad de la salud, es decir, los principios de seguridad social.

La búsqueda de nuevos acercamientos para determinar la población necesitada de tratamiento considera a aquellas personas que requieren servicios de internamiento y de atención ambulatoria para trastornos por consumo de drogas. Debido a la complejidad del problema existente, es de suponer que en el consumo de diferentes tipos de sustancias psicoactivas o de otra naturaleza, se deban contemplar y considerar los factores de vulnerabilidad que influyen en el uso de esos servicios recurrentes a los servicios oficiales disponibles o bien accesibles abiertamente al público para sus tratamientos respectivos.

Junto con este proceder, se deben tomar en cuenta las condiciones intrínsecas referidas al demandante de los servicios, sean aquellas de tipo económica, geográfica, políticas, étnicas culturales o bien informáticas, las cuales directa o indirectamente puedan interferir en la accesibilidad existente para la población demandante de los servicios. En algunos estudios desarrollados en países latinoamericanos, se ha abordado la temática de la accesibilidad a los servicios de salud (Comes *et al.*, 2006; Sousa y Villareal, 2000) al considerar factores ya mencionados: geográficos, económicos, culturales y administrativos, los cuales deben incluirse cuando se exponen los problemas de accesibilidad a los servicios de atención.

Autores como Llanos *et al.* (2009) hablan de factores determinantes en la utilización de los servicios de salud en Costa Rica, que definen como factores predisponentes, facilitadores y de necesidad. Entre los factores que predisponen la utilización de los servicios de consulta médica están el sexo y el nivel educativo. Asimismo, los autores mencionan que entre los elementos facilitadores está ser asegurado y la ubicación geográfica. Por último, los factores de necesidad hacen referencia a la utilización de los equipamientos, es decir, el padecer una enfermedad crónica potencializa la utilización del servicio.

Por último, Llanos *et al.* (2009) descubrieron en el análisis que se realizó en personas de la sociedad costarricense que utilizaron los recursos de asistencia sanitaria, que las variables de aseguramiento y región de residencia se asociaban a factores facilitadores de la utilización de los servicios de consulta ambulatoria y hospitalización. Se pudo constatar que todas las variables de necesidad estudiadas se asociaron con la utilización de los servicios de consulta ambulatoria, pero solo la enfermedad crónica se asoció con la hospitalización y el haber permanecido en cama con el uso de los servicios de urgencia. Este análisis que se realizó en la población costarricense muestra una primera pista de las tendencias en el uso de los dispositivos de salud en el país, lo que lleva a plantearse un problema de fondo sobre accesibilidad.

Estos servicios indudablemente abarcan también los que se especializan en drogas que atienden a la población con trastornos por consumo de sustancias. La accesibilidad a los dispositivos de tratamiento ambulatorio para trastornos por consumo de sustancias psicoactivas es un tema que ha puesto de manifiesto la importancia que tiene la interacción y la distribución adecuada de los establecimientos en los que se ofertan diversos servicios de salud y la relación que puede existir entre los servicios y el acercamiento con las personas usuarias, tomando en cuenta que pueden surgir diferentes problemáticas para el acceso.

De acuerdo con la temática sanitaria, el derecho a la salud se ha consagrado en numerosos tratados internacionales y ha estado presente en la legislación y en la práctica de Costa Rica según se constató. La Ley Orgánica del Ministerio de Salud (Ley 5412) en el artículo No. 3 hace referencia a que el Ministerio de Salud cumplirá sus funciones por medio de dependencias directas, entre los cuales el IAFA, como se mencionó, es un órgano adscrito especializado en drogas.

Por otra parte, la Ley General de Salud (Ley 5395) (citado en Amador y Cortés, 2014) expresa que en Costa Rica “la total descriminalización del uso de drogas ha permitido que el Estado tenga una mayor apertura para incorporar el fenómeno en las políticas de salud pública” (p. 4), donde se argumenta el derecho que tiene toda persona a solicitar servicios de salud e información para prevenir el consumo de drogas.

En ese sentido las políticas relacionadas con la promoción, prevención y tratamiento de las personas consumidoras de drogas (Bejarano y Barahona, 2015) corresponden al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), adscrito al Ministerio de Salud. Para establecer una política consolidada en el tratamiento de las adicciones el IAFA tuvo una serie de transformaciones, de las cuales se tiene una cronología con hechos históricos que fortalecieron las políticas de atención para trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

En el año 1972 por medio de un convenio entre el gobierno de Costa Rica y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) se creó el Centro de Estudios Sobre



Alcoholismo, a partir del cual “el manejo del problema de alcohol en el país entró en una etapa de cooperación internacional que le ha representado asistencia económica y técnica de organismos especializados, para ejecutar proyectos de prevención e investigación” (p. 180). Para el año 1973 se creó el Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA), ese hecho tuvo origen en la Ley No. 5412 del 18 de enero de 1974 y el instituto quedó adscrito al Ministerio de Salud. Seguidamente en 1974 se promulgó la Ley No. 5489 conocida como Ley de Regulación y Control de Publicidad de Bebidas Alcohólicas, con esta ley se le asignó al Instituto la responsabilidad de regular y controlar la publicidad relacionada con el consumo de bebidas alcohólicas. Esta ley fortaleció las funciones en materia de prevención y control de la publicidad de las bebidas con contenido alcohólico, lo que le generó un protagonismo al instituto en las políticas de control de la publicidad.

Para el año 1986, dentro de la normativa vigente relacionada con las funciones del INSA, se promovió la Ley No. 7035, por medio de la cual se creó el Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), sucesor del INSA y actual ente rector en el tema de drogas en Costa Rica. Al IAFA se le establecieron funciones de prevención, investigación, atención y rehabilitación del alcoholismo y farmacodependencia en el país, además, dentro de sus funciones también se establecieron la coordinación de los programas públicos y privados orientados al tratamiento de pacientes con problemas de alcohol y otras drogas.

La ley enfocada propiamente en materia de drogas, El título 1, Artículo. 3 de la Reforma integral a la ley sobre Estupeficientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de uso no Autorizado, Legitimación de Capitales y Actividades Conexas (Ley 8204): señala que “es deber del Estado el prevenir el uso indebido de estupeficientes, sustancias psicotrópicas y cualquier producto capaz de producir dependencia física o psíquica” (p. 182).

Como punto central la salud es uno de los ámbitos en que se han realizado investigaciones enfocadas en el tema de accesibilidad desde muchas aristas sociales, también se ha abordado el tema de la localización geográfica de los centros, hasta lo más reciente que es el desarrollo territorial con enfoque en salud

y desarrollo socioeconómico, sin embargo, existen factores sociales que se relacionan y que promueven un abordaje más complejo.

En ese sentido, la problemática del acceso a los servicios de salud para trastornos por consumo de drogas abarca, según lo que se mencionó anteriormente, una combinación de aspectos sociales.

## **2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1 Planteamiento del problema**

La accesibilidad de la población a los servicios de salud es un tema que está acompañado de pronunciamientos de los organismos internacionales que se encargan de dictar las políticas en materia sanitaria. OPS/OMS (2010) expresaron abiertamente la necesidad de fortalecer los sistemas de salud para que exista una mejor prestación de los servicios. La importancia para la población de acceder a una prestación adecuada de servicios sanitarios va más allá de un acceso a un centro de salud, ya que, a pesar de tener un servicio disponible, las características sociales, económicas, culturales y geográficas son dimensiones que se tienen que evaluar para determinar si la atención que se brinda es satisfactoria y si cubre realmente a los necesitados de tratamiento.

Frente a esto, el actuar de las instituciones de salud abarca aristas que posiblemente no han estado tan claras o que por las mismas condiciones de atención no se han podido mejorar y que se convirtieron en factores de vulnerabilidad en la misma utilización de los servicios de salud.

En ese contexto, se percibe que Costa Rica debe avanzar en abordar este tema debido a la necesidad de disminuir las brechas en la accesibilidad a infraestructura de salud para trastornos por consumo de drogas, especialmente lo referente al tratamiento ambulatorio para problemas con dependencia y adicción. Desarrollar estudios que permitan ahondar en la planificación correcta y mejora en la prestación de esos servicios, permitiría tomar las mejores decisiones para afrontar los cambios necesarios.

Los recursos que se destinan a la desintoxicación, rehabilitación y reinserción social de la población consumidora de sustancias psicoactivas, forman parte de los insumos disponibles para el derecho a la salud. Asimismo, los centros de tratamiento para personas con problemática de drogas en Costa Rica, tanto privados como públicos, representan un avance importante en la búsqueda de esa mejora, ya que son pocas las opciones que se tienen para estos grupos

vulnerables (IAFA, 2014). Sin embargo, las condiciones sociales, culturales, económicas y geográficas de la población podrían limitar los propósitos de atención a toda la sociedad necesitada, principalmente los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas.

En términos generales la población tiene poca oferta de servicios de atención en drogas en algunos sectores del país, como es el caso de la región Chorotega, donde se evidencia la poca cantidad de centros disponibles para la atención, en los que los factores económicos, sociales y de información podrían influir en el acceso a los servicios. En particular, según los registros del IAFA (2014, 2015), esta región contaba únicamente con 2 centros de tratamiento acreditados por esta institución: uno público, el Centro de Atención Integral en Drogas (CAID), ubicado en Santa Cruz y una organización no gubernamental (ONG) ubicada en Liberia. La poca oferta se evidenció hacen pensar que en esta región mucha de la población estaría quedando excluida de una atención necesaria

Por otra parte, las condiciones sociales y económicas de la población usuaria de drogas es *per se* muy particular debido a toda la problemática que la rodea, muchos afrontan problemas económicos, estigma social, diferentes vulnerabilidades que potenciarían y limitarían el acceso a los servicios (Gómez, 2002). A partir de lo anterior es indispensable ahondar en la búsqueda de soluciones que mejoren la accesibilidad enfocada en optimizar la prestación del servicio asistencial, al equilibrar el acceso y la posibilidad de recibir atención.

Debido a lo que se mencionó anteriormente, se plantea analizar en qué medida los factores de vulnerabilidad afectan el acceso al servicio de asistencia ambulatoria por consumo de drogas en el IAFA. Esta investigación pretende servir como herramienta en la toma de decisiones respecto a las condiciones de accesibilidad al tratamiento, en la que se tracen reformas para implementar en la prestación de los servicios sanitarios ambulatorios. Además, para esto se propone analizar otros factores que influyen en el uso de los dispositivos sanitarios, como la información y las relaciones entre el personal y los usuarios.

En ese sentido, las líneas de investigación sobre este tema abarcan también las desigualdades que se identifican claramente cuando se comparan los espacios urbanos y rurales de la población, las personas que viven en los espacios urbanos históricamente se han beneficiado con el acceso a los servicios de salud, transporte, educación, entre otros. Caso opuesto sucede con los espacios rurales donde el acceso a los servicios es limitado. Este punto también se vuelve importante a la hora de establecer los aspectos negativos que influyen en la accesibilidad, el abandono o la poca adherencia a los tratamientos para problemas asociados con el abuso de drogas, como lo mencionan los autores Escalona y Diez (2003).

A partir de este escenario se propone el problema a investigar. Con fundamento en las condiciones de atención institucional de naturaleza social, económica, geográfica o informática, referidas a la población demandante de recursos cabe preguntarse:

¿Cuáles son los factores de vulnerabilidad que influyen en el acceso a los servicios de tratamiento ambulatorio en el IAFA, para personas afectadas por el consumo de drogas?

## **2.2 Justificación del problema**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) “El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación” (OMS, 2015, p. 2).

En ese sentido es necesario enfatizar en la importancia que tiene el tema de la accesibilidad a los servicios de salud para la población que lo necesita, ya que las políticas y programas de salud, según lo manifiesta la misma OMS, pueden promover o violar los derechos humanos, como el derecho a la salud a las poblaciones más vulnerables, como es el caso de los consumidores de drogas problemáticos los cuales tienden a ser menos favorecidos con la prestación de servicios de salud.

La presente investigación se enfocará en estudiar los factores de vulnerabilidad que influyen en el acceso a los servicios de tratamiento ambulatorio en el IAFA para problemas por consumo de drogas. Debido a los inconvenientes que se observan desde el punto de vista de los recursos disponibles, factores sociales, económicos, culturales y de información para esta población en particular, es importante realizar investigaciones que aclaren la realidad de la vulnerabilidad presente en el acceso al tratamiento en un grupo de la población que es vulnerable (consumidores problemáticos de drogas).

De esta forma, el presente trabajo permitiría mostrar qué medidas se pueden implementar para adaptarse a las necesidades de la población, los conocimientos teóricos entorno al tema y la generación de nuevas políticas, además, de ofrecer una visión integral de la problemática en estudio, la cual es muy importante para nuevas investigaciones en la academia y la sociedad.

Las limitaciones de la población son aspectos que pueden brindar un mejor escenario de los problemas de accesibilidad a los servicios de tratamiento. Desde el enfoque de salud es importante incursionar poco a poco en el estudio de factores que intervienen en el acceso a los servicios de salud para trastornos por consumo de drogas, lo que por añadidura se refiere a la adecuación y distribución de los recursos en la población.

De manera que la accesibilidad a infraestructuras de salud tiene su punto de partida en la distribución adecuada de estos servicios destinados a la población y cómo se realizan esas relaciones entre usuarios y recursos. Para lograr un razonamiento apropiado del análisis del problema se deben analizar variables fundamentales para determinar la importancia de un centro en determinado lugar geográfico (Ramírez y Bosque, 2001).

En ese sentido un aspecto importante de resaltar es que la geografía que se enfoca en la salud es el análisis integral, focal, holístico de los sistemas de la salud y de cómo éstos influyen en las condiciones sociales (Curdo, 2008). Idealmente los centros de tratamiento deberían estar distribuidos en un territorio geográfico de forma equitativa y funcional, lo que generaría un mayor beneficio

para la sociedad. Por otro lado, las ubicaciones territoriales de los servicios públicos de salud afectan en cierto modo las condiciones económicas de las personas, ya que los desplazamientos de los usuarios y las distancias generan gastos económicos desiguales a las personas que requieren de los servicios que se ofrecen. En otras palabras, un buen porcentaje de la población debe desplazarse más distancia que otras para acudir al mismo servicio, ya que los desplazamientos al centro de atención son desiguales en distancia y medio (Celemín, Ares y Aveni, 2010).

En este caso la distribución de los espacios de atención en salud debería considerar las necesidades de la población, para que sean las personas quienes tengan la opción de maximizar el uso de la oferta-demanda de servicios, de tal forma que no influya la clase social y las limitaciones de transporte (Bosque y García, 2000). En este punto, se puede hacer mención a los centros de tratamiento ambulatorio los cuales, por ser centros de salud enfocados a una población específica con problemas de ingesta de drogas, la accesibilidad y localización del centro de tratamiento representan un factor determinante para la atención debida y puntual de los pacientes. La combinación de factores como distancia, demanda y oferta podrían determinar el lugar más apropiado para establecer un centro de tratamiento, tanto de salud como de infraestructura complementaria (Ramírez y Bosque, 2001).

Desde el punto de vista de la accesibilidad adecuada a un centro de tratamiento de una población específica, se hace necesario reflexionar no solo sobre el acceso a los servicios, sino sobre el desarrollo del espacio geográfico donde se ubicará ese centro. Es decir, un nuevo centro de tratamiento es un lugar óptimo que imperativamente generará condiciones para un desarrollo local. El análisis de los factores que intervienen en ese derrotero y proceso se vuelve más objetivo y hace comparables las desigualdades que se presentan en distintos espacios. De modo que esas desigualdades socio-espaciales, urbanísticas y socioculturales se identifican claramente cuando se comparan los espacios urbanos con los rurales. Según se ha visto, históricamente la población urbana se

ha beneficiado más con el acceso a los servicios de salud, transporte y educación, entre otros. En contraste sucede con los espacios rurales donde el acceso a los servicios es limitado, lo que ocasiona indicadores más elevados de enfermedades en la población de esas zonas (Cuervo y Morales, 2009).

La OMS (2015) manifestó expresamente que en los países “algunos grupos de población, por ejemplo, las comunidades indígenas, están expuestos a mayores tasas de enfermedad y afrontan dificultades importantes para acceder a una atención sanitaria de calidad y asequible” (OMS, 2015, p. 2). Estos grupos registran tasas de mortalidad y morbilidad sustancialmente más altas que la población en general, lo que evidencia las limitaciones de acceso a los centros de atención sanitaria.

Asimismo, al realizar un análisis más integral de las prácticas que intervienen en la vulnerabilidad del público a la oferta de tratamiento, es posible afirmar que la localización y accesibilidad a los centros de tratamiento va más allá de situar un centro en un espacio o sitio geográfico determinado. De hecho, el proceso involucra aspectos sociales, económicos, ambientales o etno-culturales, todos estos de una manera u otra potencializan el desarrollo de un territorio. Todo lo anterior, sin mencionar una amplia gama de otros factores que tangencialmente también puedan incidir en la planificación territorial de los servicios (Fuenzalida, 2011).

Por último, si se logra determinar en qué medida los factores de vulnerabilidad afectan el acceso a los servicios se podrían establecer mejoras en la línea de satisfacer a los usuarios. Al pensar en la inclusión social de los servicios de salud a la población, en la que se tomen en cuenta a la población de los diferentes rangos de edad, es decir, jóvenes, adultos, adultos mayores y personas con alguna discapacidad, se hace necesaria la construcción desde las vivencias de las personas. Es decir, a pesar de que la oferta es un punto fundamental en la accesibilidad al servicio se debe tener presente que las condiciones de relación entre la oferta y las vivencias en salud de la población determina el análisis adecuado de los factores de accesibilidad (Comes *et al.*,



2006). De este punto se parte para justificar que la población no tiene un acceso equitativo y que existen vulnerabilidades que se tienen que analizar para proponer cambios en las políticas de salud. Las condiciones no pueden ser las mismas para la población con alguna discapacidad o para las personas adultas mayores, se deben tomar en cuenta las necesidades de cada uno de estos y otros grupos indudablemente.

Los factores de vulnerabilidad que influyen en la accesibilidad y permanencia de las personas en los tratamientos ambulatorios para problemáticas por consumo de drogas son determinantes para entender el fenómeno y son definitivos para establecer las mejoras que se podrían implementar en la prestación de los servicios de tratamiento. Los centros que brindan servicios de tratamiento ambulatorio en salud (hospitales, clínicas, EBAIS) son de interés para los estudios epidemiológicos y de salud, por lo que el análisis que se propone es más integral entre las necesidades de la población, los recursos disponibles y algunas dimensiones (geográficas, económica, organizacional, cultural) que existen con respecto a la accesibilidad. Desde esta perspectiva se enmarca con mayor fuerza la importancia de analizar los factores que influyen en la accesibilidad de la población a los servicios de salud.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 La salud**

El concepto de salud que más utilizan los organismos internacionales y la sociedad es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual se estableció en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946 y entró en vigor el 7 de abril de 1948, la cual a la fecha no se ha modificado. La definición se encuentra consignada en el Preámbulo de la Constitución de la OMS (1948), en donde se define que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1).

No obstante, en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986) se extiende el concepto al establecer que “para lograr un estado apropiado de bienestar físico, mental y social las personas deben ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (s. p.). Esta extensión del concepto se dio a causa de críticas que se le habían hecho a la definición original de 1948.

En ese sentido, Villegas *et al.* (2003) explican que el concepto de salud ha evolucionado desde una perspectiva unicausal, una concepción biologista de la salud, hasta la ruptura con el modelo tradicional y la inclusión de lo social en la concepción de salud. Con la introducción del componente social se amplía el concepto y se centra en las relaciones que se establecen en el proceso social de producción como determinantes de las desigualdades en el estado de salud de las personas, grupos sociales y comunidades (Monge y Vásquez, 2015).

#### **3.2 Concepto de accesibilidad**

El concepto de accesibilidad se define como la posibilidad real, efectiva o posible que tienen las personas para acceder o llegar a hacer uso de una oferta material (o no material) que le brinda la sociedad. En este proceso posible está en juego la oportunidad real de concretar esa oferta accesible. Este proceso de acceder (lograr, satisfacer o culminar) a las necesidades de esta persona puede

ser gratuito, vendido o bien oneroso en términos generales. En tanto, que el discurso de alcanzar las metas esperadas, deben estar claramente definidos y caracterizados para que la accesibilidad sea en plena satisfacción al logro o concreción de las mismas (Comes *et al.*, 2006). De ahí que la accesibilidad se ha definido como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Por otra parte, el concepto se entiende como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer.

### **3.3 Accesibilidad a los servicios de salud**

La accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población representa una serie de aspectos particulares, los cuales se deben afrontar en una sociedad para la obtención de un servicio de asistencia sanitaria. Vásquez y Romaní (2012) mencionan las dimensiones geográfica, económica, organizacional y cultural como parte de esos factores a enfrentar a la hora de recurrir a un servicio asistencial.

Por otra parte, autores como Barcala, Stolkiner y otros (citados en Vásquez, 2009) aseguran que el concepto de accesibilidad a los servicios de salud, se define como un vínculo “que surge de una combinación entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos” (s. p.). Esta característica se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

Para entender la importancia de la prestación de los servicios con respecto a la salud y el derecho que representa para la población en general, Fajardo, Gutiérrez y García (2015) plantean:

El derecho a la salud, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976; a la fecha firmado y ratificado por 160 países. Este reconoce que toda persona debe disfrutar “del más alto nivel posible de salud física y mental”, lo que debe garantizarse a través del acceso a los factores determinantes de la salud y mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población. Derivado del derecho a la salud, se ha formalizado el derecho a la protección de la salud, esto es, la responsabilidad para

establecer un mecanismo que asegure los elementos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sanitaria (p. 2).

El derecho a la salud se ratifica como un deber de los estados con la población y se requiere de muchos aspectos para su abordaje. En muchos escritos se habla sobre la accesibilidad a los servicios de salud, en los que se puede apreciar las diferentes dimensiones estudiadas con respecto a la accesibilidad. Para Frenk (citado en Rodríguez, Rodríguez y Corrales, 2013), existen tres dominios para el acceso a los servicios de salud, los cuales tienen que ver con a) el dominio estrecho, que comprende la búsqueda de atención, b) el dominio intermedio, que comprende consecución y continuación de la atención y por último c) el dominio amplio, que corresponde a todo el proceso desde el deseo de atención hasta la satisfacción brindada por los Servicios de Salud.

Asimismo, dentro de las condiciones de la población para el acceso a los tratamientos, otros de los factores que tiene gran relevancia, están los socioeconómicos, los logísticos, los ambientales y los políticos. Según Sousa y Villarreal (2000) la disponibilidad de recursos y las políticas de salud que se implementan para beneficio de las personas, significan el vencimiento de barreras por parte de los usuarios, lo que en muchas ocasiones puede limitar la accesibilidad. Mejores condiciones indudablemente posibilitan un mejor grado de accesibilidad para los pacientes. Pero igualmente como lo han expresado diferentes investigadores (Lñiguez, 2008) aún existen desigualdades geográficas y sociales en la sociedad que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud. Por otra parte, es evidente que estas desigualdades no caracterizan a toda la población, ya que unos sectores sí tienen mejor acceso a los servicios asistenciales, es decir, al mencionar las vulnerabilidades estas no son iguales para todos los grupos de la población, tal es el caso de la población adulta mayor la cual es un grupo de la población que recurre más a los servicios asistenciales de salud. En Costa Rica por ejemplo la población que reportó más internamientos en el 2004 fueron las personas mayores de 60 años (OPS/OMS, 2004). Desde esta perspectiva se puede pensar que la vulnerabilidad es mayor para esta población

en comparación con otros grupos de la sociedad. Lo mismo tomando en cuenta las mujeres en condición de vulnerabilidad como víctimas de la violencia.

Al ampliar en la variable geográfica, la accesibilidad detallada en un espacio se caracteriza por la interacción de las personas con su medio, es importante considerar que el acceso no se produce desde cualquier parte del territorio, en línea recta, sino que, desde una red vial establecida con características particulares, es decir, la distancia real dista mucho de la distancia ideal. La localización óptima y accesibilidad adecuada a un centro de tratamiento, no solo ofrece acceso a la atención, sino que contribuye al desarrollo del espacio geográfico donde se ubica.

Es en este punto donde se hacen notorias las diferencias socio-espaciales, las cuales se identifican claramente cuando se comparan los espacios urbanos con los rurales. La población de centros urbanos se ha visto más beneficiada con el acceso a los dispositivos de salud, transporte y educación, entre otros. Por otra parte, como se mencionó anteriormente, en los espacios rurales el acceso a los servicios básicos de salud es restringido o inexistente y en la mayoría de los casos limitado (Cuervo y Morales, 2009). Esta característica de recursos limitados en los espacios rurales, la estudió la OPS (2010) y se detectó que existían serias inequidades en cuanto a la distribución geográfica de los recursos humanos en salud, particularmente en estas zonas, más alejadas o aisladas de los países.

La demanda de servicios de salud comprende las necesidades de la población, las cuales en este estudio mencionado se consideraron proporcionales al tamaño de la población y algunas características como la ruralidad (y algunos grupos etarios). Para caracterizar la demanda de las personas que necesitan de tratamiento, conviene también conocer ciertos aspectos como su localización, nivel de salud y patrón de uso de los servicios que hacen importante el diagnóstico de la demanda.

En el estudio de la OPS (2010) también se mencionan algunas de las dimensiones que se utilizan para medir la accesibilidad a un centro de salud. Entre estos se destaca la dimensión geográfica, otra dimensión es la organizacional, la

cual se caracteriza por el modo de organización que exhiben los centros de tratamiento. La dimensión organizacional abarca por ejemplo los horarios de atención, las modalidades de atención, la presencia absoluta de la tramitología o bien de una excesiva burocracia obstaculizadora. También se menciona la dimensión cultural, que determina las características operativas, administrativas, atencionales.

Esta última dimensión, la han indicado diferentes autores como el factor o elemento determinante en cuanto a facilitar u obstaculizar la accesibilidad de los servicios de salud. Por otra parte, la dimensión cultural que determina las características de la población para buscar ayuda o decidir si acude o no a un tratamiento. Asimismo, se ha mencionado en múltiples ocasiones por diferentes autores que han estudiado la accesibilidad a los servicios de salud e infraestructura de servicios, la accesibilidad económica como factor determinante en el acceso a los tratamientos, es decir, se aprecia que cada una de las dimensiones cumple un papel importante en el análisis para establecer la accesibilidad.

Otro de los aspectos desde el punto de vista económico a la prestación de los servicios, es el costo para los usuarios, es decir, el monto que tienen que desembolsar las personas para asistir a algún servicio de salud en muchas ocasiones limita la asistencia a algún dispositivo de asistencia sanitaria. Pese a que los servicios en la mayoría de los casos son públicos eso no exime de la injerencia en gastos económicos para recibir algún tratamiento (Arredondo, Nájera y Leyva, 1999.)

Además, la accesibilidad y características de la calidad de la oferta son de suma importancia para los usuarios debido a que esto representa en gran medida la satisfacción del servicio prestado. Hasta este punto de consideración es posible reflexionar o inferir que la accesibilidad se extiende más allá de los aspectos geográficos y de organización. Esto es así, pues en el proceso inherente del acceso intervienen también variables que se asocian con la percepción, adherencia y calidad del servicio disponible u ofertado. La cobertura como ya se

mencionó facilita también el acceso y una mayor percepción de satisfacción por parte de las personas.

Se puede afirmar según reflexiones hasta este punto que en la accesibilidad también intervienen variables de percepción, adherencia y calidad del servicio. La cobertura, como se mencionó, representa un punto alto ya que facilita el acceso y por ende una mejor percepción de las personas. En este proceso intervienen grupos poblacionales heterogéneos con intereses diferentes y la dignidad inherente en cuanto a la atención integral ofrecida/recibida

Es importante también interiorizar que una de las premisas es que la accesibilidad es un vínculo entre usuarios y servicios ofertados donde intervienen diferentes grupos de la población, en la que media el tema de la dignidad de la atención de forma integral (Comes *et al.*, 2006). Por esto se puede mencionar a las personas con consumo problemático de drogas, que efectivamente merecen esa atención digna como parte de las medidas de atención que se requieren con esas poblaciones vulnerables.

En ese sentido, el personal que atiende a esta población juega un papel importante en el cuidado de las personas con problemáticas por consumo de drogas (Díaz y Palucci, 2010). La capacitación es fundamental, sobre todo en lo referente a derechos humanos se ha visto que los centros ambulatorios que se especializan en la atención de problemas de drogas requieren la capacitación de los profesionales que prestan el servicio en pro de brindar una atención digna a personas con enfermedades mentales, como la dependencia y la adicción.

### **3.4 La Geografía y la salud**

La geografía es la ciencia que estudia la relación que existe entre el espacio y el ser humano, trata de integrar aspectos sociales y físicos con la finalidad de crear bienestar para la sociedad y las personas que disfrutan, gozan, se relacionan, viven y se desarrollan en un espacio territorial. Esta integración se expresa en un espacio concreto y determinado: el espacio geográfico (Ortega,

2001), el cual se puede considerar como el objeto de estudio de la geografía y donde se llevan a cabo las relaciones.

La Geografía por sí sola, pero también con el concurso de la Demografía, Estadística, Planificación, Sociología, Antropología y la Geodesia permiten aportarle a la Epidemiología soporte puntual y pragmático de primera calidad, para caracterizar, clasificar y categorizar a un determinado grupo poblacional asentado en un territorio específico. La Epidemiología puede señalar las causas u orígenes que están detrás de las apariciones de ciertas enfermedades tanto en un contexto o hábitat nacional, o bien internacional. Todos estos de manera directa o indirecta y de manera heterogénea constituyen sus causas y condicionantes que de una manera u otra contribuyen a la obtención de una salud integral y bienestar social. Sin embargo, este empeño debe apoyarse en el aporte de otras disciplinas y de algunas herramientas tecnológicas como los sistemas de información geográfica (SIG) (Somarribas, Borroto y Chamizo, 1988).

Los investigadores identificados e implicados geográficamente deben tener un interés colectivo y orientarse a presentar escenarios (concretos y reales) para la toma de decisiones. Estos, como es de suponer, deben basarse en descripciones y diagnósticos de estudios puntuales. Se pueden establecer cuatro áreas de trabajo dentro de esta disciplina (Beceyro y Lico, 2006), las cuales se mencionan a continuación:

- a. Distribución de las enfermedades y su mapeo
- b. Patrones espaciales de mortalidad, enfermedad y salud
- c. Difusión de las enfermedades en el tiempo y el espacio
- d. Análisis espacial de los Sistemas de Salud, equipamientos y servicios

La accesibilidad geográfica se convierte en un factor determinante para los estudios geográficos de salud, ya que se estudia el medio físico donde se ubican los servicios. La Geografía analiza las características de localización y distribución de las infraestructuras y de los grupos humanos, sus relaciones con los elementos naturales, sus diferencias de localización, su dinámica, sus interrelaciones en la



superficie terrestre. El lugar se considera el objeto de estudio de la Geografía, ya que es precisamente donde se realizan los eventos naturales y sociales. El lugar es conocido en la geografía como espacio o espacio geográfico, es decir, el escenario biótico, abiótico y social en que se desenvuelven las actividades humanas. Esta característica y este *modus operandi*, es lo que le confiere una importancia para el análisis de las situaciones de acceso a los servicios de salud.

La salud tuvo un acercamiento con la Geografía para llevar a cabo diversos procesos como: a) La regionalización de servicios, los sistemas locales de salud, b) La planificación en salud. c) La logística tecno-ambiental y ecológica, el paradigma económico imperante en la sociedad. Todas estas acciones asociadas con estos procesos implican una forma de localización de necesidades, asignación de recursos y de prestación de servicios enfocados todos estos para atender las necesidades de la población. Tal es el caso de la regionalización, la cual se refiere al ordenamiento (racional, operativo y logístico) de los recursos de salud y los servicios. En términos generales describe las características del territorio y dónde deben actuar los proveedores de servicios de salud, el área para llevar a cabo el mejor acceso a los servicios de salud y sobre todo cómo se debería brindar u ofertar una mayor calidad del servicio.

Para el enfoque geográfico la localización es relativa en el espacio, para un lugar específico, cuyas propiedades físicas o humanas tienden naturalmente a influenciar las características de ese lugar. La situación se define por las relaciones interpersonales que establecen el sujeto o actor referenciado con el entorno próximo y lejano, mientras que la posición de un lugar (espacio físico) está estrictamente determinada por sus coordenadas geográficas. Su situación depende de su posicionamiento con respecto a otros lugares similares o complementarios, en consecuencia, de su posición en las diferentes redes que le aseguran relaciones entre estos.

La situación geográfica se evalúa en términos de la accesibilidad relativa entre lugares. Consecuentemente, se calificará una situación dada en términos de centralidad, de periferia o bien en términos de contacto, de paso, de enclave, entre

otros casos. En tales circunstancias se pueden expresar que el lugar y la posición son distintos y complementarios a la vez (Escalona y Díez, 2003).

En esta misma línea de acción debe plantearse que los principios de equidad y eficiencia deben ser fundamentales para la solución de los problemas, tales como costos y beneficios, población demandante y ubicación adecuada de los servicios, en este caso de salud. También es necesario tener presente que existe un dinamismo poblacional, lo cual indica que las personas no son estáticas, sino que están en un constante movimiento. Por esta característica o circunstancia particular es imperativo que el lugar que se vaya a contemplar como óptimo tenga en cuenta esas variaciones espaciales que se presentan (Moreno, 2003). Desde esta perspectiva es evidente que la población y sobre todo las condiciones geográficas son determinantes para la disponibilidad de recursos de salud.

De manera que la accesibilidad trata de situar los bienes y servicios en el lugar más adecuado para que la población demandante pueda accederlos cuando los necesite. Para esto, los nodos y circuitos en el espacio deben analizarse a partir de las redes, para comprender la conectividad, rol o dinámica, además de tomar en cuenta también el transporte hacia los servicios que se ofrecen. En consecuencia, la accesibilidad es un elemento importante para la geografía, pues le permite conocer las pautas de la movilidad de las personas y saber en términos aproximados, cuáles son los bienes demandantes (Lamata, García y Peris, 1994).

Por otra parte, los factores que intervienen en las desigualdades, como otro punto importante de analizar en la temática de acceso a los servicios de salud, se puede mencionar a la accesibilidad, efectividad, eficiencia y aceptación de la población, se menciona que la accesibilidad también se define como el grado de ajuste entre las necesidades de los usuarios y los recursos disponibles, así se logra equidad en la prestación de los servicios.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) funge como un ente internacional de salud pública que orienta su accionar en políticas de salud, de salubridad y de higiene para todo el contexto humano latinoamericano (ALC). En este sentido, promueve la equidad en el acceso oportuno a la gama de servicios,

bienes, convenios, dotaciones, recursos humanos, logísticos, económicos y financieros de los que dispone como organismo regional. Especialmente y de manera preferencial en todo lo referente a alcanzar metas de excelencia, calidad y eficacia para una población necesitada de los servicios que se mencionaron. Todo este proceder debe basarse y sustentarse localmente (a nivel de países) en un sistema equitativo de salud. Promueve la equidad en el acceso oportuno a bienes y servicios de salud de calidad en los países, como base de un sistema de salud equitativo (Almeida y Sarti, 2013).

En este mismo contexto, la equidad ha estado presente en las discusiones sobre la salud de la población, los indicadores que se relacionan con la seguridad social se enfocan en las condiciones de la prestación de los servicios para determinar si existe equidad en estas áreas (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007). A pesar de los avances en estas áreas de la seguridad social, es claro que persisten divergencias entre muchos grupos de la población. Se establecieron barreras que las personas tienen que superar para acudir a satisfacer sus necesidades de tratamiento. En este punto se vuelve a enfocar en las barreras de acceso a los servicios de salud, es decir, el acceso también va más allá de una primera intervención, ya que uno de los aspectos importantes en el tratamiento es la continuidad en el proceso.

Por otra parte, Musgrove (1983) también menciona que la equidad debe entenderse y medirse a nivel de la justa prestación de servicios. O sea que la equidad se entiende como la provisión de toda la batería de servicios atencionales para toda la población, sin distingos socioculturales o de otra naturaleza. Solo de esta manera, el sistema puede ser más equitativo para resolver un problema de un grupo poblacional específico o bien para otro. Es decir, que se puede ejemplificar la atención institucional para un tipo determinado de enfermedad que para otra y para una clientela determinada. En ese sentido, se puede ejemplificar la atención más rápida en la atención de algunas enfermedades que en otras. En el caso de referirse a los recursos se dejan de lado las distinciones ya que se establece como punto de partida solo la oferta de servicios.

Un aspecto interesante de resaltar es que la desigualdad total entre los individuos que componen una población consiste de dos componentes: la desigualdad entre grupos y la desigualdad en el interior de los grupos, por lo que, una dificultad se puede reflejar a nivel de grupos poblacionales y otra entre los mismos grupos de la población, también con distinciones por sexo y edad. Desde el punto de vista de Mejía, Sánchez, Tamayo (2007) "Las inequidades en salud pueden limitar las oportunidades de muchas personas de llevar la vida que desean" (s. p.). Se puede afirmar que las capacidades de cada persona se ven limitadas en participar y obtener los mismos resultados por esfuerzos similares.

Es común suponer que, si hay un hospital en un lugar geográfico, los habitantes de ese sector están bien atendidos, lo cual en muchos casos no es tan real, por lo que se cae en un error de no preocuparse de otras distinciones entre ellos que producen diferencias en su probabilidad de atención. Para aclarar este punto se puede citar por ejemplo los criterios socio demográfico y el criterio epidemiológico, los cuales pueden ser más apropiados cuando se quiere saber si la atención médica se concentra donde se necesita más.

### **3.5 Localización de los recursos de salud**

El tema de localización lo han analizado diversas disciplinas (Economía, Meteorología, Agrimensura, Agronomía, Planeación, Biología, Física, Cartografía, entre otras) y en el caso de las ciencias geográficas ha sido clave tanto en lo que concierne a la navegación terrestre, aérea, espacial, submarina, entre otras. Sin olvidar que en el caso de la Epidemiología es una de las disciplinas importantes en su prólogo y en su desarrollo. Varios autores mencionan que el geógrafo debe localizar los objetos en el espacio, es decir, que tengan una correspondencia espacial (latitud y longitud) y con esto conocer más sobre el objeto o sujeto por analizar (Claval, 1979; Somarribas 1988). Dentro de esta localización está la localización óptima que se refiere a la ubicación más apropiada que satisfaga las necesidades de la población. Según se menciona, el término geográfico atribuye la posición de un objeto sobre la superficie de la tierra con la ayuda de un sistema de referencia explícito, que son las coordenadas geográficas.

La distribución espacial de los elementos de la realidad constituye un viejo problema geográfico. De hecho, la distribución de los fenómenos naturales y humanos sobre la superficie terrestre figura como uno de los principales ejes de investigación (Cardozo, Gomes y Parras, 2009). De aquí se desprende que los aspectos que se relacionan con los equipamientos de diversos servicios deberían dar respuesta a las necesidades de la población en los diferentes espacios donde se ubiquen. Por esto, otros enfoques como el estudio de las redes de transporte despiertan el interés de los geógrafos, fundamentalmente por dos razones: primero porque las industrias, infraestructuras, equipamientos y las redes ocupan un lugar importante en el espacio y constituyen la base de un sistema espacial complejo, en segundo lugar, porque la Geografía trata de explicar las relaciones entre fenómenos dentro del ambiente (Araya, 2006).

Por lo tanto, las redes de transporte como una forma de interconexión espacial son de interés específico para los geógrafos, ya que son parte del análisis territorial para determinar las necesidades de una población. Prácticamente ningún elemento de la realidad de los asentamientos humanos, equipamientos, recursos naturales, medios de producción, etc., presenta una distribución homogénea sobre la superficie terrestre, esto se plasma en diferentes configuraciones espaciales. Se ha planteado la hipótesis de que la necesidad de superar esas diferencias logísticas-espaciales impulsaron la aparición del transporte y la construcción de vías terrestres y de comunicación (Barbero y Quinn, 1986), al parecer esos mismos autores señalan que, en la medida en que el transporte sea la herramienta que permita superar la fricción impuesta por la distancia que separa a la población de los diversos centros de actividad, prácticamente no existe movimiento (desplazamiento o intercambio) alguno que sea posible sin los transportes.

### **3.6 Condiciones de accesibilidad económica**

Constituye una temática recurrente y un crecimiento institucional para la OPS. Según el estudio de Almeida y Sarti (2013) la OPS ha realizado una serie de estudios puntuales en seis países de ALC (Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México y Perú) en los cuales intenta señalar y explicar las desigualdades

existentes en cada uno de estos países, las referidas con acceso sesgado a los servicios asistenciales para la población en general. Concretamente, el objetivo general de este trabajo académico lo constituye esta temática que señala la OPS.

Según el estudio de Almeida y Sarti (2013) hacen referencia a que las condiciones económicas prevalentes en la sociedad brasilera determinaron la accesibilidad al tratamiento. Se menciona también que, con la apertura del servicio al público, la accesibilidad general a los servicios de atención mejoró y la variable económica a pesar de ser relevante, pesó relativamente poco en la prestación asistencial. De esta forma se explican las desigualdades sobre el acceso a los servicios de tratamiento. El objetivo principal de estos estudios fue medir y explicar las desigualdades en el estado de salud y el empleo de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos y su evolución en el tiempo.

Los resultados mostraron que la población con mayor ingreso familiar eran los que hacían mayor uso de los servicios de salud en cada país de estudio. Los diferentes estudios que se realizaron en estos países de América confirman que la accesibilidad abarca las condiciones económicas de los usuarios, en muchos casos poder acceder a la asistencia en salud se establece más allá de aspectos territoriales, es por esto que según se mencionó anteriormente, los costos son otra variable que se analiza a la hora de determinar la equidad en la prestación de los servicios. Con relación a este aspecto, Petrerá, Valdivia, Jiménez y Almeida (2013) sobre el estudio que se realizó en Perú acerca la equidad en la atención sanitaria, reportaron que las personas ubicadas con menores ingresos tenían mayores situaciones de enfermedad en comparación con las personas de mayores ingresos.

Con respecto a consultas especializadas, como Odontología y hospitalizaciones, la mayor atención se dio en personas con mayores ingresos, lo que evidenció características diferenciadas en el acceso relacionado con condición socioeconómica. Por otra parte, Almeida, Sarti, Ferreira, Díaz y Campino (2013) establecen que de igual forma el ingreso determina la accesibilidad al tratamiento, se menciona que con la apertura del servicio público

las condiciones mejoraron con respecto a la cobertura de los servicios. Es lógico pensar que estas condiciones pueden variar si se analiza propiamente los sistemas de salud en cada país, lo cual podría variar las condiciones, ya que cada país tiene sus propios sistemas de salud con diferencias específicas.

### **3.7 Condiciones organizacionales**

Las condiciones de organización de los servicios de salud resultan una de las dimensiones que determinan la posibilidad de los pacientes de recibir la asistencia, permanencia y aceptabilidad de los tratamientos. Los autores Rossi, Pawlowicz y Zunino (2007) describen que la edad del paciente o usuario es un factor determinante en este proceder. Además, se captó que los horarios laborales suponían una dificultad ya que las condiciones prevalentes asistenciales no generaban axiomáticamente un acceso a los pacientes pues no querían faltar a sus lugares de trabajo.

De hecho, los horarios de atención constituyen para algunos usuarios de los Servicios de Salud el principal obstáculo para acceder a los mismos (o bien al tratamiento). Esto es así pues la mayoría de los usuarios potenciales de los servicios eran personas en edades adultas (o sea eran parte de la población económicamente activa (PEA), lo que dificulta aún más la posibilidad de asistir a algún tratamiento.

En esta misma línea Rossi *et al.* (2007) amplían y especifican que, en Buenos Aires, Argentina, se descubrió que los trabajadores percibían que las dificultades para obtener turnos y horarios eran mayores cuando las personas trabajaban, además, los horarios suponían una dificultad ya que las condiciones no generaban un acceso para los pacientes que en muchos casos no querían faltar al trabajo. El horario de atención es sin duda para algunos usuarios el principal obstáculo para acceder al tratamiento. Rossi *et al.* (2007) también describen la edad como un factor importante en la utilización de los servicios, ya que las personas potenciales de utilizar los recursos de atención para trastornos por drogas eran personas en edades adultas.

La calidad de la atención se relaciona con la forma en que los servicios de salud se organizan en redes para garantizar el acceso de la población, la articulación de la promoción, prevención y atención en los distintos niveles del sistema, el aseguramiento de la continuidad en los servicios, la respuesta oportuna a las necesidades comunes y particulares de mujeres y hombres y la consolidación de sistemas de información como fundamento de la acción (OPS, 2012).

Dentro de la organización se ubica la relación de los pacientes con los profesionales de la salud, donde en muchos casos se ve la poca adherencia al tratamiento, un concepto que ha sido difícil de definir por las múltiples implicaciones que ha conllevado a los profesionales de la salud principalmente de la rama de la medicina ponerse de acuerdo. En ese sentido, se puede mencionar que: una de las definiciones más aceptadas en el campo de la salud es la propuesta por Di Mateo y Di Nicola (citado en Ortiz y Ortiz, 2006) quienes conceptualizan la adherencia como “una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo” (p 4). La cual destaca la participación del paciente en la toma de decisiones de los procesos terapéuticos, por lo que, la no adaptabilidad a los tratamientos queda menos marcada de acuerdo a esta definición. Se menciona por parte del autor que cuando los tratamientos implican cambios en los hábitos de vida de las personas donde se ve inmerso el ambiente (laboral, social, familiar), los porcentajes de no adherencia aumentan (Ortiz y Ortiz, 2006).

Asimismo, para los trabajadores de la salud, existen principalmente costumbres, hábitos, creencias y prácticas de los pacientes que perjudican la accesibilidad al tratamiento.

### **3.8 Condiciones sociales y accesibilidad cultural**

Se considera que un punto importante en la construcción de un sistema de salud para la población es tener en cuenta los sectores de la comunidad en la que se está inserto. Es de vital importancia dialogar sobre aspectos cotidianos, costumbres, recursos económicos, además sobre la utilización de la medicina.



Asimismo, es importante tener en cuenta que la población que hace uso de los recursos sanitarios públicos, generalmente proviene de diferentes partes del país, por lo que presenta condiciones diferenciadas unas entre otras.

Por esto se hace mención de sus costumbres, que puede funcionar como un conector de sus lugares de origen. Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto sociocultural de la población con la cual se desenvuelve. Se hace necesario comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población.

Para las mujeres, los vínculos afectivos determinan en gran medida el no buscar ayuda, como el miedo a no ser aceptada por la pareja y amigos y el temor de perder a los hijos (Romero, Saldívar, Loyola, Rodríguez y Galván, 2010). En ese sentido, se puede ver que esta conducta obedece al mandato de género de las mujeres de vivir para los otros, según lo menciona el autor, con el fin de poseer pertenencia e identidad, aun a costa de su bienestar.

Por otra parte, un aspecto importante que resaltan Landini, González y D'Amore (2014) tiene que ver con la percepción de los usuarios respecto a la atención recibida. En ese sentido "de acuerdo a la atención recibida ha permitido recuperar la perspectiva de los pacientes como sujetos, dejando de lado verlos como objetos" (p. 7). Asimismo, los estudios sobre satisfacción de los usuarios o de calidad desde la perspectiva del usuario proponen evaluar los servicios para repensar el modo en que estos se organizan para mejorar la atención.

No obstante, para tener la especificidad de la perspectiva del beneficiario, se debe tener en cuenta la perspectiva no solo cuantitativa sino cualitativa. Debido a que la mayor parte de estos estudios se han realizado desde una perspectiva cuantitativa y se hace difícil reconstruir verdaderamente la perspectiva de los usuarios. Desde esta visión es necesario tener presente las diferencias culturales, las creencias y contextos de vida que marcan a los pacientes (Landini, González y D'Amore, 2014).

Los factores culturales de las sociedades forman parte de las dificultades que enfrentan las personas consumidoras problemáticas de drogas en el acceso a los servicios de salud, específicamente se nota la diferencia entre el acceso de los hombres en comparación con las mujeres. Con respecto a este tema en particular la ONUDC (2005) manifestó las diferencias en cuanto al consumo de drogas y evidenció que la mayoría de personas que presentan mayores trastornos son hombres. Sin embargo, a pesar de las diferencias entre culturas y naciones, las mujeres de diferentes regiones del mundo con frecuencia encuentran los mismos obstáculos para su acceso al tratamiento y permanencia en él.

A pesar de que los factores sociales influyen tanto en hombres como en mujeres, las diferencias ponen en desventaja en mayor medida a las mujeres. Este hallazgo lo determinó la ONUDC (2005), donde las diferencias de género en cuanto a la prestación de servicios de tratamiento para problemas por consumo de drogas se aprecian entre otros aspectos por la poca disponibilidad de programas de tratamiento para mujeres, se asocia la falta de conocimiento de programas específicamente para las mujeres, es decir, los modelos de tratamiento para esta población son muy pocos.

Otro de los aspectos que llama la atención y que se mencionó en el informe de la ONUDC, se refiere a la diversificación de los servicios que requeriría para el tratamiento de las mujeres, es decir, servicios para los hijos en muchos casos e incluso la familia. En este caso se difiere a los servicios de los hombres donde generalmente el tratamiento es directo al hombre y donde los internamientos residenciales resultan más factibles, por las mismas condiciones culturales en las cuales se desenvuelve la sociedad. Para Arana y German (2005) resulta un doble rechazo en el caso de las mujeres, lo cual las convierte en una población con doble vulnerabilidad y rechazo, por una parte, ser mujer y otra por ser consumidora de drogas, lo que afecta en distintas maneras su imagen ante la sociedad. Se aprecia una percepción social de la mujer usuaria de la cual responde al estereotipo de mujer fracasada.

Otros autores como Kumate (citado en Bermúdez, 2011) ratifica que no es lo mismo referirse a un varón consumidor de drogas que a una mujer, en el caso de la mujer experimenta una “doble estigmatización” (p. 26). El consumo de sustancias se convierte en un impedimento para que cumpla con su función social, es decir, de preservar y transmitir los valores en una sociedad.

Así se pueden mencionar otros aspectos importantes de resaltar en la diferencia que establece la sociedad en las funciones que desempeñan los hombres y las mujeres como es el caso que la mujer se desenvuelve más con los hijos y su pareja que limita su decisión de acudir al tratamiento y, por otro lado, el estigma de enfrentar la situación del consumo de drogas.

Según Touzé (2006) “Las representaciones sociales predominantes señalan a los consumidores de drogas ilegales como potencialmente peligrosos” (s. p.). La frase anterior es uno de los aspectos que más han estereotipado a los consumidores problemáticos de drogas, donde se convirtió en parte de la vida cotidiana escuchar frases como vagabundos, drogadictos, ladrones o lo que se conoce como etiquetamiento de las personas. En algunos casos son denominaciones claras que identifican que la sociedad ve a los consumidores de drogas como delincuentes peligrosos. Estas personas son parte de un contexto social que los llevó al consumo problemático de drogas, por otro lado, muchos de los consumidores son personas con una vida normal, es decir, no se puede ubicar a todos los consumidores en la misma condición de deterioro.

Por otra parte, cualquier persona que ha consumido algún tipo de droga va a terminar igual que las personas habitantes de calle o enfermos, lo cual no es tan cierto, ya que la dependencia involucra una serie de factores que se combinan para desencadenar en problemas para el consumidor (Touzé, 2006). También es interesante ver cómo el tipo de droga enmarca si una persona es drogadicta o no, las drogas legales o lícitas no representan un problema grave para las personas, aunque sean las drogas como el alcohol la que más problemas causa a nivel de salud pública.

Por último, el estereotipo de diferenciar entre las llamadas drogas suaves como el tabaco y alcohol y las duras que muchas veces tiene que ver con la legalidad de las sustancias y por la tolerancia social, es decir, las drogas lícitas se ven como de menor problema. Es claro que los estereotipos afectan a las personas consumidores de drogas, ya que es una forma de más rechazo para la reducción del consumo (Touzé, 2006).

Las drogas adquirieron diferentes discursos según se ha visto. Los discursos surgen como parte del abordaje de las drogas a través de la historia, en los que se resaltan enfoques que se observan en la actualidad.

Desde el punto de vista de los costos sociales uno de los aspectos más importantes que agravan el problema del consumo de drogas es la marginalización de las personas con problemas de consumo de drogas, esto porque la ilegalidad de la droga provoca el aislamiento de los consumidores. Esta forma de estudiar de una manera incorrecta el consumo de drogas hace que se criminalice el consumo y por consiguiente los aspectos más negativos que se asocian con este fenómeno. La realidad es que los problemas más graves que se producen a la salud de la población tienen que ver con el prohibicionismo que se ha desarrollado debido a las políticas sobre drogas. Igualmente existen otros factores que no se toman en cuenta para determinar las mejores propuestas sobre políticas de drogas, es decir, lo que se busca es brindar opciones a las personas más afectadas por consumo de drogas, lo que sería un punto de partida para generar acciones más adecuadas.

### **3.9 Los enfoques frente a las drogas**

La sociedad define el fenómeno de las drogas como un problema que afecta a la misma población de diferentes maneras. Por qué se dice que las drogas son un problema, según lo menciona Mata (2006) “para que una situación o hecho se convierta en problema social los grupos interesados lo definen con tal” (p. 100). Es decir, un problema social es siempre producto de una definición hecha por quienes de alguna manera están interesados en producir esa definición. Es por esto a partir de este enunciado se puede interpretar que el problema de las

drogas y en este caso del consumo problemático que lleva a los trastornos, se posiciona como un problema para la sociedad, sin embargo, al ubicarlo dentro del enfoque de salud las condiciones de atención tienden a cambiar y dan como resultado un enfoque de derechos humanos. Al tomar en cuenta la realidad del consumo de drogas en el abordaje, las problemáticas asociadas se centran en factores sociales, prestación de servicios y no aspectos punitivos.

Desde esta perspectiva es importante mencionar los enfoques frente a las drogas por los cuales pasa el fenómeno; se pueden citar los enfoques Ético Jurídico, el Médico Sanitario, Psicosocial, Sociocultural y el Modelo Integrado, en los que se enmarca el paradigma de salud pública y se considera que el consumo de sustancias psicoactivas es principalmente un problema de salud pública, lo que da como resultado la generación de la política pública que se enfoca en asignar recursos con base en prioridades para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Se puede esclarecer que las políticas que intervienen en las causas tienen ámbitos más amplios y buscan modificar condiciones que afectan al consumidor de drogas (Mata, 2006).

Otros autores (Pons, 2008; Soriano, 2010) hacen referencia a los modelos interpretativos o posicionamientos del consumo de drogas, los cuales ubican el fenómeno de las drogas frente a la sociedad de diferentes maneras. Se señalan los modelos jurídicos, modelo de la distribución del consumo, modelo médico tradicional, modelo de reducción del daño, modelo de la privación social, modelo de los factores socio estructural, modelo de educación para la salud, modelo psicológico individualista y modelo socio ecológico. Según se aprecia estos modelos representan escenarios sociales con el abordaje de las drogas que han persistido. En la actualidad se tiene la consigna de un abordaje de salud, la cual se concibe como un proceso dinámico, producto de los ajustes e interacciones del individuo y del contexto o sistemas sociales en el que se desenvuelve (Soriano, 2010). Estos aspectos se toman en cuenta para tener un criterio más amplio de la realidad del fenómeno de las drogas en la generación de políticas públicas.

En ese sentido, llama la atención que hay discursos que tienen una influencia marcada sobre las políticas de intervención sobre consumo de drogas, tal es el caso del modelo médico sanitario, el cual predomina su hegemonía para el tratamiento de personas dependientes a sustancias psicoactivas. En muchos casos se ha propuesto que los tratamientos deberían abarcar aspectos desde diferentes vertientes en las que se identifique que el consumo problemático de drogas es multifactorial y no meramente individual físico de la persona (Pons, 2008).

La importancia de analizar todos los discursos radica en mejorar el entendimiento que se hace y se ha hecho del abordaje de los problemas por consumo de drogas, que permita hacer una interpretación sobre muchos aspectos que no están en un solo discurso, es decir, no todos los consumidores tienen problema por el consumo, existen unos que abusan más de las drogas, otros realizan un uso ocasional y otros no pasan de experimentar, entonces para cada uno de ellos se podrían identificar características que los colocan en un contexto social diferenciado (Menéndez, 2005). Podría ser un error centrarse en un solo discurso acerca del abordaje de las drogas cuando se refiere a consumo, ya que es un fenómeno que tiene muchas implicaciones, es decir, debe abordarse desde una perspectiva más integral, abarcar aspectos sociales, culturales, psicológicos, económicos, entre otros, donde una de las dimensiones sea el contexto de las personas, lo que daría un análisis más objetivo de la realidad.

### **3.10 Políticas sobre drogas y papel institucional**

Las políticas respecto al consumo de drogas en la población deben ser coherentes con las necesidades y prácticas del conjunto de la población, es decir, la población requiere de alternativas que puedan brindar las instituciones encargadas, tanto para mejorar su salud como en materia preventiva. Diferentes autores mantienen la posición de atender los trastornos desde un enfoque de opciones de atención a la población necesitada (Romaní, 2008).

Las alternativas se construyen con la sociedad y tienen un efecto en las soluciones que se le podrían dar a la población con trastornos por consumo de

drogas. Es claro que el trabajo con las comunidades debe ser importante por parte de las organizaciones para saber las necesidades. Lo señala Romaní (1999A) al mencionar que “las comunidades son importantes colaboradores de las entidades locales, estatales que trabajan por reducir el consumo problemático de drogas” (s. p.), debe dársele un apoyo continuo. Las organizaciones locales, integradas por las comunidades, podrían colaborar para formular estrategias que se fundamenten en el conocimiento de la propia comunidad a partir de ideas respaldadas científicamente.

A partir de estas iniciativas se configuran servicios que se destinan a los consumidores, para reducir las conductas perjudiciales, se trata de disminuir la morbilidad y la mortalidad, prevenir las enfermedades infectocontagiosas, favorecer la accesibilidad a los dispositivos de salud. Igualmente, para Mata (2006) lo anterior no inhibe la necesidad de señalar que “la reducción de la demanda debe ser una medida primordial y basada en el incremento de la educación preventiva y accesibilidad de todas las personas a los tratamientos, cuando así lo requieran” (p, 111).

Por otra parte, Baratta (2000) cuestiona que “La política de criminalización de ciertas drogas, constituye un sistema que se autorreproduce ideológica y materialmente” (p. 198). Lo que plantea el autor refleja cómo se han abordado las políticas de drogas a través de la historia en las sociedades, en las que se criminaliza el consumo y no se ahonda más en las medidas de recursos de atención. Por un lado, se trata de asociar al consumo con una problemática de drogas desde el control social que ejerce la institucionalidad de salud y penal, donde se ve cómo la sociedad ejerce ese modelo como una forma de intervención, por otro lado, se invierte más en recursos represivos que generan más costos económicos. Cuando se afirma una determinada imagen de la realidad, provoca efectos que se vuelven reales, es decir, se puede asociar esto con las tendencias de la sociedad al asumir ciertas actitudes las cuales se reproducen con el tiempo (Baratta, 2000). En el caso de las drogas lo más común es estigmatizar a las

personas, lo que provoca que realmente adopten las conductas como desviados y muchas veces la intervención que necesitan es más orientación.

Según se aprecia, las diversas formas de intervención del fenómeno de las drogas son un aspecto de mucha importancia para tomar en cuenta en una sociedad que requiere de necesidades de asistencia. Las intervenciones que abarcan diversas perspectivas, especialmente la parte contextual, se enfocan en generar mejores resultados, esta variable (el contexto) es poco abordada, tal y como lo menciona Menéndez (2005) "las intervenciones deberían adquirir una diferenciación de acuerdo en cada contexto, donde se ha visto que se busca atacar directamente la enfermedad y el individuo como tal buscando la salud" (s. p.). Con esta premisa, es importante establecer a las personas consumidoras como parte de una sociedad y un contexto específico en el que se identifiquen y se establezcan las características y necesidades de abordaje. Asimismo, la coordinación entre todas las instancias que trabajan en este campo de las drogas es de vital importancia para brindar mejores opciones de prevención y tratamiento de las drogodependencias, al apoyar un enfoque más integral, según las experiencias trabajadas en este campo.

### **3.11 La farmacodependencia**

Sobre este tema en múltiples ocasiones se ha señalado que la farmacodependencia es muy compleja, debido a que intervienen factores sociales e individuales donde interaccionan la droga, la persona y el medio (Praga, 2009). En ese sentido se puede aclarar que el individuo, la sustancia y el contexto determinan los patrones de consumo. Es decir, por medio de las ocasiones de consumo se evidencian los problemas asociados.

Desde el punto de vista social, las personas definen en qué momentos se puede consumir y qué tipos de drogas se aceptan socialmente. Según CONACE (citado en Badilla, 2013) la sociedad varía su relación con las drogas de forma amplia, las motivaciones van desde conocer los efectos de las drogas, presión de grupos, como medicina entre muchas otras motivaciones, lo que genera una interacción que termina en la decisión de consumir. CONACE (2004) también



menciona la importancia de tres puntos, los cuales son la sustancia, el sujeto y el contexto. Estos tres vértices según se mencionó anteriormente poseen características que al interactuar influyen en la decisión de consumir una sustancia determinada.

Por último, es importante mencionar que en la farmacodependencia también intervienen factores de riesgo y factores protectores que influyen en el consumo de sustancias. Los factores individuales, la familia, los compañeros, la comunidad los centros de estudio, intervienen tanto de forma positiva como negativa en el uso de sustancias, especialmente en los jóvenes (CONADIC, 2008).

### **3.12 Epidemiología del consumo de las drogas**

Según las definiciones que se han expuesto la epidemiología es la disciplina que desarrolla el conocimiento a nivel poblacional referido origen, evolución y propagación de una enfermedad (Hernández, 2002). Se enfoca en la distribución de las enfermedades y eventos de salud en poblaciones humanas, así como sus determinantes. Por lo tanto, se afirma que la epidemiología estudia la frecuencia con que las enfermedades aparecen en diferentes grupos humanos, en diferentes regiones geográficas y qué causas están detrás de las apariciones de estas enfermedades.

Desde la óptica de la epidemiología crítica, mencionada por Breilh (2010), “se ha dispuesto de un rico conjunto de aportes de la geografía que le ha permitido superar esa visión empírico-reduccionista de lugar” (p. 4) es decir, los espacios urbanos y rurales sufrieron dinámicas que dan una visión más amplia de los problemas sanitarios, en los que se asume la historicidad de lo geográfico, de los procesos ecológicos y de los procesos de la salud que llevan a la aparición de enfermedades.

El consumo problemático de drogas como fenómeno social se relaciona con trastornos de salud en la población, abarca diferentes modalidades de tratamiento de los problemas que se presentan por el consumo. Para estos abordajes se pueden mencionar las modalidades residenciales los cuales se presentan en

instituciones públicas y privadas con programas específicos de intervención en la mayoría de los casos. Por otra parte, se encuentran los tratamientos ambulatorios, con intervenciones que varían según las expectativas que se persiguen, pero que se enfocan en la no internalización de los pacientes. Los modelos de intervención en materia de adicciones tienen intervenciones diferentes, (Rojas, Real, García y Medina, 2011), algunas básicas como las intervenciones breves, los tratamientos cognitivos conductuales, las estrategias que se centran en el afrontamiento para prevenir recaídas. También se brindaban programas de desintoxicación y el seguimiento particular a las familias afectadas y a la comunidad en lo general. Se puede mencionar los más conocidos como los programas de 12 pasos, algunos basados en enfoques espirituales, grupos de autoayuda guiados por ex adictos o el internamiento. Además, es importante tomar en cuenta la existencia de centros que surgen de la necesidad de brindar servicios pero que no cuentan con los requerimientos que solicitan las autoridades de salud.

### **3.13 Vulnerabilidades de la población consumidora de drogas**

La población vulnerable, según se ha definido a los consumidores de drogas, tienen riesgos de sufrir violación de derechos humanos. Para Epele (2007) se conforma en relación con la “desigualdad económico-política y las estrategias de criminalización del uso de drogas y de la pobreza” (p. 3). Al ser objeto de estos señalamientos y otros que se detallan más adelante, se presentan características marcadas en cuanto a las limitaciones de población que acuden a los servicios de tratamiento.

Por otra parte, Cortés y Amighetti (2014) señalan que las personas con mayores riesgos de sufrir una transgresión a sus derechos humanos “son las que viven en mayores condiciones de vulnerabilidad social como por ejemplo personas usuarias de drogas, campesinos agricultores, vendedores de drogas al menudeo, “mulas” o “correos humanos” (p. 3). Es claro que muchas de las políticas de intervención en drogas violan la garantía de derechos humanos fundamentales, como el derecho a la vida, el derecho a la salud o la no discriminación.

Para Rubio (2008) existen características diferentes en cuanto a mayor acceso en las mujeres que en los hombres en la búsqueda de servicios diferentes a los relacionados con drogas. Según un estudio hecho en Bogotá en 2007, las mujeres accedieron en el 74,7 % a los servicios de salud y los hombres el 71,1 %. Las razones por las cuales las personas enfermas no acudieron a recibir atención tienen que ver con las dificultades que se relacionan principalmente a barreras de acceso en los servicios, sin embargo, prevaleció mayormente las mujeres en acudir a los centros de atención.

Las personas que se encuentran en diferentes modalidades de tratamiento o bien que acuden a los servicios ambulatorios para sus trastornos por consumo de drogas, se ha podido observar que en su gran mayoría el grupo masculino es el más recurrente. Esta marcada incidencia socio demográfica masculina es notoria y destacable, sobre todo en las cohortes de los 18-35 años. Un estudio que realizó SEDRONAR (2011), reveló que el 81.9 % de las personas en los centros de tratamiento para el 2010 eran hombres, entre los cuales la mayoría estaban solteros, mientras que las mujeres fueron un 18,1 % las que se apersonaron a solicitar ayuda.

En el caso de Costa Rica la situación es parecido a través de los últimos años, para el 2014 el 78 % de personas que asistieron a los servicios de tratamiento ambulatorio del IAFA eran hombres mientras, el 22 % eran mujeres (IAFA, 2015B).

Una serie de aspectos particulares de política gubernamental, pero sobre todo estructurales afronta la sociedad en términos laxos, pero lo percibe más en la obtención de servicios generales de salud y de manera específica en la obtención de un servicio integral de asistencia sanitaria.

### **3.14 Consumo problemático de drogas**

De acuerdo a la definición planteada por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2006), (SAMHSA, por sus siglas en inglés) para establecer que una persona necesita de atención especializada por el

consumo de sustancias psicoactivas, se plantea como necesitado de tratamiento a la persona con alguna necesidad de atención por consumo de alguna sustancia psicoactiva y como necesidad de tratamiento a la situación de atención en que se encuentra esta persona (necesitado de tratamiento). En ese sentido, se describe que las principales características que debería tener la persona en relación con el consumo para ser objeto de necesitado de atención son: las personas que pudieran ser catalogadas como abusadores de alguna droga, las personas diagnosticadas como dependientes o haber sido objeto de tratamiento especializado en los últimos 12 meses previos a la realización de la entrevista.

El objetivo del tratamiento del consumo problemático de drogas es lograr la deshabitación de la persona, facilitar la recuperación de trastornos provocados por el consumo de sustancias psicotrópicas y la rehabilitación de los pacientes cuyos patrones de consumo no pueden controlar por sí solos debido al grado de deterioro alcanzado o bien a la dependencia. Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, (OMS/OPS, 2008) los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso sustancias están debidamente establecidos en los códigos F10 al F19. Para formular el cuadro clínico asociado a cada sustancia se le agrega un cuarto carácter al código tal y como se presenta en el ejemplo a continuación:

F10.0=Intoxicación aguda

F10.1=Uso nocivo

F10.2= Síndrome de dependencia

F10.3= Estado de abstinencia

Al existir estas clasificaciones previamente definidas, se enmarcó mejor la intervención y se establecieron criterios para determinar en qué fase se encuentra la enfermedad y posterior a eso el tipo de intervención que se presta.

En este punto en algunos casos se incorporan los centros de tratamiento, los cuales tienen varias modalidades. Existen los intensivos, este tipo de programa intensivo y estructurado que se lleva a cabo en entornos residenciales,

hospitalarios u otros entornos controlados, reposa en un abordaje integral (biopsicosocial) que toma en consideración todos los aspectos de la vida de la persona: su salud general, su vida social, sus relaciones con familiares y con el entorno, su trabajo, su motivación al cambio o la ausencia de la misma, entre otros factores (Monge y Vásquez, 2015).

Algunos centros ofrecen un espacio de contención fuera del entorno generador del consumo, como una manera de brindarle apoyo para controlar el deseo compulsivo de consumir y la consecuente recaída que la persona pueda registrar. El programa busca establecer y fortalecer una identidad no consumidora, así como el desarrollo o recuperación de aptitudes sociales y que el sujeto asuma un nuevo estilo de vida. En los Centros de Atención Integral en Drogas, los cuales son establecimientos de naturaleza pública, se les brinda atención a las personas en modalidad ambulatoria con la participación de diferentes profesionales de la salud, que conforman un equipo de intervención interdisciplinario (Psicología, Trabajo social y Medicina).

### **3.15 Los servicios para trastorno por consumo de drogas**

El acceso a los tratamientos para personas con algún trastorno por consumo de sustancias psicoactivas se ha planteado desde años recientes con mayor fuerza debido a la imperiosa necesidad de fortalecer los servicios de salud en los países del mundo. La OMS colabora desde el 2009 en conjunto con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) con el fin de ampliar el acceso al tratamiento para las personas con trastornos (OMS, 2012). Según esta información que divulgó la OMS, se estableció claramente la postura a nivel de la mayoría de los países del mundo que el abuso de drogas era un problema de salud pública que debía intervenir con nuevas o reformadas políticas de salud.

Igualmente, el programa conjunto de la ONODC/OMS (2010) sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia se propuso como línea de acción para los países del mundo, el fortalecimiento de las capacidades de

atención y la accesibilidad a los tratamientos de la población con trastornos por consumo de sustancias.

Dentro de las propuestas que se plantearon se establecieron prioridades de mejorar la cobertura y calidad de los servicios de tratamiento, investigar en toda la temática de la drogodependencia lo referido con el (los) tratamientos y la atención pertinente y puntual, pero sobre todo en cuanto a la capacitación consecuente de este proceso, con el fin de diseñar, elaborar y apoyar programas para los profesionales que se relacionan o involucran con el tratamiento y para los mismos pacientes, el apoyo a la revisión de las políticas y la legislación para lograr una política equilibrada en materia de drogas, aumentar el acceso a los servicios en las zonas rurales y alejadas, integrar las actividades de prevención, tratamiento y atención de los trastornos que se relacionan con el consumo de drogas. Por último, establecer medidas sustitutivas de las penas de prisión para las personas drogodependientes, cuando sea pertinente, además, investigación y capacitación relacionada con el tratamiento y la atención de la drogodependencia, asimismo elaborar y apoyar programas de capacitación para los profesionales relacionados con el tratamiento.

### **3.16 Barreras y facilitadores de acceso al tratamiento**

Las barreras de acceso al tratamiento están determinadas por características particulares de cada sistema de salud, de la oferta y la población, estos aspectos expresan las desigualdades que reflejan las inequidades en la prestación de servicios, (Ballesteros, 2013). Según lo menciona el autor, la temática de la accesibilidad abarca muchas aristas que se han desarrollado con el paso de nuevas investigaciones enfocadas a la accesibilidad, la vulnerabilidad, las desigualdades en ciertos grupos vulnerables. Existen muchos factores sociales, estructurales ya conocidos que son importantes de destacar.

Cuando se hacen preguntas sobre barreras y accesibilidad al sistema de salud, generalmente las conclusiones se dirigen a la disponibilidad de información, las distancias sociales y simbólicas, los medios económicos y geográficos de acceso (Epele, 2007). Según lo menciona el autor, en pocas ocasiones "se

incluyen las formas en que la violencia cotidiana erosiona las bases de la realidad social compartida y las características de los vínculos entre grupos minoritarios vulnerables y las instituciones de la sociedad dominante” (p. 8).

Según se aprecia en las investigaciones sobre este tema, uno de factores que influyen en la accesibilidad y que lo menciona Vázquez y Stolkiner (2009) es la estigmatización, la cual es vista como una de las barreras que limitan la utilización de recursos. En el caso de las personas con problemas por consumo de drogas este aspecto representa un inconveniente, expresar ante otras personas el hecho de tener problemas con el consumo de drogas no es fácil por lo que la exclusión del tratamiento en muchos casos es el camino que siguen. Se presentan un número de problemas que se asocian con la dependencia, conflictos con la ley, problemas familiares, laborales entre otros que limitan la accesibilidad. Vázquez y Romaní (2012) conceptualizan que “la estigmatización y la criminalización de los consumidores de drogas ha sido un discurso que persiste en la sociedad, donde en muchos casos se distorsiona la realidad se asocia a los consumidores con delincuentes” (p. 3) y la pobreza a sinónimo de consumidores y violencia, lo que agrava la verdadera dimensión social del problema.

Para Herrera y Marín (2015, p. 2) en el tema de las drogas, uno de los ámbitos que más está expuesto a la estigmatización y prejuicios por parte de la sociedad a las personas consumidoras. Las personas con consumo problemático de drogas están expuestas al rechazo y a la exclusión, promovidas por una imagen negativa, formada y transmitida socialmente, agravando la oportunidad que pueda tener para acceder a los tratamientos en busca de mejorar su situación problemática a causa del consumo.

Entre los puntos que se pueden subrayar existe el ocultamiento de la conducta, la internalización del estigma y la exclusión social, las cuales se traducen en barreras para el acceso al tratamiento tal y como se mencionó anteriormente. Según se aprecia las condiciones en que se ven las personas consumidoras problemáticas, determinan e influyen su acceso a los servicios de salud. Además, los autores Vázquez y Stolkiner (citados en Herrera y Marín,

2015), mencionan que “la presencia de estigma retrasa la búsqueda de tratamiento, dificulta los objetivos del tratamiento, se asocia a las recaídas, crea condiciones indeseables en los lugares de atención” (p. 4).

En cuanto a la línea de investigación que ahonda en las barreras de acceso a los servicios de salud, se han hecho otros ejercicios para determinar cómo las personas clasifican las barreras y las facilidades para tener acceso a los servicios. Desde esta perspectiva autores como Hirmas, *et al* (2013) realizaron un ejercicio con diferentes investigaciones sobre la temática de barreras de acceso y facilitadores con lo cual se clasificaron las barreras más importantes. Se menciona la dimensión de aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad, con lo que se refuerzan las posturas que indicaron los autores mencionados anteriormente, que destacan la interacción de condiciones sociales y físicas para el acceso. Es notable que las dimensiones sociales como la desconfianza, el estigma, los tratamientos representen un factor esencial en la prestación de los servicios y la accesibilidad.

Igualmente existen medios que facilitan el acceso a los servicios de salud, con lo cual se contraponen lo positivo y lo negativo del uso de los recursos de salud. Para Hirmas, *et al.*, (2013), contar con redes de apoyo, la comunicación con los pacientes y la confianza son puntos altos. En este sentido la vulnerabilidad estaría asociada, entre otras razones, a la condición social, económica y cultural de la población, lo que motiva que las barreras que enfrentan sean más frecuentes y de mayor complejidad, sin embargo, las barreras de acceso muchas veces están impuestas por los prestadores que no se ajustan a las necesidades y las posibilidades reales de las personas.

Por otra parte, Tomás *et al.* (2007B) mencionan que en casos específicos de consumidores de drogas como cocaína y heroína las barreras que se han identificado para el acceso al tratamiento tienen que ver con aspectos como la no conciencia de la enfermedad o factores específicos del tratamiento, resistencia al cambio y en el caso de los hombres se ha visto un factor relacionado con condiciones laborales. Según se aprecia las barreras para hombres y mujeres en



muchos casos son diferentes según del tipo de droga que se consume. Además, los autores hacen mención en lo expuesto en párrafos anteriores de la dificultad más marcada para el caso del acceso al tratamiento de las mujeres. Es importante recalcar que la droga principal que motiva la solicitud de tratamiento juega un papel en muchos casos decisivos para el acceso o disponibilidad de utilización de los recursos sanitarios.

En el caso del consumo de alcohol, Tomás *et al.* (2007A) hacen referencia a las dificultades de las mujeres a recibir asistencia sanitaria por el consumo de alcohol, la población femenina muestra más barreras de acceso al tratamiento principalmente por factores que limitan los procesos de tratamiento. El autor se refiere a las condiciones de consumo de alcohol en las mujeres como asociadas más a conductas emocionales negativas que generan la dependencia. En el caso de los hombres a conductas sociales de celebración, es decir, aspectos diferentes por género que incentivan la dependencia y en las que estas diferencias propician que los hombres se presenten en mayor cantidad a buscar tratamiento.

En ese sentido la población femenina registra más barreras de acceso al tratamiento que los hombres, principalmente por factores de vergüenza y de estigmatización. El autor (Tomás *et al.* 2007B), se refiere al consumo de alcohol por parte de las mujeres, sus conductas emocionales o bien negativas que las empujan o las predisponen a la dependencia alcohólica. En cuanto a los hombres, según se mencionó anteriormente, su dependencia parece derivarse de conductas emocionales, sexistas, sociales, de celebración lúdica, socio deportivo o festivo. Estas diferencias podrían incidir o propiciar que los hombres exhiban un mayor número de casos o de actores que buscan tratamiento.

Con respecto a las personas habitantes en situación de calle, las dificultades para el acceso a los servicios de salud, la situación se vuelve más complicada. Berbesí *et al.* (2014) destacan que las personas que viven en las calles afrontan una serie de problemas asociados a su condición, por un lado, la mayoría son consumidores de sustancias psicoactivas, la estigmatización que sufren, la criminalización que los lleva a pensar en ser arrestados por prácticas

ilegales y la falta de información de los procesos de tratamiento como algunos de los aspectos que provoca la poca utilización de los servicios de salud por parte de este grupo.

Para las personas habitantes en situación de calle, algunas veces llamados indigentes, malvivientes, desamparados, cartoneros, la situación de accesibilidad se vuelve complicada o dificultosa. Todo este contingente humano (repudiado por la sociedad), afronta a la vez una serie de problemas que se asocian con su condición (exclusión o estigma). Por lo general, la mayoría de ellos son consumidores de sustancias psicotrópicas. Su baja autoestima sumada a la estigmatización social prevalente, al prejuicio societario y al policial los tiende a marginalizar más, situación que los conduce a rehuir en la búsqueda de tratamiento oficial para su adicción o trastorno.

Según Epele, (2007), al considerar las afirmaciones sobre barreras en el acceso a los servicios de salud requieren revisarse las prácticas de intervención y discursivas, según el autor "las prácticas sociales como el consumo de drogas no solo están sometidas a procesos de criminalización sino son estigmatizadas, sancionadas socialmente y por lo tanto promueven prácticas activas de discriminación y expulsión" (s. p.). Se pueden citar algunos ejemplos como: rechazo a recurrir a los centros de atención de la salud, frente a malestares, enfermedades y/o situaciones críticas, negación y ocultamiento del hecho de ser consumidores de drogas frente a los profesionales de salud.

Por último, es importante reconocer que muchos estudios monográficos presentados por diversos países tanto de América, Asia y Europa ilustran diversas estrategias para promover servicios sensibles a las cuestiones de género orientados a la mujer en diferentes regiones y países. Existe la conciencia de avanzar en el tema de género en los tratamientos para trastornos por consumo de drogas a nivel mundial. Se busca el diseño de estrategias integrales en el abordaje de los problemas por consumo de drogas, pero igualmente los problemas de género en el acceso a los servicios son notorios.

Generalmente, los sistemas de servicios de salud pueden estar conformados funcionalmente, por una red heterogénea de múltiples instituciones públicas y privadas, en la que es posible reconocer un conjunto organizado de recursos (físicos, financieros, humanos, entre otros), que se ubican en distintos centros y organizados según niveles de complejidad asistencial.

En Costa Rica, estos sistemas de salud se encuentran entrelazados e interinstitucionalmente constituidos con el fin de atender integralmente a la población que cada día aumenta (hombres y mujeres). Empero, al parecer es el IAFA la institución o entidad con mayor presencia y mayores recursos humanos y científicos destinados a la población con trastornos por consumo de drogas. Además, la institución realiza campañas preventivas en todo el país entre las poblaciones jóvenes y adultas. Y también lleva a cabo labores reivindicativas entre la población enferma por el consumo de drogas. Es de destacar que también según se aprecia, existen otras organizaciones oficiales y algunas ONG que coadyuvan con el IAFA en toda esta labor de salud.

Con esta misma orientación Gilchrist, Fonseca y Torrens (2011) afirman que las barreras pueden ser variadas y que muchas de las mismas provienen del paciente como la falta de motivación, creer que se puede manejar los problemas solo sin ayuda o que los tratamientos no son efectivos. Igualmente, los autores mencionan las barreras de organización asistencial, es decir, la complejidad en los mecanismos de admisión a tratamiento, donde se destacan la saturación de los dispositivos o empatía por la patología por parte de los profesionales. Por otra parte, existe un desconocimiento de los servicios de tratamiento y dificultades de accesibilidad a la información.

Se puede mencionar los factores que contribuyen a la mejora en el acceso al tratamiento, en este caso lo opuesto a las dificultades, es decir, la necesidad de tratamiento percibida por parte del paciente, la gravedad del problema, el funcionamiento social y el apoyo social. Sin duda como lo destacan los autores, Gilchrist, Fonseca y Torrens (2011) "Mejorar las actitudes relacionadas con los consumidores de sustancias hará que, a muchos pacientes con un trastorno por

dependencia de sustancias, les resulte mucho más fácil acudir a los servicios de tratamiento” (s. p.). La frase anterior hace referencia a la relación de los profesionales con los pacientes, tal y como lo afirma el autor, la consideración se presenta menos hacia los pacientes que presentan problemas de consumo de drogas, en relación con otras enfermedades especialmente a los que consumen otras drogas diferentes al alcohol, este aspecto en particular se vio mayormente superior en las mujeres profesionales que atendieron esta población.

### **3.17 Diferencia de género y equidad en el acceso al tratamiento**

En esa misma línea del tema de género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de drogas, según Belló y Col (citados en Jeifetz, Tajer, 2010) los cuales hacen referencia al consumo de alcohol, a partir de lo cual concluyen que los hombres tienen mayor probabilidad de solicitar servicios de atención en comparación con las mujeres. Para explicar esta afirmación, se refieren a la pérdida del trabajo debido al consumo de alcohol en el caso de los hombres. Las mujeres enfrentan obstáculos de tipo cultural, familiar a los que se agregan problemas de organización de los servicios. Por otro lado, las conductas de desaprobación en consumo de droga en la sociedad, son más rigurosamente sancionadas en las mujeres, porque se asocian a lo masculino, es decir, no es lo mismo ver a una mujer consumidora que a un hombre.

Por otra parte, la UNODC (citado en Badilla, 2013) señaló que el aumento del consumo de drogas en la mujer se daba por los mismos roles y responsabilidades que la agobiaban. La presión de pareja, pares, pobreza y violencia surgen con factores que afrontan las mujeres y que las llevan a las problemáticas con el consumo.

En muchos casos el abandono del tratamiento por parte de las mujeres tiene que ver con factores que se relacionan con los roles de género tradicionales, aspectos como retomar lo antes posible al hogar para cumplir con sus responsabilidades domésticas y familiares, el cuidado de los hijos o demás familiares. Por último, se describe que en muchas de las instituciones de internamiento las actividades de los residentes suelen estar organizadas en torno

a las tareas domésticas, ámbito habitualmente poco valorizado y relegado a las mujeres.

Según expresa Gómez (2002) la equidad de género en salud no se refiere a tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, “sino en la eliminación de diferencias remediabiles en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles” (p. 2). Asimismo, la equidad exige que los recursos se asignen y se reciban de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo según cada contexto socioeconómico.

La equidad de género en el acceso a la atención supone que los recursos de atención se asignen según las necesidades particulares de mujeres y hombres. Las inequidades que se mencionaron en ámbitos de acceso a los servicios de salud (económico, geográfico y cultural) se suman a las que se crearon por políticas de financiamiento privatizador y regresivo. Estas políticas, pueden imponer costos “empobrecedores” a aquellos que logran acceder.

Por otra parte, la socialización diferencial de mujeres y hombres influye sobre sus actitudes y conductas de búsqueda de atención de salud (Gómez, 2002). Las dinámicas culturales hacen que las mujeres, más que los hombres, aprendan a familiarizarse con la detección de síntomas de enfermedad y con los procesos formales o informales de cuidado de la salud. En contraste, entre los hombres el componente cualitativo tiende a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad. Por su mayor nivel de necesidad, las mujeres demandan, como grupo social, más servicios y se ven forzadas a pagar más que los hombres por mantener su salud. Esta desigualdad absoluta se agudiza en términos proporcionales al considerar la menor capacidad económica que, también como grupo, tienen las mujeres.

Las mujeres tienden a utilizar más frecuentemente la infraestructura de salud tanto preventivos como terapéuticos, pero de manera particular los preventivos. Los hombres, por otra parte, tienden a utilizar más los servicios de urgencia y en algunos casos, los servicios de internamiento hospitalario. Estas tendencias obedecen primordialmente a la naturaleza diferenciada de las

necesidades de las mujeres y los hombres, en especial en el ámbito reproductivo, pero también a diferencias de género en la socialización con respecto al cuidado, el cual a las mujeres se les ha asignado ese rol de cuidadoras.

### **3.18 El abandono del tratamiento**

El abandono del tratamiento es otro de los elementos que limitan la accesibilidad a los servicios asistenciales, ya que al ser una enfermedad crónica el tratamiento es indispensable. Por otra parte, Secades y Fernández (2000) mencionan que “muchos estudios relacionan el abandono prematuro del tratamiento en drogodependencias con una mayor probabilidad de recaída” (p. 6), por lo mantenerse en el tratamiento genera un mejor pronóstico o con mejores resultados para el paciente. Por tanto, la eficacia de un tratamiento en drogas está altamente correlacionada con la retención, se pueden mencionar factores que se relacionan con el abandono terapéutico, dentro de los cuales los autores anteriores señalan aspectos sociodemográficos, personalidad, orientación teórica, relación terapéutica, historia de consumo (severidad de la adicción), características del terapeuta, situación legal, salud, motivación para el tratamiento, apoyo familiar, contexto terapéutico (residencial/ambulatorio), tratamiento farmacológico y psicológico.

Con respecto a cuáles son los mejores resultados, se podría afirmar que se presenta mayor retención cuanto mayor sea la estabilidad de los terapeutas y si existe un alto grado de implicación de la familia. Además, las tasas de retención son más altas en los programas residenciales frente a los ambulatorios, en los tratamientos farmacológicos frente a los psicológicos (Secades y Fernández, 2000). Lo idóneo sería una flexibilización mucho más amplia de los programas. Es decir, una prescripción individualizada del tratamiento.

No obstante, para Domínguez, Miranda, Pedrero, Pérez y Puerta (2008) parece bastante evidente que los factores que se relacionan con el abandono tienen que ver con una combinación de las características individuales y situacionales, con especial énfasis en los procesos o parámetros del tratamiento.

Se mencionan como causas el no cumplimiento de las indicaciones del terapeuta, no dejar de consumir, problemas económicos que impedían el pago del tratamiento, incompatibilidad con el terapeuta, ganas de consumir, imposibilidad para asistir al trabajo. Según se puede ver la retención y el abandono son el resultado de una interacción compleja entre determinadas características de los pacientes y los parámetros del tratamiento.

Los tratamientos para personas con trastorno por consumo de drogas, en muchos casos según lo afirman March, Martín, Oviedo, Rivadeneira y Rodríguez (2006) deben su éxito en aspectos como la relación terapéutica establecida entre los usuarios y los profesionales que atienden, lo cual se convierte en una pieza clave para el tratamiento y rehabilitación de estas personas. Esta afirmación se concluyó con los casos de pacientes en tratamiento con metadona. No obstante, aunque los usuarios valoren como adecuada la atención que recibieron, en la mayoría de los casos se tiene una concepción muy medicalizada de los tratamientos y programas por lo que otras intervenciones psicológicas y de trabajo social no son muy valoradas. Por último, los autores constataron en su estudio: "Percepción de usuarios de los Programas de Tratamiento con Metadona sobre la accesibilidad y atención recibida de los equipos terapéuticos del 2006" que algunos entrevistados no creen necesario acudir a la consulta de psicología por considerarla inadecuada para las necesidades de su caso.

Con el ejemplo mencionado anteriormente, se evidencia la necesidad de los pacientes de buscar una respuesta rápida a sus problemas, muchas veces a partir únicamente de tratamientos farmacológicos, por lo cual al no tener un panorama claro de la enfermedad se descalifica y no se aceptan otros tratamientos interdisciplinarios.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general**

- Determinar los factores de vulnerabilidad que influyen en la accesibilidad a los servicios de tratamiento ambulatorio en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en San Pedro de Montes de Oca, para personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas

### **4.2 Objetivos específicos**

- Identificar las principales características demográficas y socio económicas de las personas que presentan consumo problemático de drogas, para analizar si existen limitaciones en el acceso a los servicios de tratamiento.
- Caracterizar la prestación de los servicios de tratamiento ambulatorio dirigidos a personas con consumo problemático de drogas lícitas e ilícitas que explican el proceso de atención.
- Establecer las condiciones de accesibilidad geográfica y económica que influyen en el cumplimiento del tratamiento en las personas usuarias del servicio asistencial.
- Determinar las condiciones de acceso a la información sobre los servicios de tratamiento ambulatorio que influyen en el uso de los mismos.



## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1 Tipo de investigación

La presente investigación tiene dos enfoques: cuantitativo y cualitativo, con enfoque dominante **cuantitativo** porque abarca variables con las cuales se quiere describir las vulnerabilidades del acceso al tratamiento, por medio de un instrumento cuantificable, donde se auscultará y se tomará en cuenta la experiencia y la opinión de las personas demandantes de los servicios de tratamiento ambulatorio. Asimismo, se agregará el componente **cualitativo** debido a la participación de profesionales en una entrevista semi estructurada sobre la vivencia en cuanto al abordaje de las personas usuarias, esto con el fin de complementar la información recabada. Y sobre esta base se investigará con mayor detalle en las experiencias en el servicio de tratamiento ambulatorio proporcionado en cuanto a la accesibilidad a los centros asistenciales. Es importante recordar que este tipo de investigación con un enfoque predominante y otro secundario es descrito entre otros por Hernández, Fernández y Baptista (2010).

La investigación tiene un alcance **descriptivo**, porque busca puntualizar las características de las vulnerabilidades en el acceso al tratamiento por medio de la superación de barreras, las características de acceso a la información sobre el tratamiento, los perfiles de las personas usuarias que puedan limitar el acceso al servicio (puntual, expedito y efectivo) del tratamiento ambulatorio.

Otra de las características con respecto a este tipo de investigación descriptiva, Barrantes (2007) quien destaca en este tipo de investigaciones “incluyen gran variedad de estudios cuyo objetivo es describir los fenómenos” (p. 66). Por otra parte, Hernández, Fernández y Baptista (2010) manifiestan que la meta del investigador con el uso de este tipo de investigación es “describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; detallar como son y cómo se manifiestan” (p. 102).

Asimismo, se abordará la dinámica de los profesionales en la prestación del servicio, información disponible que se brinda al paciente sobre el tratamiento y los conocimientos sobre accesibilidad a recibir tratamiento que manifiestan los usuarios desde la perspectiva del profesional.

Con estos factores lo que se busca es analizar el comportamiento de las variables que intervienen en la accesibilidad al tratamiento, en el que se identifiquen los aspectos vulnerables que limitan la accesibilidad al servicio y por consiguiente los componentes que propician en muchos casos el abandono (compulsivo o voluntario) de los tratamientos. La información es indispensable para tener criterios puntuales en lo referente a la toma de decisiones para la mejora en la prestación de los servicios asistenciales en la población con trastornos por consumo de drogas.

## **5.2 Diseño de investigación**

La investigación es de índole no experimental, por cuanto no se hace manipulación de variables independientes y la recolección de datos se hará en un momento específico por medio de un cuestionario auto aplicado a la muestra seleccionada de personas adultas que acuden al servicio de consulta externa del IAFA en la modalidad ambulatoria. También es transversal, debido a que el cuestionario se aplicará una única vez a la población seleccionada en un periodo establecido de dos meses y los resultados podrán tener información para la muestra de referencia.

## **5.3 Fuente de datos**

### **5.3.1 Fuente primaria**

Para la presente investigación se utilizará como unidad de análisis el grupo de personas que tienen un consumo problemático de drogas y que asisten a los servicios de tratamiento ambulatorio en la consulta externa del IAFA, para un tratamiento interdisciplinario que se basa principalmente en el modelo de los estadios de cambio de Prochaska y Diclemente (Días, 2001). La fuente de los

datos es la muestra seleccionada de personas de ese grupo de la población con características definidas, concretamente. La información se extraerá del cuestionario que se diseñó para la recolección de datos.

### **5.3.2 Fuentes secundarias**

En general las fuentes secundarias están constituidas por la revisión documental sobre la temática de vulnerabilidad, accesibilidad a los servicios de tratamiento en salud, documentos e investigaciones sobre temáticas de droga. Además, se realizará consulta a otras experiencias ya documentadas sobre análisis de factores de vulnerabilidad que influyen en el tratamiento. Por otra parte, también se harán consultas acerca de la temática de la información vía revistas especializadas (*journals*), páginas de internet y documentos que aborden los temas de salud para personas con consumo problemático de drogas.

## **5.4 Población y muestra**

### **5.4.1 Población**

La población a la cual se hace referencia el presente trabajo la constituyen las personas usuarias problemáticas de drogas, que utilizan los servicios de tratamiento tanto públicos como privados, en la búsqueda de soluciones a los trastornos que se relacionan con el consumo de drogas. Los servicios de atención que brinda el IAFA se enfocan a la población en general que consume drogas, por lo que las posibilidades de recibir atención cubren un segmento importante de la población nacional.

### **5.4.2 Población de estudio**

La población de estudio que se seleccionó la constituyeron personas adultas, hombres y mujeres usuarias del servicio de tratamiento ambulatorio de

drogas del IAFA en el 2017. Para establecer los criterios de selección se investigaron previamente los aspectos de frecuencia de utilización de los servicios y el tipo de población que en su mayoría acude a las citas asignadas, en ese sentido es de suma importancia entender la ruta que siguen los usuarios una vez que ingresan al servicio de tratamiento.

#### **5.4.3 Ruta del usuario que asiste al servicio de tratamiento ambulatorio**

El procedimiento para recibir atención se basa en algunos requerimientos que se siguen una vez que llega un paciente en busca de ayuda. Como primer paso se identifica a la persona en la recepción, donde se debe atender a toda aquella persona que así lo solicite, tanto nacional como extranjero e identificar la ayuda que busca, "con el objetivo de derivarlo a algunos de los profesionales o a otra institución, sino es paciente con problemas de alcohol u otras drogas" (Hernández *et al.*, 2012, s. p.).

Una vez que la persona ingresa a la recepción, se le solicita un documento de identificación para que la unidad de archivo proceda a pedir el expediente, ya sea nuevo o subsecuente. En el caso de ser paciente nuevo se deben tomar los datos para su inscripción en el expediente electrónico. Una vez que se finaliza el procedimiento de la inscripción de datos pasa al servicio de enfermería, para la toma de signos del paciente. Seguidamente se traslada el paciente a la consulta de prefiltro en donde el médico lo entrevistará y determinará su posterior derivación a los otros servicios (psicología, trabajo social, psiquiatría).

Cuando se trata de pacientes subsecuentes, se procede a actualizar los datos en el expediente electrónico y si existe el expediente físico también se debe también actualizar la hoja de inscripción. Si la persona a quien corresponde tiene seis o más meses de no asistir a consulta, se le actualizan los datos y pasa a valoración psicosocial. Los pacientes regulares cuando van a la cita, el personal tratante recibe el expediente y la persona pasa a su atención con el profesional respectivo y una vez que finaliza la atención el expediente regresa a admisión donde posteriormente se tabulan los datos del paciente. En cuanto al tiempo de

espera, se da un plazo de 15 minutos, si el paciente no se presenta en ese tiempo se podrá sustituir por otra persona que solicite atención y no cuente con cita.

Por otra parte, para el otorgamiento de citas, cada profesional llevará una agenda que contempla o considera de tres o cuatro meses a posteriori a la fecha en ese momento. Por último, en el caso de pacientes que asistan con mucha frecuencia, si tiene menos de cuatro días de no consumir, se refiere al servicio de desintoxicación.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se presentan los criterios de selección de la población:

- Personas que venían a seguimiento a diferentes citas
- Personas adultas hombres y mujeres
- Personas que vinieran a la consulta a especialidades de psicología, trabajo social y medicina

Los criterios de exclusión, decir las personas que llegan a tratamiento pero que no se tomaron en cuenta para la investigación fueron los siguientes:

- Personas que vinieran a primera visita de seguimiento
- Personas que vinieran a primera visita de cesación de fumado
- Los menores de edad
- Los que venían a valoración médica, trabajo social y o valoración psicosocial
- Las personas que vinieran por desintoxicación

Para esta investigación la unidad de análisis según se aprecia son los individuos adultos hombres y mujeres que utilizan los servicios de tratamiento ambulatorio y que han asistido a seguimiento. Asimismo, las personas que frecuentan en varias ocasiones los servicios tienen un periodo donde se les

estableció una intervención clara y por consiguiente podrían adquirir mayor compromiso o incluso habrían superado barreras para asistir a las convocatorias.

Por otra parte, no se toman en cuenta las personas que asisten por primera vez a citas por motivo que la investigación busca identificar aspectos que tienen que superar las personas para evitar el abandono del tratamiento o en algunos casos las limitaciones que les impide continuar con las terapias. Ello es así, por cuanto las personas que asisten por primera vez todavía no han tenido un seguimiento que genere criterio de las condiciones de acceso al tratamiento. Además, se excluyen los menores de edad debido a que en la mayoría de los casos acuden acompañados por un cuidador o encargado, en otros casos asisten por medidas alternativas, lo que genera dudas en cuanto a la disponibilidad de recibir el proceso terapéutico.

#### **5.4.4 Selección de la muestra**

La muestra puede definirse como “una parte de una población” (Daniel, 1987, s. p.). La muestra para este estudio representa un valor de mucha importancia porque permite obtener información para un sub grupo de la población, del cual se recolectan los datos (y acerca de los cuales se formulan las hipótesis de trabajo). En definitiva, dichas muestras han de ser representativa a esa población de estudio tal y como lo señalan Hernández, Fernández y Baptista (2010). Por otra parte, los autores también consideran que es un sub conjunto de elementos que pertenecen a un conjunto total definido y característico de un fenómeno o, es decir, un conjunto de características de la población.

Para el cálculo de la muestra se utilizaron como referencia los registros de pacientes atendidos en los años 2014, 2015, que permitirían establecer un panorama de la cantidad de personas ingresadas con las características de selección que le interesaban al estudio y con base en los primeros 8 meses de citas asignadas del año 2016 se determinó el cálculo de la muestra. El procedimiento se basó en la consulta de la base de datos del expediente electrónico, **Salus**, para comprobar los pacientes que tenían citas asignadas en los primeros 8 meses del año 2016 y que cumplieran los criterios establecidos. Los

datos registrados mostraron un promedio de **640 citas por mes**, el mes con más citas fue mayo con 889 y el mes con menos citas fue agosto con 190. La sumatoria de esas citas en los primeros 8 meses fue de **5121** personas, las cuales cumplieron con los criterios de selección.

Como se aprecia en estos registros se identificó a la población que acudió a los servicios en ese periodo, además se estimó cuánta ha sido la atención mensual promedio en esos diferentes años. Estos procedimientos para seleccionar la muestra los abarcan Hernández, Fernández y Baptista (2010) en sus intervenciones para establecer muestras.

#### 5.4.5 Cálculo de la muestra

De acuerdo con lo expuesto, la presente investigación descriptiva, se selecciona como el muestreo no probabilístico con intencionalidad ya que se establecieron los criterios específicos de las personas que se seleccionaron. En este caso la población meta que utiliza los servicios son personas de ambos sexos, mujeres y hombres y por consiguiente también se consideró tener representatividad de toda la población. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula destinada para cálculo de poblaciones finitas, la cual se describe a continuación (Gómez, 2012).

Fórmula empleada	
$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$	Dónde: $n_o = p^*(1-p)^* \left( \frac{Z(1 - \frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$

$$N = 5121$$

$$p = 0,5$$

$\alpha$  =, nivel de confianza 95 %

$$Z = 1,96$$

$d =$  error máximo de estimación  $0,08 = 8 \%$

$1 - \alpha / 2 = 0,025$

$n = 146$

El resultado fue de **146** personas seleccionadas como muestra para la aplicación del cuestionario.

## **5.5 Definición de variables**

Para Hernández, Fernández y Baptista (2010) “una variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (p. 93). En ese sentido se puede entender que es una propiedad o cualidad que presenta un fenómeno que puede ser medido o evaluado.

### **5.5.1 Perfil socioeconómico y consumo de drogas de los individuos**

En este punto se exploran los aspectos educativos, laborales e ingresos de los individuos en estudio. Se ahonda en estos datos demográficos para caracterizar a las personas usuarias que se entrevistaron a partir de los Ítems 1 al 10, en los cuales se obtienen los siguientes indicadores:



Tabla n° 1

Indicadores de la variable 1

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>
Características demográficas y socio económicas de los individuos que presentan consumo problemático.	Sexo
	Edad
	Lugar de residencia
	Nacionalidad
	Estado civil
	Estudios alcanzados
	Condición laboral
	Ingresos económicos

### 5.5.2 Perfil del consumo de drogas de los individuos

Se refiere al uso y la frecuencia de consumo de drogas por parte de los usuarios entrevistados del servicio de tratamiento. Se identifican indicadores como el consumo en el último año, la droga principal de consumo, la frecuencia de consumo, además de la cantidad de cada droga consumida por día. Se mide con los ítems 11 al 16 y se analiza mediante los siguientes indicadores.

Tabla n° 2

Indicadores de la variable 2

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>
Características de los individuos según consumo de drogas	Consumo alguna vez
	Edad de inicio de consumo
	Años de consumo de drogas
	Días que usa cada droga
	Cantidad diaria de cada droga

### 5.5.3 La prestación del servicio de tratamiento

En este apartado se identifican las características del trato por parte de los profesionales y la frecuencia de las consultas. Los Ítems 17 al 27, son los que evalúan esta variable de investigación. Se presentan a continuación los indicadores que se analizan para esta variable.

*Tabla nº 3*

Indicadores de la variable 3

<b>Variable</b>	<b>Indicadores</b>
Características de la prestación de los servicios de tratamiento ambulatorio	Principal dificultad para venir al IAFA
	Cada cuánto le asignan citas
	Cantidad de citas que ha venido
	Profesionales que lo van a atender
	Amabilidad o trato del personal
	Compromiso de los profesionales
	Claridad de las explicaciones
	Posibilidad de opinar
	Confianza del personal
	Drogas por las que recibe tratamiento
	Tratamiento en otros centros
	Conclusión de los tratamientos

### 5.5.4 Accesibilidad al servicio de tratamiento:

En esta variable se abarca el tema de los aspectos geográficos y económicos que influyen en la decisión y acceso a recibir el tratamiento, se identifican indicadores como: medio de transporte que utilizó, lugares de procedencia, tiempo de traslado hacia el centro de tratamiento, costos del traslado

(pasajes), los Ítems 28 al 36 son los que registran la información para estos indicadores.

*Tabla nº 4*

Indicadores de la variable 4

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>
Condiciones de accesibilidad geográfica y económica	Medio de transporte que utiliza
	Lugar de donde viene
	Percepción de distancia recorrida
	Tiempo de desplazamiento
	Dinero que gasta en venir
	Problemas que le genera desplazarse
	Tener seguro medico

### 5.5.5 Condiciones de acceso a la información

Por último, se analiza el acceso a la información de tratamiento para determinar cómo las personas se enteran de los servicios que brinda el IAFA. Para contestar esta variable se pregunta por los medios por los cuales se enteraron de la existencia del tratamiento y el nivel de satisfacción en la atención. Los ítems que se derivan son 24, 34, 35.

*Tabla nº 5*

Indicadores de la variable 5

<b>Variable</b>	<b>Indicadores</b>
Condiciones de acceso a la información sobre tratamiento	Como se enteró de los servicios
	Horario de atención
	Satisfacción de la atención
	Recomendaciones de mejora

## **5.6 Instrumentos de recolección de datos**

### **5.6.1 El cuestionario**

El instrumento está dirigido a las personas que acuden al servicio de tratamiento ambulatorio del IAFA. El procedimiento es aplicar el cuestionario (auto administrado) a una muestra de personas que acuden al servicio de tratamiento ambulatorio con los criterios que se explicaron anteriormente. El cuestionario se diseñó de acuerdo a las necesidades de la investigación con el fin de abarcar los objetivos específicos. El análisis de los datos se realizará a partir de las variables establecidas y cada grupo de preguntas abarcará la respuesta a una variable.

El instrumento cuenta con cuatro áreas de investigación, las cuales se determinan por: los datos socioeconómicos, accesibilidad geográfica, accesibilidad económica, acceso a la información y tratamiento y consumo de drogas.

### **5.6.2 Validación y confiabilidad del cuestionario**

Para autores como Hernández, Fernández y Baptista, (2010) la validez del cuestionario empleado en una investigación responde a la pregunta “¿está midiendo lo que cree que está midiendo?” (p. 139), es decir, se puede interpretar como si realmente se mide lo que se desea medir. En el presente estudio se trabajó con lo referente al constructo y contenido para asegurar la confiabilidad. El cuestionario pasó por las etapas de validación de un experto en estadística, con el fin de generar la mayor confiabilidad del instrumento. Asimismo, el instrumento pasó por una prueba piloto con el fin de validar las preguntas de investigación.

En cuanto a la confiabilidad Weiten (2006) indica que hay “una congruencia de mediciones de una prueba” (p. 344), se mide a partir de coeficientes de correlación que indican mayor confiabilidad al acercarse a 1 y menor confiabilidad entre más cerca está de 0 este el valor del coeficiente.

En la primera parte de la construcción del instrumento se consultó bibliografía sobre creación de instrumentos de investigación. Asimismo, el instrumento se construyó con base en las variables que agruparán las preguntas por temáticas definidas: socio demográfico, económico, geográfico, consumo de

drogas, tratamiento y variables referentes a información de los servicios de atención. Se constató la confiabilidad de las preguntas de escala que se realizaron en el cuestionario en las secciones de atención recibida, la distancia recorrida y la satisfacción del servicio, mediante el método de *alpha cronbach* que dio como índice un 0,78 lo que reflejó un valor aceptable para las secciones que se midieron.

### **5.6.3 Recolección de los datos**

El periodo de recolección de los datos se llevó a cabo en los meses de marzo y abril del 2017. El procedimiento para la recolección de los datos se describe a continuación:

- En primera instancia se coordinó con el encargado del Proceso de Atención a Pacientes para tener el espacio de 20 minutos con las personas que se seleccionaron.
- En segunda instancia se pidió la colaboración de los profesionales que atienden a las personas para que detectaran a los candidatos apropiados de acuerdo los criterios de selección
- En tercera instancia se consultó a las personas sobre la disponibilidad para atender la solicitud de entrevista según los criterios éticos para una investigación con seres humanos.
- Por último, se aplicó el instrumento a los usuarios que accedieron a la solicitud, en algunos casos se colaboró en el llenado de las preguntas a petición de los mismos pacientes.

### **5.6.4 Entrevista Semiestructurada**

Se dirigió a tres profesionales que atienden en el servicio ambulatorio del IAFA, específicamente se seleccionaron 2 profesionales de psicología y uno de

medicina, con el fin de tener variabilidad de opinión a la hora de realizar la entrevista. El objetivo de esta entrevista fue tener una opinión detallada en el tema de accesibilidad que apoyara o contradijera la percepción que tenían los usuarios al ingresar al servicio de tratamiento, pero desde la perspectiva de los profesionales que atienden directamente a esta población. Por otra parte, tener información del manejo que se da en las intervenciones y el proceso que llevan en seguimiento con los pacientes.

Las secciones de la entrevista en que se dividieron las preguntas por desarrollar con los tres profesionales fueron:

- ¿Horarios de atención y su problemática con el acceso?
- ¿Días y temporadas donde se da un mayor uso de los servicios?
- ¿Problemas judiciales por parte de las personas?
- ¿Recorrido que hace la persona hasta llegar a la atención?
- ¿Mayor grupo poblacional que llega a citas?
- ¿Problemas que manifiestan las personas con respecto al servicio?

#### **5.6.5 Procesamiento y análisis de la información**

Con el fin de ampliar y profundizar la información que brindaron los usuarios en la encuesta que se utilizó en la muestra, se aplicó una entrevista semi-estructurada a los profesionales que atendían directamente a las personas usuarias. De este modo se tendría una visión tanto de los usuarios como del personal que los atiende por medio de las experiencias con las personas. En resumen, con el presente estudio se describen las opiniones desde dos puntos de vista: usuario-profesional.

## **6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En este capítulo se presenta los resultados y el análisis de los datos que se obtuvieron en el trabajo de campo.

Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron fueron:

- a) La encuesta mediante el uso de un cuestionario que se aplicó a los usuarios del servicio de tratamiento ambulatorio del IAFA en San Pedro de Montes de Oca.
- b) La entrevista semi-estructurada que se le realizó a tres profesionales que brindan atención directa a la población usuaria del IAFA.

### **6.1 Características generales de los encuestados**

La presente investigación se realizó en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en San Pedro de Montes de Oca, en el servicio de consulta externa donde se brinda tratamiento ambulatorio a las personas con problemas por consumo de sustancias psicoactivas. Se encuestó a la población mayor de edad tanto hombres como mujeres que se encuentran en la etapa de seguimiento por problemas que se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas.

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y de escolaridad de la población muestreada que se seleccionaron para el estudio. Del total de personas encuestadas (146) mayores de edad, hubo una mayor representación masculina (88), en tanto que 58 fueron las mujeres. O sea que hubo una proporción aproximada de alrededor de 1,5 hombres por cada mujer.

Tabla nº 1

Características sociodemográficas y de escolaridad de los encuestados,  
IAFA San José, 2017

<b>Variable</b>	<b>Valor Absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	88	60,3
Mujer	58	39,7
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
<b>Grupo de edad en años</b>		
18-29	45	31,3
30-39	33	22,9
40-49	32	22,2
50-59	28	19,4
60-73	8	4,2
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
<b>Nacionalidad</b>		
Costarricense	138	94,5
Nicaragüense	6	4,1
Colombiana	1	0,7
Estadounidense	1	0,7
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
<b>Nivel Educativo</b>		
Primaria completa	36	24,7
Primaria incompleta	22	15,1
Secundaria completa	13	8,9
Secundaria incompleta	45	30,8
Universitaria completa	15	10,3
Universitaria incompleta	15	10,3
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

La distribución de los usuarios por grupos de edad evidenció que la población que asiste a tratamiento en la etapa de seguimiento se encuentra representada en todos los rangos de edad, sin embargo, se aprecia que la mayoría son personas jóvenes en edades productivas. Este es un rasgo



importante de destacar, pues es un grupo poblacional que tendría problemas por el consumo desde muy temprana edad y por lo tanto afectaría áreas sensibles de su vida, como podrían ser su entorno laboral o bien sus relaciones interpersonales. No se identificó una diferencia significativa en este proceder, pero sí entre los grupos establecidos, debido a que la mayoría es población joven.

En ese sentido, la población encuestada se distribuyó en porcentajes que disminuyeron conforme aumentaba el rango de edad, la mayor representación porcentual fue para el grupo de personas en el rango de 18-29 años, mientras que la menor fue para el grupo mayor de 60 años. Con respecto a la nacionalidad de los usuarios, la mayoría (94,5 %) de la población es costarricense, quienes asistieron a buscar tratamiento en el servicio ambulatorio durante los meses de febrero, marzo y abril del 2017. En este periodo fue cuando se realizó la encuesta. Este aspecto es interesante destacarlo, ya que *a priori* se podría pensar que la presencia de otras nacionalidades sería dominante. Sin embargo, en su mayoría es la población costarricense la que utiliza estos servicios asistenciales.

El porcentaje restante (5,5 %) correspondió a usuarios de otras nacionalidades como nicaragüense, colombiana y estadounidense, es decir, se destaca la poca afluencia de estos grupos poblacionales.

Con respecto a los niveles educativos de los encuestados, el nivel que presentó mayor representación fue el de aquellas personas que tenían o habían cursado la secundaria incompleta (30,8 %), mientras que aquellos que completaron la primaria exhibían un (24,7 %) y un grupo pequeño logró estudios universitarios (10,3 %). En comparación con el estudio que se realizó en el 2015 acerca del consumo de drogas en población general, son más bajos los porcentajes (IAFA, 2017). En aquella oportunidad, se pudo apreciar que un 44,4 % de población cursó estudios secundarios, un 34,3 % completó estudios primarios, mientras que un 18,5 % había cursado estudios universitarios, contra el 10,3 % de la población del presente estudio.

Es importante destacar que, de acuerdo a los resultados señalados, en ambas situaciones o contextos a pesar que son diferentes, un buen porcentaje de

aquellos individuos que exhiben educación universitaria se ven afectados por problemas que se relacionan con el consumo de drogas u otras sustancias. Si bien es cierto las personas que conforman este grupo con educación universitaria y que acuden a los servicios asistenciales de tratamiento son minoría, no se debe perder de vista que es una población potencialmente expuesta a contextos de consumo más sofisticados, de accesibilidad o bien a situaciones de oferta variados o de abuso. En el estudio que realizaron Cortés y Salazar (2009), se deja en evidencia que muchos de los universitarios se exponen a contextos de consumo abusivo y por fechas o eventos que se catalogan como especiales o lúdicas. De ahí que se puede deducir que sea una población, aunque de acuerdo a los datos con menos casos evidenciados, afectados e irrelevantes de su nivel educativo, sino de las circunstancias socioemocionales y psicoemocivas.

En la tabla 2 se muestra la condición del estado civil y laboral de las personas que se encuestaron.

*Tabla n° 2*  
 Características socio-económicas de los encuestados  
 IAFA San José, 2017

<b>Estado Civil</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Soltero(a)	70	47,9
Casado(a)	35	24,0
Divorciada(o)	18	12,3
Unión Libre	23	15,8
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>
<b>Condición Laboral</b>		
Trabajador Asalariado	60	41,1
No tiene trabajo pero está buscando	33	22,6
No tiene trabajo y no está buscando	10	6,8
Pensión o jubilación	4	2,7
Alquiler de bienes	21	14,4
Labores del Hogar	17	11,6
Sin respuesta	1	0,7
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

De acuerdo a los datos de la tabla, es importante destacar que la mayoría de las personas (47,9 %) indicaron ser solteras, 24 % están casados, 12,3 % divorciados y 15,8 % viven en unión de hecho (unión libre). Consecuentemente, la mayoría de los pacientes cuentan con algún factor de podría considerarse de protección social o de afectividad familiar, esta afirmación se sustenta en que el 73,8 % de las personas indicó que venía del hogar a la hora de ingresar a la atención, es decir, un elemento que puede actuar como respaldo psicosocial o como red de apoyo. Aunque no se profundizó en el punto antes mencionado, si es importante tomarlo en cuenta como referencia en el caso de ubicar factores de protección.

Referente a la condición laboral, es significativamente mayor para las personas ubicadas en la categoría de asalariadas (41,1 %) en comparación con las otras clases expuestas. Desde esa perspectiva, se destaca que el trabajo es un factor de análisis para determinar la vulnerabilidad o factor de protección en cuanto al acceso a los servicios de tratamiento que se ofertan, es decir, que podría actuar como una barrera o como un factor de ayuda.

Por una parte, esta condición podría ser un factor que limita el acceso al tratamiento, debido a las ausencias al trabajo en que podrían incurrir las personas que necesitan del correspondiente tratamiento o servicio. Esta situación o factor, podría generar por añadidura un problema al trabajador; pero, por otra parte, podría ser también un factor de ayuda para que el mismo trabajador pueda acceder a los tratamientos, en especial porque provee o facilita los recursos económicos necesarios para el traslado del trabajador hasta el IAFA a las respectivas citas.

Las principales características sociodemográficas y socioeconómicas que caracterizan a los usuarios que acuden para recibir asistencia ambulatoria se explican a continuación. Para esto se toma en cuenta la relación entre esas características con la accesibilidad al tratamiento, asimismo, se destacan las debilidades y las limitaciones que presenta esta población vulnerable de acuerdo con el objetivo específico que se planteó para el análisis de esos aspectos.

## **6.2 Objetivo 1: Principales características demográficas y socio económicas de las personas que presentan consumo problemático de drogas.**

En lo concerniente al lugar de residencia de las personas, los principales resultados del estudio se presentan a continuación desglosados por provincia.

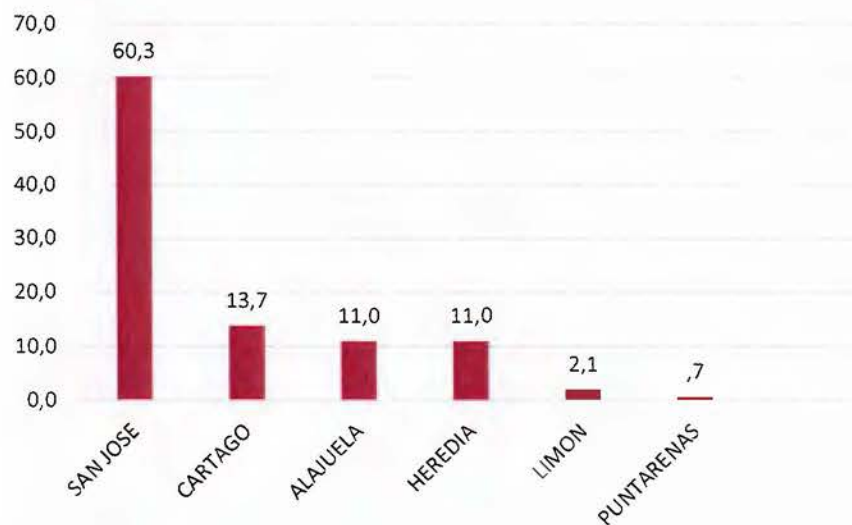
### **6.2.1 Lugar de residencia de los usuarios**

La información que se recabó de los pacientes respecto al lugar de residencia, enmarco una característica importante de subrayar en la investigación,

la mayoría expresó que residía en la provincia de San José (60,3 %), por lo que superó de manera significativa a las demás provincias, en contraste con este dato, no se identificaron personas que vivieran en Guanacaste a la hora de la entrevista. La distribución de las personas según la división territorial provincial se muestra a continuación en el gráfico 1.

*Gráfico n° 1*

Distribución de los encuestados según provincia de residencia, IAFA San José, 2017



Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados.

En general, al analizar los resultados, se destaca que el 56,1 % de los pacientes vivían en siete cantones de la Gran Área Metropolitana (GAM), dentro de los cuales se menciona San José, Desamparados y Goicoechea, con 14,4 %, 13,0 % y 8,2 % respectivamente. Asimismo, se incluyen, aunque en menor proporción los cantones de Vásquez de Coronado con 5,5 %, Cartago con 6,2 % y La Unión con 4,8 %.

Según se mencionó anteriormente, resaltar que no se reportaron personas que vivieran en la provincia de Guanacaste, lo cual hace sospechar que, al ser una provincia alejada del centro de atención en estudio, y al existir poca oferta de

servicios en esa región, es más factible que se presentasen problemas vinculados con el desplazamiento e incluso problemas económicos para buscar el tratamiento necesario, es decir, mayores vulnerabilidades. La afirmación antes mencionada se apoya en el sentido de que se logró evidenciar que las personas provenientes de lugares alejados representaron un 5,5 %, donde se mencionaron cantones como de Sarapiquí, Siquirres, Pérez Zeledón y San Carlos, es decir, porcentajes bajos. Por otra parte, cabe mencionar que a pesar de que los registros muestran poca afluencia de personas de lugares alejados, no deja de ser importante que exista un grupo que provienen de zonas alejadas que requiere de los servicios asistenciales en los cuales habría que poner la atención necesaria.

Referente a las condiciones económicas y los ingresos de las personas, los principales hallazgos del estudio se presentan a continuación desglosados en cada uno de los indicadores que se propusieron para este capítulo en particular.

#### **6.2.2 Perfil socioeconómico de los encuestados**

Los resultados referentes a la condición socioeconómica de las personas que asisten al tratamiento ambulatorio y su correspondiente seguimiento mostraron hallazgos importantes de resaltar para este primer objetivo. Uno de estos es el ingreso económico de los encuestados, esto es así pues se pudo caracterizar que un 40.4 % de ellos obtienen ingresos mensuales de 50.000 colones o menos.

En la tabla 3, se detalla el ingreso económico en colones de ese grupo de 146 usuarios que se encuentran en seguimiento para el tratamiento de su problemática asociada al consumo.

Tabla nº 3

Distribución de los encuestados según ingresos mensuales económicos.

IAFA San José, 2017

Ingresos mensuales en colones	Valor absoluto	Valor relativo
0 a 50.000	59	40,4
51.000 a < 150.000	18	12,3
151.000 a < 250.000	13	8,9
251.000 a < 350.000	15	10,3
351.000 a < 450.000	10	6,8
Más de 450.000	25	17,1
Sin respuesta	6	4,1
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Los resultados que se muestran en la tabla anterior referentes a los ingresos mensuales de las personas que asisten al tratamiento ambulatorio mostraron una característica particular en las personas. Al comparar los diferentes rangos de ingresos, se tiene que es significativamente mayor (40,4 %) la población del primer rango, es decir, la población desempleada o los que tiene ingresos iguales o menores a 50.000 colones por mes, esta condición podría ser producto de actividades informales que generan algunos recursos, ya que el ingreso es bajo comparado con el salario mínimo de una persona asalariada.

En cuanto al rango de ingresos superiores a los 50.000 colones, los porcentajes son mucho menores ya que solo un 12,3 % reportaron ingresos entre 51 000 y 150 000. En cuanto a los ingresos superiores a 151.000 y menores a 250.000 por mes, el valor registrado fue 8,9 %, lo que refleja una realidad de personas con un trabajo estable mucho menor para la muestra objeto de estudio.

Se debe tomar en cuenta que los ingresos de las personas que se analizaron en esta investigación los expresaron los usuarios, es decir, son ingresos que reportaron ellos directamente. Por lo tanto, el análisis pertinente de los mismos, no es coincidente ni permite profundizar en su esencia, tal como lo

permiten las categorías propuestas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2015). Es decir, que en este caso institucional se establece y se categorizan ingresos en quintiles para así establecer un cohorte o categoría familiar y así realizar las comparaciones inter e intra categorías por quintiles y establecer de acuerdo al ingreso mensual de una familia, en qué categoría se ubicaría. Lo importante de esta mención recae en que la mayoría de las personas que se mencionó posiblemente se ubique en el primer quintil, es decir, en el grupo con menos ingresos.

Las personas que reportaron un ingreso superior a 450.000 colones corresponden a un grupo importante (17,1 %) y cabe enfatizar que puede existir un sector de la población que utiliza los servicios asistenciales del IAFA y que tienen condiciones más accesibles desde el punto de vista económico, lo cual es un elemento importante porque refleja que la población de cualquier estrato económico vería en los servicios que se brindan una buena alternativa para el tratamiento. Tal y como se aprecia, el ingreso producto de actividades laborales refleja una estabilidad económica para muchas personas.

.....  
Valoración: al analizar estos resultados se puede apreciar que la accesibilidad al tratamiento por parte de las personas de mejores ingresos no está determinada por el factor económico, pues para muchas de estas personas el asistir a servicios privados de mayores costos económicos sería una opción terapéutica. Por otra parte, para las personas con menos ingresos el factor sí podría ser determinante para el acceso al tratamiento. En todo caso, se evidencia que tanto la población de bajos ingresos como los de mejores ingresos, constituyen un segmento porcentual importante de las personas atendidas. Se puede plantear la hipótesis de que puede existir alguna otra asociación con otras variables socioeconómicas o de otra naturaleza que permita aclarar esta vulnerabilidad.



### 6.2.3 Usuarios consumidores problemáticos de drogas

El tema del consumo de drogas y el acceso al tratamiento abarca muchos factores importantes de destacar. Uno de estos es la vulnerabilidad de las personas consumidoras problemáticas de sustancias psicoactivas que las hace verse en muchas ocasiones como una población excluida de los servicios de atención. Esto puede deberse a la estigmatización sociocultural u otros factores que se relacionan con el consumo mismo desde edades tempranas. Según Herrera y Marín (2015), este factor, contribuye como una barrera en la accesibilidad a la atención en salud para esta población.

Desde esa perspectiva fue necesario conocer más a fondo respecto a la edad de inicio en el consumo de sustancias. Según se conoce, la edad temprana de inicio en el consumo genera una mayor probabilidad de problemáticas asociadas, es decir, mayor probabilidad de generar una dependencia (Hernández *et al.*, 2009). Para abordar este factor se presenta la tabla 4, que destaca las edades de inicio del consumo de sustancias de las personas encuestadas.

*Tabla nº 4*

Distribución de la edad de inicio en el consumo de drogas de los encuestados, según cada droga, IAFA San José, 2017

Indicador	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Crack
Media	15,3	15,0	15,4	18,5	21,9
Moda	14	14	14	18	20

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

En general, el comportamiento de la edad de inicio del consumo de drogas como el alcohol y tabaco en los usuarios que asisten a seguimiento del tratamiento IAFA es más bajo al compararla con otros estudios. Si se compara con el estudio en población general del 2010 en un rango de edad igual al del presente estudio (18 a 73 años), los resultados son evidentes, es decir, mientras que para el 2010 la

edad de inicio en estas dos drogas fue 17,4 para alcohol y 16,7 en tabaco, en el presente estudio las edades fueron 15,3 para alcohol y 15,0 para tabaco. Por lo tanto, llama la atención que la población de este estudio empezó más temprano en el consumo. Este resultado es interesante, porque refuerza la premisa de que a más temprana edad se inicie una persona en el consumo de cualquier droga, probablemente mayores problemas tendrá en el proceso de rehabilitación.

Se aclara que para el presente estudio el rango de edad fue entre 18 a 73 años, por lo que las comparaciones son muy atinentes con los grupos de edad en ambas investigaciones. Asimismo, en el estudio que se realizó en población general para el 2010, la edad de inicio del consumo de alcohol fue más tardía (17,4 años), se hace la salvedad de que se abarcó población de 12 a 70 años (IAFA, 2012 B).

En el caso de la población entre los 12 a 72 años, el caso del tabaco, para el año 2010 la edad de inicio fue de 17 años (IAFA, 2012 A) en comparación con 15,03 años en este estudio. En el caso de la marihuana, se tiene que para el 2010 la edad se situó en 16,7 años (IAFA, 2012 C) en comparación con 15,40 años según lo señala la tabla anterior.

Según los resultados se aprecia que el promedio de edad de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana es alrededor de los 15 años, con una moda de 14 años para los encuestados de esta investigación.

Se aclara que los estudios que se realizaron en el 2010 que se utilizan para la comparación, se realizaron en el contexto de una población general, en tanto que el presente estudio se realizó en el seno de una población selectiva. Consecuentemente, las diferencias son obvias, ya que la población de estudio abarcó características particulares que influirían en los resultados, en particular en lo pertinente a la edad más temprana o tardía de inicio en el consumo de drogas de las personas con algún problema asociado con este proceder.

En el caso de estudios que se realizaron en la década de los 2000, se evidencia que la edad de inicio en el consumo específico de alcohol es muy

parecida en la actualidad, por ejemplo, Bejarano (2002) encontró que la edad se situó en 13,2 años para la población de educación secundaria, es decir, muy parecida a la que se señala en el presente estudio. En el caso de las edades reportadas para las drogas ilegales cocaína y crack la edad se situó en 18 y 21,9 años respectivamente. La mayoría de las personas habían consumido de forma problemática esas sustancias en promedio más de diez años antes del inicio del tratamiento terapéutico. Este proceder refleja que se presenta un periodo donde las personas no buscan ayuda para esta situación problemática.

Este factor es un tema de análisis y de preocupación institucional, en el sentido de que la población no busca tratamiento en los primeros años de consumo y más bien tienden a hacerlo hasta que presentan síntomas de dependencia. En el caso particular del alcohol, el promedio de consumo problemático fue de 16,8 años con una moda de 20 años, para el tabaco el promedio fue de 17 años y con una moda de 20 años.

En el caso de las drogas ilegales la variabilidad fue mayor, ya que muchos de los pacientes manifestaron que tenían 14 años de consumo problemático en el caso de la marihuana, 11 de consumir cocaína y 13 años de consumir crack. En relación con el periodo de consumo, otro punto tiene que ver por cuál droga se reciben tratamiento, en ese sentido, el alcohol es la droga principal de consumo, los resultados se muestran en la tabla 5.

*Tabla nº 5*

Distribución de la población encuestada según droga por la que está recibiendo tratamiento terapéutico, IAFA San José, 2017

<b>Droga</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Alcohol	85	58,2
Tabaco	47	32,2
Marihuana	52	35,6
Cocaína	41	28,1
Crack	39	26,7
Otras drogas	14	9,6

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Según se observa en la tabla anterior, el alcohol y la marihuana son las sustancias que más mencionaron las personas que acuden a tratamiento, muchas de las personas indicaron dos, tres y hasta cuatro sustancias por las que recibía tratamiento. Con el fin de tener un panorama más amplio de respuestas para este indicador, las personas pudieron indicar varias sustancias por las que recibían asistencia. Por otra parte, también se pudo determinar cuántas personas llegaban a tratamiento por el consumo de una única sustancia. En ese sentido, 36 personas (24,7 %) indicaron el alcohol, seguido de la marihuana con 15 personas (10,3 %). Según se aprecia, el porcentaje es menor cuando se refiere a tratamiento por una sola droga, aspecto que se refleja bien en los datos donde se evidencia que la población que acude a recibir asistencia en su mayoría lo hace por el consumo de varias sustancias, es decir, los llamados policonsumidores.

Es importante destacar que existen personas, principalmente jóvenes que “no asocian el consumo de alcohol con problemas de drogadicción” (Bejarano, 2002, s. p.), es decir, estas personas reciben tratamiento por alcohol cuando se encuentran en una etapa donde las condiciones de uso se asocian a una condición problemática o en ocasiones cuando desarrollan una dependencia u adicción.

Si bien es cierto que a la consulta asisten pacientes para recibir atención por diferentes drogas, el alcohol es la principal droga por la cual asisten a tratamiento. El 58,2 % (85) de las personas encuestadas aseguraron estar en esa condición, en segunda instancia se encontró a la marihuana con un 35,9 % (52) de las personas acuden a tratamiento por consumo de esta droga.

La cocaína y el crack mostraron porcentajes similares, con 28,1 % y 26,7 % respectivamente. Un aspecto importante de destacar con respecto a estas sustancias tiene que ver con el hecho de que los estudios realizados en la población general de Costa Rica dan cuenta de porcentajes mucho menores en el consumo de estas drogas, 1 % para la cocaína y 0,6 % se asocia al consumo de crack en el último año (IAFA, 2012, D). Este hallazgo tiene sentido, pues la población encuestada se captó en los servicios asistenciales. Este proceder no se exhibe o manifiesta en otros estudios que se basan en encuestas que se orientan a una población general, por lo que en este caso la población seleccionada tiene otras características como: tener un trabajo fijo, ser estudiantes activos, personas que habitan o conviven con la familia. Todas estas características socioculturales y socio demográficas son contrarias a las personas en tratamiento del presente estudio.

Otro de los indicadores que se investigó en esta población se refiere a la periodicidad en el uso de las drogas, es decir tiene que ver con los días de uso de las drogas. Específicamente se preguntó por los días de uso durante la semana de las sustancias psicoactivas que originaron el tratamiento.

Los resultados son consistentes con las características que se asocian a la población dependiente de una sustancia o que presenta problemas asociados al consumo. Según la Observatorio Proyecto Hombre (OPH, 2012) la cual realiza estudios sobre esta misma temática, en otras latitudes existen características que se asocian a las personas drogodependientes y que dieron paso a establecer ciertos perfiles de las personas con problemas por consumo de algunas sustancias.

En este caso, para la mayoría de las personas que consumían drogas todos los días antes de iniciar el tratamiento, ellas exhibían una variación en cuanto al tiempo de uso de la droga. Unas personas manifestaron que entre un año hasta 25 años de oscilación en cuanto al consumo. Este panorama es una característica esperada, pues por lo general la población que acude a recibir atención presenta una gama de problemas que se asocian con una adicción al consumo que se desarrolla durante mucho tiempo.

De acuerdo con los resultados, en promedio los pacientes consumían cada droga más de 4,5 días a la semana. El promedio menor detectado se relacionó con el alcohol con 4,75 días a la semana y el promedio mayor fue para el tabaco con 6,10 días a la semana. Sin embargo, el valor de la moda fue igual para todas las sustancias, 7 días, es decir, se presentan más casos de personas que utilizan todos los días alguna de las sustancias.

#### **6.2.4 Cantidad de droga por día**

En el caso de las cantidades de droga que consume cada usuario, estas se mencionaron de forma variada según la misma. Asimismo, es importante mencionar que algunos autores enfocan el consumo en tres dimensiones (sujeto contexto y droga) o lo que también es llamado triada del consumo (Romaní, 1999B). En este contexto, el consumo es diferenciado de acuerdo a la presencia y ocurrencia de estas variables, es decir, no solo la cantidad de droga consumida determina en parte problemas con la dependencia, sino factores exógenos y endógenos en el cual resida el sujeto drogodependiente. Las características de la población participante en la investigación estarían asociadas a consumos problemáticos, ya que son personas que se diagnosticaron con alguna dependencia o adicción a las sustancias *ergo* es de suponer que la cantidad disponible y consumida sea un elemento determinante al igual que los días que las mismas se consumen. Los resultados que se obtuvieron dan cuenta de la cantidad de droga consumida por cada paciente por día antes de acudir a los servicios de atención para su problemática, según se presenta en la tabla 7.

Tabla nº 6

Distribución de los encuestados según  
cantidad de droga que consumía por día IAFA San José, 2017

Droga	Unidad	Mínimo/Máximo	Valor Absoluto	Valor Relativo
Alcohol	Pachas	1 a 5	15	17,2
	Tragos	5 a 24	9	10,3
	Cervezas	1 a 15	20	23,0
	Litros	½ a 4	22	25,3
	Combinados	Trago, cerveza	21	24,1
			87	100,0
Tabaco	Cigarros	1 a 21	21	31,8
	Paquete	½ a 2	45	68,2
			66	100,0
Marihuana	Puros	1 a 15	42	76,4
	Gramos	1 a 10	7	12,7
	Onzas	½ a 1	6	10,9
			55	100,0
Cocaína	Gramos	4 a 10	24	54,5
	Bolsas	1 a 3	8	18,2
	Puntas	1 a 23	12	27,3
			44	100,0
Crack	Gramos	1 a 10	7	18,9
	Piedras	2 a 100	30	81,1
			37	100,0

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Los resultados evidencian la cantidad de droga consumida por día por los usuarios que asisten a tratamiento. Llama la atención que las personas en tratamiento reflejan un consumo mayor de las sustancias, se aprecian cantidades significativas de cada una de las drogas que se mencionaron, es decir, un consumo que posiblemente no es significativo en la mayoría de los usuarios.

Esas cantidades referidas al consumo son consistentes para el grupo de personas consumidoras con dependencia y adicción. Ellas tienen mucha similitud con el estudio que hizo la Asociación Proyecto Hombre (APH, 2012), en el que se encontró que el consumo de sustancias como el alcohol o la cocaína era mencionado como un poco exagerado.

Para cada sustancia se establecieron las unidades de medida a partir de lo que expresó cada una de las personas encuestadas, es decir, que de acuerdo a lo que manifestó cada sujeto se establecieron las categorías respectivas y luego se procedió a agrupar las mismas. En el caso del alcohol, 25,3 % de las personas manifestaron consumir alcohol en litros de forma frecuente, seguido de las bebidas combinadas con un valor de 24,1 %.

Existe una variedad bastante amplia y detallada acerca de las bebidas preferidas o de uso particular de consumo por las personas encuestadas. Sin embargo, no existe una inclinación clara por una bebida específica, lo cual hace suponer que una dependencia al alcohol no determina el tipo de bebida de preferencia, sino que lo que se busca es acceder a la sustancia. Un aspecto importante de resaltar y que mencionó Nathan, Wallace, Zweben y Horvath (2010), es que debido a las características que presenta la persona dependiente al alcohol, la cantidad e incluso la bebida no importa a la hora de consumir la sustancia. Por otra parte, algunos estudios de carácter genético han llegado a ciertas conjeturas relacionadas con la variación en genes quimiosensoriales que puede explicar la variabilidad en la percepción y preferencia del individuo por muchos alimentos y bebidas como en el caso de las bebidas alcohólicas (Allen, McGeary y Hayes, 2014)

En cuanto a las drogas que se fuman, se tiene el tabaco y la marihuana, para el caso de la primera, el 68,2 % de las personas reportaron que consumían hasta 2 paquetes por día, es decir, 40 cigarrillos como máximo. En el caso de la marihuana, el 76 % manifestaron que consumieron de uno hasta 15 puros por día. Para ambas drogas la principal unidad reportada fue el cigarrillo según se detalló en los resultados.

Respecto a la cocaína y al crack, en este caso también se relacionan las unidades de medida según los datos que se reportaron para ambas sustancias psicoactivas. Para la cocaína la forma de uso es indicada en gramos (54,5 %), mientras que para el crack se habla específicamente de piedras. El 81 % de los pacientes indicaron consumirla de esta forma.



Hasta este punto se destacan las cantidades altas de cada sustancia, es decir, se aprecia que los usuarios realizan un consumo de grandes cantidades de distintas drogas, lo que podría relacionarse con deterioros en la salud mental más avanzados producto del consumo. Esta afirmación se puede determinar al evidenciar que un grupo importante de usuarios son policonsumidores que han estado por mucho tiempo asistiendo a tratamiento por consumo de varias sustancias.

### **6.3 Objetivo 2: Características de la prestación de los servicios de tratamiento ambulatorio.**

De acuerdo con el objetivo específico 2 y las variables de análisis concomitantes, se explican a continuación los resultados que se obtuvieron mediante el cuestionario que se aplicó a los usuarios, el uso de gráficos y de tablas para los indicadores que se consideran como relevantes en la investigación.

#### **6.3.1 Prestación de los servicios de tratamiento ambulatorio**

Cabe destacar que en el presente acápite se explican las características de la prestación del tratamiento, en el cual intervienen los profesionales del IAFA. Además, se tomó en cuenta la opinión de los pacientes referente al trato que reciben y su opinión sobre algunos problemas actitudinales y atencionales que pudieran representar en algunas circunstancias un factor de vulnerabilidad o bien influir de alguna manera en el acceso al servicio.

La accesibilidad a los servicios de atención para las personas va más allá de acceder al centro donde recibe el tratamiento, esta afirmación la expresaron Vásquez y Romaní (2012). Con base en este pronunciamiento se planteó la temática desde diferentes dimensiones. Por ejemplo, en el caso escenario de la atención directa por parte de los profesionales que asisten a las personas, este escenario representa de facto un elemento circunstancial y fundamental para

determinar si las personas se sienten comprometidas con mantenerse en el tratamiento o por el contrario les genera rechazo.

A continuación, se detallan los indicadores que se plantearon, según la disciplina del profesional que les brinda atención durante el seguimiento.

*Tabla nº 7*

Distribución de los encuestados según la disciplina profesional que los atiende como usuarios institucionales, IAFA San José, 2017

<b>Disciplina profesional</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Psicología	86	58,9
Trabajo Social	31	21,2
Medicina	68	46,6

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Los resultados muestran el perfil de los profesionales que participan en la atención de los usuarios, desde las diferentes actividades, técnicas, tratamientos terapéuticos que cada disciplina maneja tanto individual como colectiva o grupalmente.

La mayoría indicó que tenía cita en psicología (58,9 %), un 46,6 % llegó a la atención para recibir tratamiento en medicina, relacionado directamente con tratamiento farmacológico y un 21,2 % manifestó que tenían que atenderlos en trabajo social. Con respecto a la menor cantidad de usuarios que refirieron esta última disciplina, el hecho de contar con menos profesionales en esta área sería un factor que marca menos usuarios.

Se logró constatar que la mayoría de las personas que se encuestaron recibieron asistencia y atención de dos de los profesionales destacados en la tabla 7. El dúo más representativo de estos profesionales correspondió a médicos y psicólogos. Una menor proporción de personas asistió para recibir atención en trabajo social, por otra parte, los resultados destacan que predomina la pretensión de la búsqueda de ayuda con fines terapéuticos principalmente en las áreas de

psicología y medicina. Esta particularidad refuerza la visión que tienen las personas de utilizar preferencialmente los servicios asistenciales con fines médicos. Es decir que para una gran mayoría de pacientes ven el consumo de drogas desde una perspectiva o el enfoque meramente médico sanitario donde se busca una solución única y a corto plazo.

Con respecto a las citas a las cuales acudieron las personas encuestadas, se puede observar en la tabla 9 que el 45,9 % está en el rango de entre 1 a 5 citas.

Según los criterios de inclusión en la investigación, los cuales se mencionaron en el diseño metodológico, donde se menciona que para ser parte del proyecto las personas debían haber acudido por lo menos en una ocasión al tratamiento ambulatorio. En este sentido al parecer lo que expresaron los pacientes de haber acudido por lo menos una vez a la cita es congruente con la hipótesis. El 48,7 % de las personas exhiben una asistencia a las citas en un rango que va entre las 5 y hasta más de 16, lo que parece indicar que las características inherentes al cumplimiento de las citas por parte de cada usuario son variadas y los problemas para asistir a tratamiento también lo deben de ser.

Tabla nº 8

Distribución de la frecuencia de asistencia a las citas por parte de los encuestados, IAFA San José, 2017

Rango	Valor Absoluto	Valor relativo
De 1 a < 5 citas	67	45,9
De 6 a 10 citas	22	15,1
De 11 a 15 citas	22	15,1
Más de 16 citas	27	18,5
No reportada	8	5,5
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

En la tabla anterior se puede observar que existe un grupo significativo de personas que asistieron en múltiples ocasiones a citas de seguimiento. En el caso de personas que manifestaron acudir a más de 15 citas, se pudo determinar que había un porcentaje de estas personas que excedían ese número, principalmente por razones de abandono del tratamiento.

Asimismo, como se muestra en la tabla 10, un grupo significativo de las personas encuestadas manifestó que han estado en otros centros de atención diferentes al de IAFA en el cual se localiza el presente estudio. Este proceder refleja un patrón de recurrencia de esta población drogodependiente a la hora de buscar ayuda, tanto en instituciones públicas como privadas. Por lo tanto, esta característica hace suponer que la búsqueda de ayuda se vuelve recurrente para muchas personas de este universo estudiado.

### 6.3.2 Tratamiento en otros centros de atención

En general, uno de los supuestos del trabajo heurístico que se tuvo en cuenta con los participantes del estudio tenía que ver con el hecho de que ellos hubieran estado en el pasado inmediato o reciente, internado en un centro de tratamiento para su enfermedad. Esto era importante para saber si las personas habían presentado problemas para mantenerse en el tratamiento y el seguimiento del caso, ya que esta conducta es un componente que se relaciona en parte con la

adherencia al tratamiento (OPS, 2012) y por ende representaría un factor vulnerable en la accesibilidad a los servicios de salud.

La respuesta más destacada acerca de esta inquietud la expresaron aquellas personas (53.5 %) que afirmaron no haber recibido tratamiento en otros centros. Mientras que un 46.5 % manifestaron que sí recibieron tratamiento de otros centros o una ONG.

Acerca de esta última ocurrencia, se remite al lector a la tabla 10, donde se señala y se destacan las respuestas de aquellos que manifestaron haber recibido o concluido el tratamiento en otros centros asistenciales.

*Tabla nº 9*

Distribución de los encuestados según si habían finalizado los tratamientos en otros centros, IAFA San José, 2017

	Valor Absoluto	Valor relativo
No termino el tratamiento	35	24,0
Siempre termino el tratamiento	31	21,2

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Al comparar las personas que recibieron tratamiento en otros centros con la ocurrencia de los que ya lo terminaron, se puede evidenciar que el 24 % no terminó los tratamientos y a este suceso pueden haber incidido algunos factores, razones o situaciones, entre las cuales se podrían mencionar las recaídas, los costos del tratamiento o bien la distancia del domicilio del paciente. Es de destacar que un 21,2 % de los entrevistados manifestó que si había terminado el tratamiento.

### **6.3.3 Centros donde ha recibido atención**

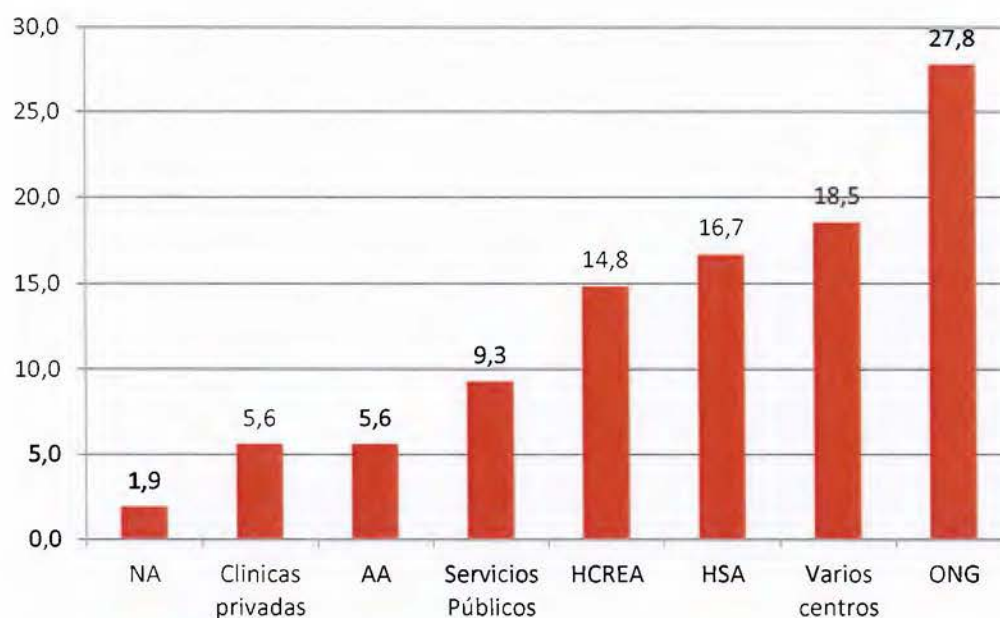
La información que se recabó por parte de los pacientes respecto a los centros donde recibieron atención, estos expresaron que existe una variedad de instancias, tanto públicas como privadas, para brindar ese tipo de atención y otras

modalidades a la población que las solicite. Los recursos especializados que mencionaron las personas son: Alcohólicos Anónimo (AA), Hogares Salvando el Alcohólico (HSA), Hogares Crea (HCrea), Narcóticos Anónimos (NA), Clínicas Privadas y los Servicios Públicos.

En el gráfico 2 se muestran los centros que mencionaron los usuarios donde dijeron haber recibido tratamiento.

*Gráfico n° 2*

Distribución de los encuestados según los lugares donde han recibido tratamiento IAFA San José, 2017



Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados.

La mayoría de las personas mencionó que estuvo en alguna Organización no Gubernamental (ONG), las cuales generalmente son de tipo residencial con programas aprobados por el IAFA (2016A). Se puede evidenciar que un cierto porcentaje de personas recibieron atención en alguno de los diferentes centros que brindan servicios especializados. Es decir, que este conglomerado de personas, por diferentes circunstancias, motivos o situaciones, ha buscado la

ayuda requerida para su problema. Sobre este particular, cabe también preguntarse, cuál fue el principal problema que motivó a esa persona a seguir en el tratamiento para acudir hasta el IAFA.

Con base en esta inquietud se procedió a investigar acerca de la principal inquietud por la que un paciente equis o ye acude al IAFA para recibir el tratamiento.

#### **6.3.4 La asignación de citas como principal dificultad para asistir a las citas en el IAFA**

Empezar un proceso terapéutico por el consumo de sustancias ha significado para muchas personas superar muchas barreras determinantes, en primera instancia, venir a tratamiento por primera vez y la permanencia en el proceso terapéutico es vista por los pacientes de diferentes maneras. Por un lado, el 31,5 % manifestó que le costó armarse de valor para venir a tratamiento por primera vez, por otro lado, el 28,1% indicó que no creía que tenía un problema por el consumo de drogas, es decir, de entrada, se aprecia que estas dos aseveraciones representan un problema para la población con problemáticas por el consumo que muestran lo complejo de asumir la enfermedad.

De acuerdo con los resultados, se pudo comprobar que el 67,1 % de las personas entrevistadas indicaron que no le afectaba la asignación de citas para acudir al tratamiento, Por otra parte, el 32,9 %, expresaron que sí tenían problemas para asistir a las citas por diversos factores o problemas personales. En el caso específico de los problemas señalados, se mencionaron inconvenientes como: tener que ausentarse del trabajo, el cual tuvo un porcentaje de 19,9 %. Asimismo, el gastar dinero debido al traslado para acudir a las citas generó un valor de 16,4 %. Por último, se mencionó el problema de recorrer una distancia considerable para llegar a recibir atención, el valor fue un 11,6 %.

Igualmente se mencionaron otros problemas con porcentajes más bajos, el no disponer de una persona que se hiciera cargo del cuidado de los hijos (2,7 %) o bien el tener que ausentarse de clases (1,4 %) fueron algunos de los factores o

circunstancias que incidieron en la ausencia o incumplimiento a las citas programadas. Esta ocurrencia se relaciona directamente con las mujeres, lo que evidencia que este suceso recae en la población femenina. Sin embargo, a pesar de esta circunstancia, la población femenina está interesada en recibir la atención.

Esta manifestación de recurrencia, de accesibilidad y de interés en recibir tratamiento por parte del grupo de mujeres, demuestra que esta actitud es congruente con el estudio de Barahona (2002), en el cual se reporta que el (56,5 %) de las mujeres que consumían drogas dijeron que sí estaban dispuestas a recibir atención.

La distribución de la recurrencia a las citas se muestra en la tabla 11, segmentada por frecuencia de las citas.

*Tabla nº 10*

Distribución de la frecuencia de la asignación de citas a los usuarios del IAFA San José, 2017

<b>Frecuencia reportada</b>	<b>Valor Absoluto</b>	<b>Valor Relativo</b>
Cada 2 semanas	45	31,7
Cada 3 semanas	4	2,8
Cada mes	63	44,4
Cada 2 meses	21	14,8
Cada 3 meses	9	4,9
Más de 3 meses	4	1,4
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Los datos que destacan en esta tabla reflejan que la mayoría de las personas que llegan al IAFA en busca de ayuda reciben atención de forma periódica, ya que la frecuencia de citas es en su mayoría mensual e incluso quincenal. El caso de citas con tiempos más prolongados o bien esporádicos es mucho menor, tan solo un 1,4 %. Se aprecia claramente que, en el tema de seguimiento, en pocos casos las citas sobrepasan los 3 meses de espera lo que indica un apoyo institucional constante a la población. Los datos porcentuales

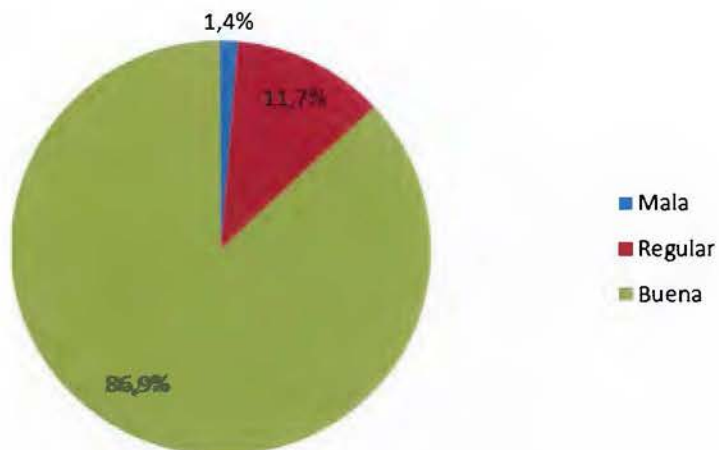


reflejan un 44,4 % de atención por lo menos una vez al mes, continuado con seguimiento cada 2 semanas (31,7 %). Si bien es cierto y es importante que los tratamientos se adapten a las necesidades de los pacientes, en la mayoría de los casos se mantiene un servicio de respuesta rápida a las citas de seguimiento, donde lo esperable es que se asignen las citas cada mes. Por otra parte, de acuerdo al avance que presenta cada usuario atendido, la periodicidad de las citas es valorada por el profesional, las cuales en muchos casos ameritan una respuesta más pronta de atención, donde en la mayoría de los casos el espacio asignado es por cupo. En ese sentido, el factor frecuencia de citas no representa un problema para que las personas puedan asistir a recibir su tratamiento. Sin embargo, la asignación de citas en forma frecuente significa afrontar alguna barrera adicional para asistir, lo que no exime la presencia de problemáticas asociadas.

Debe destacarse que la evaluación de los pacientes con respecto a la atención que brindan de los profesionales es muy favorable de acuerdo a los resultados que se obtuvieron. En los gráficos siguientes se detalla la calificación que le brindan a cada uno de los puntos que se preguntaron acerca de la valoración incluida en la encuesta que se aplicó.

Gráfico n° 3

Opinión de los encuestados respecto a la amabilidad, trato y la cortesía exhibido por el personal que le atiende, IAFA San José, 2017



Fuente: elaboraci3n propia con base en los datos recolectados.

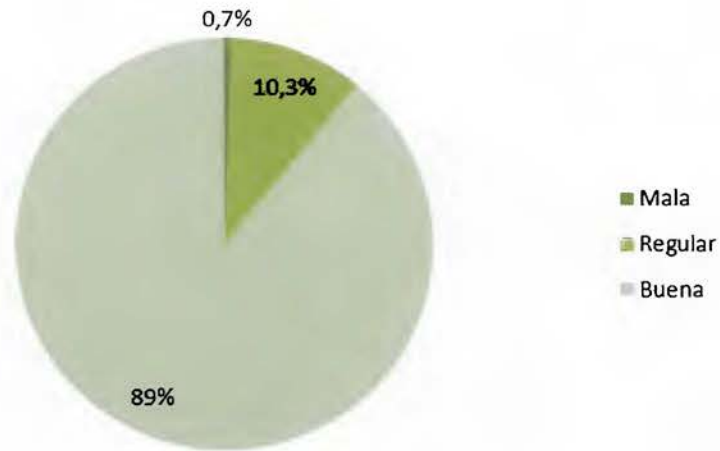
En el gr3fico 3 se observa que los encuestados calificaron la amabilidad y la cortesía del personal que atiende en el IAFA en la categoría de buena con un 86,9 %. Se nota que ese elemento sobresale, con respecto al 11,7 % de opini3n regular que emitieron las personas profesionales que ofrecen y brindan servicios asistenciales. En t3rminos generales, es una excelente percepci3n de la calidad del servicio del IAFA que se ofertan a los usuarios y de c3mo estos valoran esta atenci3n.

Al comparar esta informaci3n con la encuesta realizada por la contraloría de servicios del IAFA en el 2016, (IAFA, 2016B) sobre percepciones de los usuarios en cuanto a los servicios recibidos se puede constatar que los resultados fueron favorables. En ese momento el 75,2 % de las personas encuestadas indicaron una valoraci3n muy satisfactoria con respecto la actitud de los funcionarios.

Según los rubros hacia el personal tratante, el compromiso se muestra en el siguiente grafico 4.

Gráfico n° 4

Opinión de los encuestados respecto al compromiso del personal que le atiende, IAFA San José, 2017

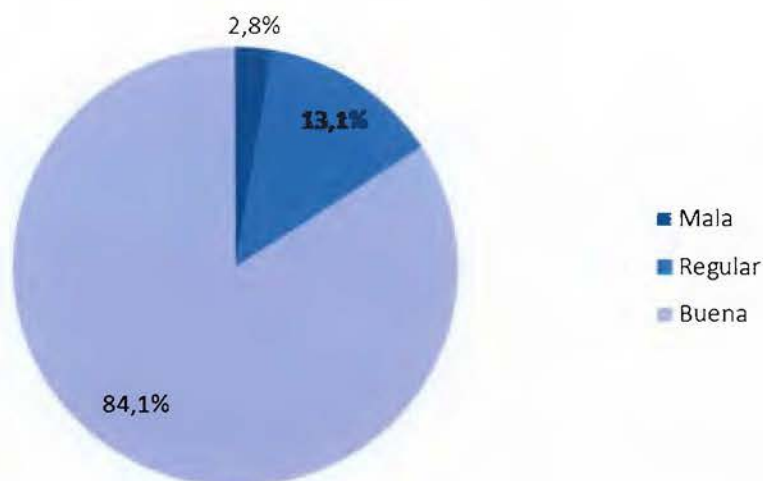


Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Con respecto al compromiso del personal en apoyo para que los pacientes salgan adelante con su tratamiento, el gráfico 4 muestra que de acuerdo a la opinión de los usuarios el 89 % de los entrevistados lo califican como buena, 10,3 % como regular y únicamente un 0,7 % mala, es decir, persiste una evaluación favorable para este aspecto. Por otra parte, se analizó el tema de las explicaciones que dan los profesionales a las personas tratantes para ver su valoración, Los resultados se presentan en el siguiente gráfico.

*Gráfico n° 5*

Opinión de los encuestados respecto a la claridad de las explicaciones que le brinda el personal profesional que le atiende, IAFA San José, 2017



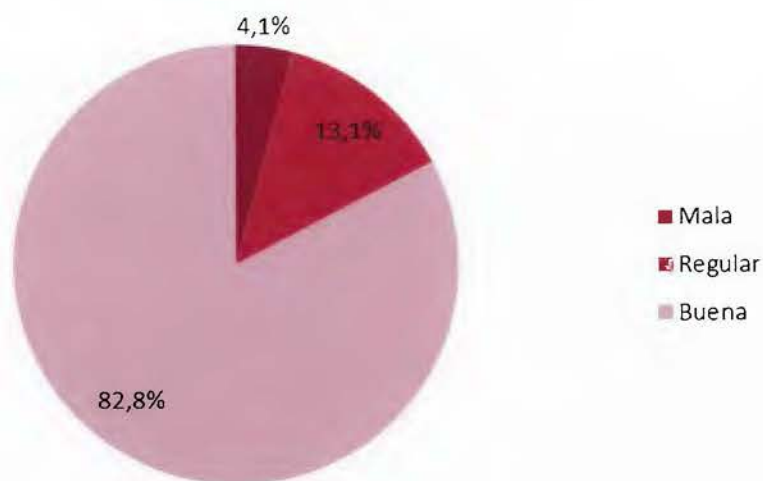
Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

En cuanto a la claridad de las explicaciones que brinda el personal profesional a los pacientes según el gráfico 5, el 84,1 % de las opiniones se concentra en calificar esa atención como buena, el 13,1 % de regular y el 2,8 % lo califican como mala. Por otra parte, la encuesta realizada en el 2016 por parte del IAFA sobre percepción de los servicios recibidos, igualmente se evidencia la buena calificación que brindan los usuarios, para esa ocasión el 66,6 % de los usuarios dijeron que la información recibida era muy satisfactoria.

Este resultado es importante de destacar en el sentido de evidenciar que los usuarios se sienten bien a la hora de recibir el trato por parte de los profesionales y en este caso máxime si se trata de explicaciones sobre su salud.

Gráfico n° 6

Posibilidad de los encuestados de opinar respecto a su salud  
IAFA, San José, 2017



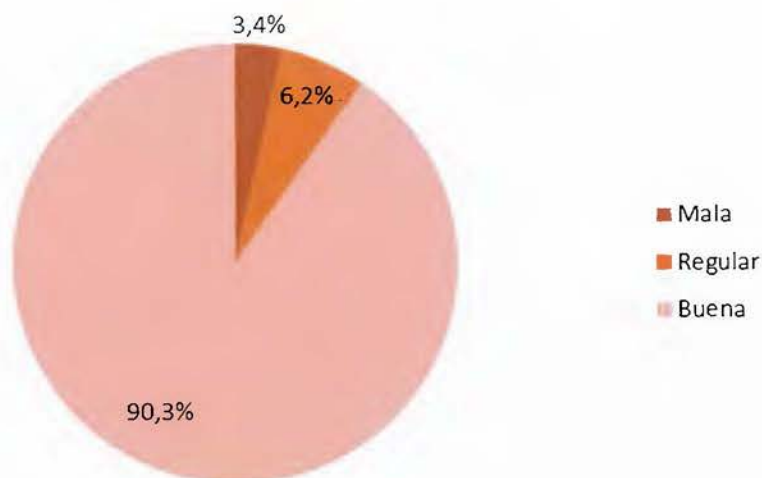
Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Como se observa en el gráfico 6, el 82,8 % de los encuestados mencionaron que la posibilidad de opinar respecto a su salud era buena. Mientras que un 13,1 % expresó que era regular y un 4,2 % que era mala. Se observa que la mayoría de las personas ven de manera positiva que se les permita opinar sobre su salud. Algunos autores como Peralta (2010) encontraron en una investigación que se realizó en el 2010 en España, con una población de atención primaria, que el 59,2 % de los pacientes indicaron que les gustaba opinar sobre su salud y a la vez participar en la toma de decisiones.

Este aspecto permitió concluir que un tratamiento efectivo se puede manifestar o llevarse a cabo en la medida que los pacientes participen en el tratamiento. El involucramiento se vuelve importante, determinante y genera mejores resultados.

Gráfico n° 7

Opinión de los encuestados respecto a la confianza que proyectan los profesionales que les atiende en la consulta, IAFA San José, 2017



Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Otro punto importante que se indagó por medio del instrumento se refería a la confianza que proyectan e inspiran los profesionales que atienden a las personas usuarias que acuden a seguimiento.

Se puede observar en el gráfico 7, que el 90,3 % de los consultados manifestaron que les generan confianza las personas que les atiende. Este aspecto es importante, ya que pone en evidencia que las personas que llegan a la consulta lo hacen con la esperanza de recibir una solución a los problemas que les afectan. Este factor se ha estudiado en otras latitudes por ejemplo en México. Un estudio realizado por Alcázar (2007) en ese país se enfocó en un grupo de personas que asistían a consulta con profesionales de psicología, uno de los principales hallazgos en este escenario de consulta fue que cuando los terapeutas no escuchaban a los pacientes estos no volvieron a la tercera cita, ya que vieron

afectada su confianza en el procedimiento atencional que se manifestó a partir de la segunda cita.

### **6.4 Objetivo 3: Condiciones de accesibilidad geográfica y económica de los pacientes.**

A continuación, se presenta los datos pertinentes que se relacionan con el objetivo 3, referido el mismo a las condiciones de accesibilidad geográfica y económica que pueden incidir en el proceder de los usuarios al servicio del IAFA. Todas estas variables se consideraron en el contexto operativo del presente estudio.

#### **6.4.1 Lugar de procedencia y tiempo de recorrido**

Como parte de las incógnitas referentes a la accesibilidad, se preguntó al momento de asistir a la cita por el lugar de procedencia de la persona encuestada, esto con el fin de identificar los inconvenientes que se presentan para esta población en cuanto a la distancia geográfica o el tiempo de recorrido desde ese lugar hasta el IAFA. Los resultados se presentan en la tabla 11.

*Tabla nº 11*

Distribución de los encuestados según lugar de procedencia, IAFA San José, 2017

<b>Lugar de procedencia</b>	<b>Valor Absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Hogar	111	76,2
Trabajo	19	13,0
Centro de Internamiento	9	6,2
Centro de estudios	1	0,7
Otro lugar	6	4,0
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Los resultados de la tabla 11 destacan que el 76,2 % de los usuarios manifestaron que al momento de acudir a la cita para recibir atención lo hacían desde sus hogares. De este modo, se puede establecer que en su mayoría los pacientes de seguimiento independientemente el ser empleado o ser desempleado, manifiestan proceder de sus hogares a la hora de asistir a la cita. De igual modo, 13 % manifestó proceder de su lugar de trabajo. Las personas que se encuentran en tratamiento y en proceso de rehabilitación exhiben los porcentajes más bajos, (6,2 %).

En esa misma línea de análisis es de señalar que existe otro factor que al parecer limita al usuario el recibir la atención adecuada y oportuna, este tiene que ver con la distancia que recorren las personas para llegar al IAFA para recibir tratamiento. Se pudo constatar que un grupo importante proviene de lugares alejados de la Gran Área Metropolitana, (GAM), por lo que esta circunstancia locativa-geográfica incide directa y contundentemente en el desplazamiento de estas personas y esto representa un problema crucial para ese grupo de personas en el sentido de la accesibilidad real o potencial que pueda existir en el IAFA.

Las personas catalogaron en una escala de cerca a lejana su percepción de cómo consideraban la distancia recorrida para acceder a los servicios ofertados por el IAFA. Esta caracterización se puede observar en el gráfico 8.



Gráfico n° 8

Opinión de los encuestados respecto a su valoración de la distancia recorrida para desplazarse hasta el IAFA, San José, 2017



Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Un 35 % de los encuestados consideraron que la distancia recorrida para acceder a los servicios atencionales ambulatorios que oferta el IAFA era intermedia. Mientras que un 24 % expresó que la distancia era larga o distante, en tanto que un 15 % expresó que el recorrido era demasiado largo o distante. En general cada una de las categorías referidas con la distancia se definió con base en el tiempo de desplazamiento y el dinero que cada usuario gasta en transporte para acudir a la cita, por lo que fueron respuestas basadas principalmente en la opinión de los usuarios.

En general, los resultados muestran una gama de opiniones con respecto a la distancia recorrida para llegar a la consulta. La distancia intermedia es la más mencionada, lo que evidencia que la mayoría de las personas se desplazan de distancias que son similares. Sin embargo, se debe aclarar que existe un grupo importante de usuarios que tienen que viajar distancias muy largas para ser atendidos y utilizar los recursos terapéuticos.

En algunos casos las personas mencionaron tener que desplazarse desde lugares como Limón, Siquirres y San Ramón, los cuales están fuera del GAM. Esta referencia locativa sirvió para expresar y caracterizar la lejanía de desplazamiento de algunos de los pacientes en relación con la accesibilidad de los servicios de IAFA.

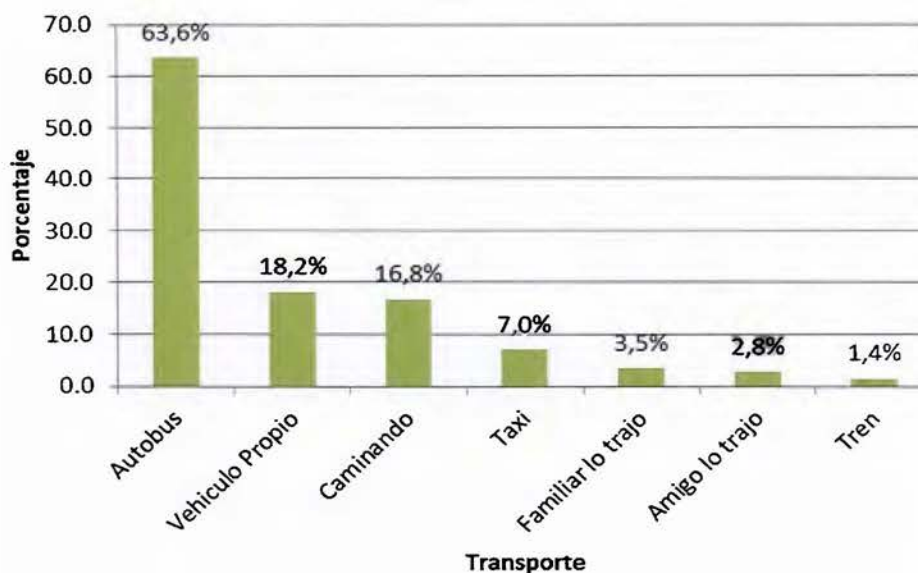
#### **6.4.2 Medios de transporte utilizados y tiempo de desplazamiento**

Dentro de las variables de tipo geográficas, el medio de transporte resulta de suma importancia para establecer los posibles factores-directos e indirectos que influyen en la accesibilidad de las personas a los servicios de tratamiento que ofrece el IAFA.

En el gráfico 9 se muestran los principales medios de transporte que utilizan las personas para desplazarse desde sus diferentes lugares habitacionales.

Gráfico n° 9

Diferentes medios de transporte que utilizan los pacientes para desplazarse desde su lugar de origen y asistir al tratamiento ofertado por el IAFA, San José, 2017



Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Se aprecia claramente que el autobús es el medio de transporte que más utiliza la población que asiste a recibir tratamiento ambulatorio, el 63,6 % reportó este medio como el que utiliza, seguido del vehículo propio (18,2 %), mientras tanto el resto demostró porcentajes más bajos. Esta información da paso a evidenciar que los medios de transporte públicos siguen siendo los más utilizados por la población y que en este caso funciona como medio de acceso a los servicios, y por ende lo ideal es contar con esos medios de calidad.

De acuerdo con los resultados, se puede manifestar que la mayoría de los usuarios que asisten a tratamiento dependen de un medio de transporte colectivo que asociado a las limitaciones como el tiempo, los gastos económicos y las distancias son factores que limitan el acceso y asistencia a las citas. En la sociedad actual se presenta una mayor congestión vehicular y vial asociada a una

constante y abrumadora presencia de un parque automotor que día tras día crece desproporcionadamente y por lo que se capta un mayor contingente de flota vehicular de toda índole. Toda esta presencia vehicular indudablemente incide y afecta la cotidianidad familiar y sobre todo impacta de diferente manera y modo en el tiempo de desplazamiento.

En la presente investigación, ese tiempo de desplazamiento también fue un factor que se consideró en el análisis de la accesibilidad a los servicios de atención. En concreto, se le preguntó a los entrevistados por el tiempo que cada uno de ellos empleaba para llegar hasta el IAFA en San Pedro de Montes de Oca, desde el lugar de su procedencia. Las respuestas en su mayoría fueron muy homogéneas, pero el tiempo de desplazamiento más sentido lo manifestaron el 28,8% de los encuestados (entre 1 hora y menos de 2 horas).

La tabla 12 muestra las principales respuestas que dieron las personas encuestadas respecto al tiempo de desplazamiento para llegar al IAFA.

*Tabla nº 12*

Tiempo de desplazamiento que emplean los encuestados para llegar al IAFA, San José, 2017

<b>Tiempo de desplazamiento</b>	<b>Valor Absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Menos de 30 minutos	26	17,8
Entre 30 y 1 Hora	40	27,4
De 1 hora a Menos de 2 horas	42	28,8
Entre 2 horas a menos de 3 horas	26	17,8
Más de 3 Horas	9	6,2
Sin Respuesta	3	2,1
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Asimismo, un 27,4 % de los pacientes tarda entre 30 minutos y una hora para llegar al IAFA. De hecho, este es un dato interesante a tomar en cuenta ya que la distribución de estos tiempos de viaje permite verificar que la mayoría de

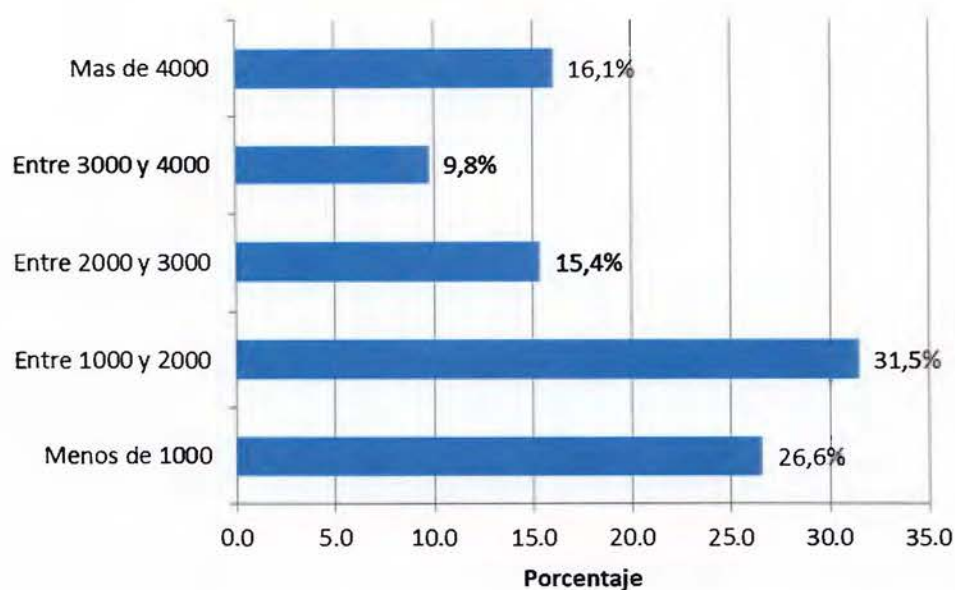
las personas entrevistadas duran en promedio menos de 2 horas para llegar a su destino. Esto supone que las personas se trasladan desde lugares más accesibles de desplazamiento y búsqueda de atención institucionalizada. En términos de relacionar este suceso con el supuesto de la investigación, (indicado en la tabla 12), permite inferir que el parámetro del tiempo de desplazamiento es determinante en cuanto a la atención institucionalizada.

A pesar de que las personas que llegan de lugares alejados constituyen una minoría, esta concurrencia al IAFA parece indicar que los servicios que ofrece el Instituto tienen una alta demanda y gozan de alta estima por un número significativo de personas que viven lejos de la sede de este Instituto. El dinero que gastan las personas (pasajes y otros) para acceder a los servicios institucionales del IAFA representa en algunas ocasiones un factor limitante para que los usuarios puedan recibir la asistencia especializada. En otras palabras, es posible suponer que este factor monetario sea a la vez y sin querer, una especie de vulnerabilidad institucional, lo cual ya ha sido indicado por autores que han trabajado el tema monetario y el acceso a los servicios de salud (Petrera *et al.* 2013).

Según lo expresa Chacón (2014), existe una asignación presupuestaria de recursos económicos por parte de las personas destinados al traslado de ellos para recibir en el IAFA la atención de los problemas que se relacionan con el consumo problemático de drogas. Es de suponer que esta asignación de los recursos es fluctuante según las zonas de accesibilidad o la disponibilidad de transporte. En el gráfico 10 se muestra la distribución de los montos en colones que gastan cada uno de los individuos encuestados para desplazarse.

Gráfico n° 10

Caracterización del monto promedio en colones que gasta un paciente para desplazarse de su lugar de origen al IAFA San José, 2017



Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

En esta gráfica se aprecia que existe un número significativo de usuarios que expresaron que gastan entre 1000-2000 colones para trasladarse de sus lugares de origen para asistir a las citas del IAFA.

Esta información es consecuente con la realidad cotidiana que indica que las personas no escatiman gastos para buscar ayuda a su padecimiento de drogas y que a menor distancia de la residencia del usuario a ese Instituto mayor será la asistencia al mismo en busca de ayuda. Además, se evidencia que un grupo de personas incurre en muchos gastos económicos en esta búsqueda, aunque no tengan empleo remunerado. Este proceder constituye un factor (gastos económicos) de vulnerabilidad para el acceso a los servicios asistenciales.

En cuanto a la oferta administrativa de los horarios de atención, en la tabla 13 se presenta la oferta de dos horarios de disponibilidad de atención que tiene el IAFA (mañana y tarde). La mayoría de los encuestados (64,4 %), se inclinó por la oferta de atención en la mañana, importante destacar que: de ese 64,4% de

personas que prefieren los horarios de la mañana, el 60,2 %, no eran asalariadas, en cambio los asalariados fueron 39,8%.

*Tabla n° 13*

Distribución de encuestados según el horario de atención al que prefieren asistir para su cita de tratamiento, IAFA San José, 2017

<b>Horario</b>	<b>Valor Absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Mañana	94	64,4
Tarde	33	22,6
Noche	1	0,7
No reportado	18	12,3
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Los horarios de la tarde no fueron de la preferencia de los usuarios, por razones que no se indagaron en este estudio, En efecto, solo un 22,6 % dijo que por las tardes les favorecía su asistencia a las citas de seguimiento en el IAFA. A pesar de que un porcentaje significativo de personas manifestaron la preferencia de asistir a las citas en las mañanas, también es importante indicar que el horario institucional establecido genera limitaciones de acceso para muchos de los usuarios, los cuales podrían ser personas de acuerdo a lo expuesto en líneas anteriores con limitaciones. Sobre todo, para los que las posibilidades de asistir se presentan en las tardes, al ser un horario de atención principalmente en las mañanas.

#### 6.5 Objetivo 4: Condiciones o medios de acceso a la información sobre los servicios de tratamiento ambulatorio que el usuario podría acceder para recibir atención especializada en el IAFA.

En este apartado se contemplan todos los medios, condiciones o actores que facilitaron al usuario el acceso a toda la información existente referida al tratamiento ambulatorio que ofrecía el IAFA.

En la tabla 14 se observan los principales medios por los cuales las personas dijeron conocer de los servicios de atención ambulatoria que ofrecía el IAFA.

Tabla nº 14

Diferentes medios, agentes o actores que ayudaron al encuestado a informarse acerca de los servicios de tratamiento ambulatorio que se ofrecían en el IAFA San José, 2017

Medio de información	Valor Absoluto	Valor relativo
Central telefónica	10	6,8
Línea 800 del IAFA	5	3,4
Un familiar me contó	42	28,8
Un conocido me contó	41	28,1
Por radio y televisión	10	6,8
Otro medio	38	26,0
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Los medios de información por los cuales la población conoce la presencia y accionar de los servicios del IAFA fueron elementos de peso debido a su importancia para monitorear los medios que utilizan las personas cuando buscan información respecto a las opciones de ayuda institucional disponibles. En efecto, se aprecia que un 28,8 % de los usuarios asegura que se enteró de los servicios de atención por medio de un familiar, mientras que un 28,1 % expresó conocer de los servicios por un conocido. Esta forma de información *cara a cara* es una fuente personal e importante de informalidad y de confiabilidad que se presenta entre



actores que conviven en un mismo hábitat y entorno sociocultural. Generalmente, se le tiene mucha confianza a este tipo de información proporcionada por una persona amiga, vecina, o de nuestra entera confianza.

Asimismo, existen personas que dijeron que, para recibir alguna ayuda relacionada con sus problemas de consumo, lo hicieron a través de alguna medida alternativa, esto ocurrió con el 26 % de los encuestados. En general, se puede decir que los otros medios de información como la línea de orientación o la televisión, no son fuentes que los encuestados mencionaron para conocer información y que esto afectara en la decisión de asistir.

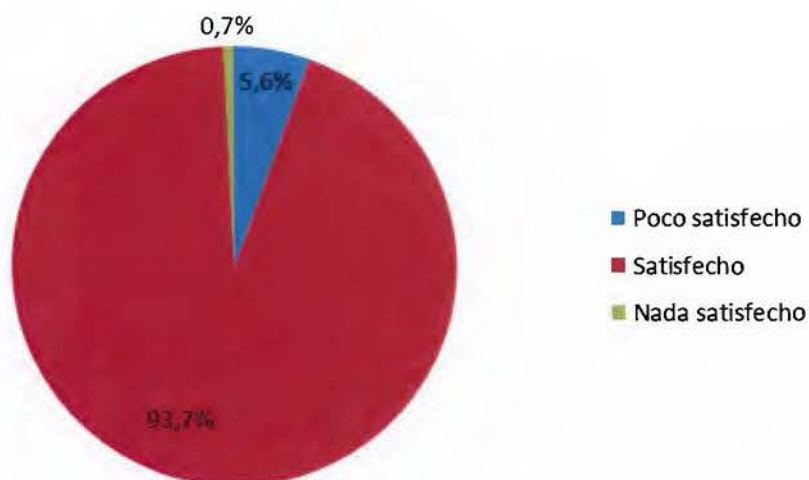
### **6.5.1 Nivel de satisfacción**

La opinión de las personas con respecto a la satisfacción en la atención recibida, es vital de recabar en un estudio como este que se lleva a cabo. Por esto se planteó esta inquietud como un elemento importante para determinar la pertinencia de establecer recomendaciones y posibles mejoras al servicio de asistencia ambulatoria que oferta el IAFA.

En ese sentido y de acuerdo a los resultados, las personas indicaron que se sentían satisfechas con la atención brindada en el IAFA, esa respuesta es significativa ya que el 93,7 % de los usuarios expresó que se encontraba satisfecho. Este hallazgo permite expresar que el IAFA como institución de servicios ambulatorio orientados hacia la atención por problemáticas por consumo de sustancias tiene una aceptación satisfactoria por parte de la población objetivo de este accionar. Las características del servicio en cuanto a trato del personal, atención gratuita para toda la población y la especialización del personal en el tema podrían influir en esta buena valoración percibida por los usuarios. El gráfico 11 muestra la información respecto al nivel de satisfacción.

Gráfico n° 11

Opinión de los encuestados respecto al nivel de satisfacción de la atención recibida, IAFA, San José, 2017



Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Se puede argumentar que a pesar de los problemas que puedan generarse del costo o gasto en transporte, desplazamiento u otras erogaciones en las cuales incurren los usuarios para acceder a las instalaciones del IAFA, todos pueden considerarse como limitantes. Sin embargo, en la práctica todos se han minimizados favorablemente por parte de los usuarios cuando valoran y caracterizan de manera positiva al IAFA como la institución que los ayuda en el tratamiento y seguimiento de su problemática. En este sentido, es de destacar que tan solo un 6,3 % de las personas encuestadas dijo sentirse poco satisfecha o nada satisfecha con la atención dispensada por el IAFA. Lo anterior evidencia que las personas manifestaron que tuvieron pocos problemas con la atención, en especial respecto al trato.

Respecto a la cantidad de personas que cuentan con seguro médico, para conocer una posible relación entre tener seguro y buscar asistencia terapéutica para la situación problemática de consumo de drogas, se pudo evidenciar que la mayoría afirmaron tener seguro médico. Del total de usuarios encuestados el 66,2

% aseguró tener seguro médico. Un 31 % de los usuarios manifestó no tener seguro. Es importante mencionar que muchas de las personas que no asisten a tratamiento se verían limitadas al pensar que para ser atendido es indispensable estar asegurado, lo que evidentemente no es así. Por otra parte, es importante hacer comparaciones con pacientes que vienen en calidad de desintoxicación ya que se podría sospechar que para este grupo sería mayor los que no cuentan con seguro médico.

## **6.6 Pruebas estadísticas**

### **6.6.1 Prueba no Paramétrica Chi cuadrado**

En los cuadros siguientes se presentan los resultados de las interrogantes para determinar la relación entre dos variables referidas por los encuestados. Se enfoca específicamente en que en este caso era de interés ver la relación existente entre dos variables cualitativas. Se analizaron algunas hipótesis entre dos variables categóricas independientes mediante una prueba no paramétrica, para determinar si existían relaciones a partir de los resultados que se obtuvieron de las preguntas que se realizaron.

El resultado de la relación se presenta en la siguiente tabla a continuación.

Tabla nº 15

Resultados del análisis de Chi-Cuadrado sobre la condición laboral al momento de la encuesta y venir a las citas del IAFA. San José, 2017

	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12.208a	5	.032
Razón de verosimilitud	12.429	5	.029
Asociación lineal por lineal	.534	1	.465
N de casos válidos	141		

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Las hipótesis que se plantearon para el caso anterior fueron:

Ho: No se relaciona tener dinero y venir a las citas del IAFA

Hi: Se relaciona tener dinero y venir a las citas del IAFA

En el primer caso se buscó la relación entre la condición laboral del usuario al momento de la encuesta y acudir a las citas del IAFA. Con los resultados de la tabla anterior se rechaza la Ho ya que se aprecia que sí se relaciona el tener dinero y asistir a las citas del IAFA. El nivel de significancia fue de 0,032, menor a 0,05 por lo que es significativo.

Tabla n° 16

Resultados del análisis de Chi-Cuadrado con respecto a tener un problema para asistir a las citas según sexo, San José, 2017

	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4.251a	1	.039
Corrección de continuidad	3.508	1	.061
Razón de verosimilitud	4.396	1	.036
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	4.221	1	.040
N de casos válidos	142		

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Ho no se relaciona tener un problema para asistir a las citas y el sexo del individuo

Hi se relaciona el tener un problema para asistir a las citas y el sexo del individuo

Se realizó el análisis para establecer si existía relación entre tener un problema para asistir a las citas y el sexo de las personas. El resultado se muestra a continuación.

Con los resultados se rechaza la Ho y se acepta la Hi ya que sí existe relación entre tener un problema para asistir a las citas y el sexo del individuo, Debido a que la mayoría de los encuestados fueron hombres, estos podrían ser los más afectados, sin embargo, al hacer la comparación entre grupos, de 58 mujeres, 22 aseguraron tener problemas para asistir a las citas, mientras de 88 hombres, 25 expresaron la misma condición.

Tabla nº 17

Resultados del análisis de Chi-Cuadrado con respecto a al dinero que gasta la persona y la distancia recorrida, San José, 2017

	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	45.415a	16	.000
Razón de verosimilitud	43.959	16	.000
Asociación lineal por lineal	24.993	1	.000
N de casos válidos	143		

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Con respecto al caso de las variables dinero y distancia existe una relación clara entre el dinero que se gasta para asistir a las citas y la distancia recorrida, pero no se puede asegurar el tipo de relación que podría existir. Sin embargo, se podría suponer que el dinero condicionaría la distancia que se puede recorrer.

En el caso de pruebas paramétricas, se realizaron algunas pruebas de ANOVA (Análisis de Varianza) para determinar la variabilidad entre grupos de la muestra y correlaciones entre variables y así establecer la influencia de la variable independiente sobre la dependiente.

### 6.6.2 Prueba de ANOVA

El cuadro 18 muestra que en la prueba de ANOVA la probabilidad asociada es superior a 0,05, lo cual indica que la variabilidad de los resultados entre los grupos comparados de hombres y mujeres no es significativa.

Tabla n° 18

Prueba de ANOVA para determinar la variabilidad entre hombres y mujeres,  
San José, 2017

	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Significancia.
Entre grupos	92.122	1	92.122	.110	.741
Dentro de grupos	114231.849	136	839.940		
Total	114323.971	137			

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Como se muestra en los resultados de la tabla anterior, al hacer una comparación de medias acerca de las citas a las que asisten los diferentes grupos (hombres y mujeres), se establece que no hay un grupo diferente, los grupos son estadísticamente iguales. Es decir, no se puede asegurar que un grupo asista más que otro a las citas que asignan los profesionales que los atienden.

Por otra parte, se realizó la prueba de ANOVA para determinar la significancia entre la distancia recorrida y el dinero que tuvo que gastar una persona para llegar al IAFA.

Se aprecia en los resultados una alta significancia estadística ( $p < 0,000$ ), lo cual indica que los resultados no son al azar.

Tabla nº 19

Prueba de ANOVA para determinar la variabilidad la distancia recorrida y el dinero que tuvieron que gastar las personas, IAFA San José, 2017

	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	31.794	4	7.949	7.912	.000
Dentro de grupos	138.639	138	1.005		
Total	170.434	142			

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

La tabla anterior indica que los resultados son altamente significativos, es decir, sí existe una variabilidad entre la distancia recorrida por las personas y el dinero que tuvieron que gastar para acudir a las citas respectivas. En ese sentido, las medias entre los grupos son diferentes en cuanto al dinero que gastaron y las distancias recorridas.

### 6.6.3 Resultado de Correlaciones

Para establecer si dos variables se relacionaban se procedió con la prueba de correlación. Las variables estudiadas fueron: años cumplidos y días a la semana que usan el alcohol, la distancia recorrida, si la asignación de citas representa un problema y el dinero gastado. Las combinaciones para determinar las correlaciones se muestran de acuerdo a los intereses de la investigación.

Los resultados se exponen a continuación en las tablas 20, 21 y 22.



Tabla nº 20

Correlación entre la edad en años cumplidos y los días a la semana que consumía alcohol, San José, 2017

		(P2) Edad en años cumplidos	(P15_1) Días de uso a la semana Alcohol
(P2) Edad en años cumplidos	Correlación de Pearson	1	.251*
	Sig (bilateral)		.013
	N	144	96
(P15_1) Días de uso a la semana Alcohol	Correlación de Pearson	.251*	1
	Sig (bilateral)	.013	
	N	96	96
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).			

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

En la tabla anterior se aprecia que existe una correlación positiva, es decir, es estadísticamente significativa la relación entre las variables que se señalan en la tabla 20 con un nivel de significancia de 0,013, lo que demuestra que existe una relación entre la edad en años y los días a la semana que consumía alcohol de forma problemática. En este caso se concluye que las personas a mayor edad consumen más días a la semana alcohol de forma problemática.

Tabla nº 21

Correlación entre la distancia recorrida y la asignación de citas  
IAFA San José, 2017

		(P27) La asignación de citas representa un problema para usted	(P31) Cómo considera la distancia recorrida
(P27) La asignación de citas representa un problema para usted	Correlación de Pearson	1	.211*
	Sig (bilateral)		.012
	N	143	142
(P31) Cómo considera la distancia recorrida	Correlación de Pearson	.211*	1
	Sig (bilateral)	.012	
	N	142	143
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).			

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Para el caso de la correlación entre la distancia recorrida y el problema que puede representar la asignación de citas, los resultados dan cuenta de una correlación positiva ya que el nivel de significancia fue de 0,012 lo que indica una correlación significativa.

Tabla nº 22

Correlación entre el dinero gastado en transporte y otros y la asignación de citas, IAFA San José, 2017

		(P27) La asignación de citas representa un problema para usted	(P33) Cuanto dinero tuvo que gastar para venir a la cita de hoy
(P27) La asignación de citas representa un problema para usted	Correlación de Pearson	1	.206*
	Sig (bilateral)		.014
	N	143	142
(P33) Cuanto dinero tuvo que gastar para venir a la cita de hoy	Correlación de Pearson	.206*	1
	Sig (bilateral)	.014	
	N	142	143
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).			

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Se determinó que existe relación entre el dinero gastado por una persona y si la asignación de citas representaba un problema, se logró constatar una correlación significativa de 0,014, es decir, menor a 0,05.

## **6.7 Análisis de las entrevistas semi-estructuradas aplicadas a los profesionales que atienden en el servicio ambulatorio del IAFA.**

El proceso de análisis de las entrevistas semi-estructuradas se elaboró con base en criterios que se establecieron previamente.

Esas preguntas que se formularon a los profesionales deben ser complementarias con las respuestas que se obtuvieron de los usuarios de seguimiento encuestados en el IAFA.

La primera pregunta se refiere a las problemáticas que plantearon las personas que utilizaban el servicio de tratamiento.

### **1. ¿Cuáles o bien qué tipo de problemas presentan las personas que más utilizan este servicio de tratamiento? Comente por favor.**

Los profesionales entrevistados (psicología y medicina), contestaron que para ellos las problemáticas que presentan las personas que asisten a tratamiento se relacionan principalmente con aspectos económicos y de pobreza. Esta respuesta es congruente con las que brindaron los usuarios. Las respuestas en los tres casos indican un acuerdo en esa dirección.

La segunda pregunta se relaciona con las principales drogas que consumen las personas que asisten a tratamiento. El interés o propósito de esta pregunta se refería a obtener o captar un perfil de las personas que buscan ayuda para las problemáticas que se asocian con el consumo de sustancias psicoactivas y así determinar si el consumo de ciertas sustancias se relaciona con los factores de vulnerabilidad para el acceso. En ese sentido la pregunta que se planteó fue:

### **2. ¿Cuáles son las drogas de mayor consumo que expresan emplear las personas que solicitan tratamiento? Comente por favor.**

Las respuestas que se obtuvieron muestran correspondencia entre los profesionales y las que se habían detectado por parte de los usuarios. Esto debido

a que en los tres casos más relevantes entre los usuarios las principales drogas que mencionaron fueron el alcohol, la cocaína y la marihuana.

Consecuentemente, este señalamiento concuerda con los resultados de la encuesta, ya que mostraron los mismos resultados, o sea que se mencionaron estas tres sustancias como las principales para las cuales los pacientes solicitan tratamiento. En este caso se aprecia que existe un consenso de ambas partes de referir estas drogas como las que causan mayores incidencias atencionales.

La tercera pregunta aborda el tema referido a las problemáticas de las personas para asistir a las citas. El interés principal fue determinar el factor de vulnerabilidad que se pudiera relacionar con el incumplimiento a las citas.

**3. ¿Explique por favor los problemas o impedimentos (problemáticas) que indican las personas que les dificulta poder acudir a las citas de seguimiento?**

Las respuestas se enfocaron en aspectos laborales y económicos: no daban permiso en el trabajo, lo laboral, falta de dinero y permiso en el trabajo. Esta opinión de los responsables se basa en la experiencia que han acumulado del trato directo con los usuarios, ya que se aprecia una concordancia en las respuestas de los tres profesionales con la que brindaron en su momento los usuarios.

Con respecto a la cuarta pregunta, esta se refería o abordaba el tema de la época o los periodos donde llegan más pacientes para ser atendidos.

El objetivo de esta pregunta fue ampliar la información con respecto a qué periodos del año se ve más afluencia de personas en los servicios de asistencia. Desde esa perspectiva se pueden evidenciar las posibles estrategias que se pueden seguir para abordar esta característica (la estacionalidad del servicio, necesaria para la programación operativa del servicio atencional del IAFA).

**4. De acuerdo con su percepción ¿cuál es la época (mes o periodo del año), cuando se presenta la mayor cantidad de pacientes, qué factores influyen en este suceso, según su opinión?**

Las respuestas evidencian claramente los periodos de asistencia de los usuarios, ya que todos apuntaron a meses específicos y fechas del año de mayor cantidad de afluencia de usuarios. Se determinó por parte de los entrevistados que el mes de enero, el fin de año y después de la Semana Santa, eran los periodos detonantes que inciden en la mayor concurrencia de personas al IAFA en busca de tratamiento. Estas fechas son culturalmente significativas y de transcendencia popular, ya que en ellas se da un consumo excesivo de alcohol y de otras manifestaciones o situaciones que trascienden el interés de esta investigación.

La quinta pregunta se relaciona con aspectos administrativos y logísticos referidos con la prestación del servicio atencional a los usuarios drogodependientes, específicamente en cuanto a la asignación de horarios de cita.

**5. ¿Considera usted que los horarios de atención a las personas se adecuan a la cantidad o afluencia de personas que acuden a consulta?**

En este caso las respuestas de los participantes en la entrevista tuvieron la misma particularidad, es decir, existe una coherencia en cuanto a la percepción de los responsables que atienden a los pacientes. De acuerdo a los principales aportes, en los tres profesionales el punto central fue asegurar que los horarios no se adecuan a las necesidades de alguna de la población necesitada, ya que se indicó que en algunos casos los pacientes que trabajan aseguraban que el horario no les servía.

Al comparar estas respuestas con las de la mayoría de los usuarios, estos se enfocan en destacar la preferencia por las citas matutinas. A pesar de que la mayoría de los encuestados aseguraron que no había problemas en los horarios, los profesionales por el contrario en algunos casos sí visualizan problemas sobre todo para la población que tiene horarios de trabajo, lo cual también se pudo

constatar al determinar que la mayoría de las personas que prefirieron horarios matutinos eran personas no asalariadas.

Asimismo, los funcionarios también se refieren a una alternabilidad en los horarios de atención que les permitan brindarles una mejor accesibilidad a los usuarios.

Respecto a la sexta pregunta, esta obedecía a la inquietud investigativa de establecer el número promedio de usuarios que llegan al servicio de tratamiento ambulatorio con medidas impuestas o con bien con algún tipo de problemas judiciales, ya que era importante establecer si esas condiciones también representaban alguna barrera de accesibilidad.

#### **6. ¿Qué cantidad en promedio de personas con problemas judiciales asisten a la consulta de tratamiento?**

Según los profesionales, el número estimado de las personas que tienen problemas con la ley ronda el 10 %. Es curioso acotar que esta apreciación porcentual subjetiva de los profesionales concuerda con la estimación que proporcionaron los usuarios, ya que en la mayoría de los casos esta población de seguimiento no contaba con problemas judiciales.

Estos mismos funcionarios expresaron que no es cierto que las personas con problemas psico-sociales asociados con el consumo de drogas, estén vinculados o relacionados con el infringir la ley o bien con otro tipo de delitos judiciales.

Con respecto al séptimo interrogante formulado a los profesionales, con el fin de comparar las respuestas que brindaron los usuarios en relación con los problemas que algunos de ellos perciben por residir en zonas alejadas a la sede del IAFA donde se les cita para tratamiento, se les formuló una pregunta similar a la que se le presentó a los profesionales que les brindan atención. Todo esto con el fin de establecer algún tipo de similitud en la percepción de los problemas o si existía una dimensión diferente de percibir esta problemática (residir en zonas alejadas) como determinante para asistir al cumplimiento de las citas

programadas. Se apreció que tanto ambos grupos consultados (profesionales y usuarios) tenían una percepción parecida respecto a esta coyuntura residencial (vivir alejado del IAFA), como un determinante problemático.

**7. ¿Sabe usted cuántas personas residentes de zonas muy alejadas asisten a consulta y cuáles problemas han expresado ellas como limitantes para viajar desde estos lugares al IAFA para consulta o recibir tratamiento?**

Las respuestas que expresaron los profesionales fueron similares y concordantes con las que plantearon los usuarios. Es decir, problemas con el trabajo, la falta de dinero para desplazarse, carencia de buses o malos caminos, horarios que dificultan acceder a las citas. Según se aprecia, existe concordancia con las respuestas de los profesionales y las personas enfermas que buscan el servicio asistencial.

La octava pregunta que se formuló se enfocaba en indagar respecto a la calidad, tipo o preferencia atencional que el IAFA brinda al usuario según el sexo. Se recabó información que permitió aclarar que el IAFA no establecía preferencia atencional ni para hombre ni para mujeres.

**8. ¿Qué cantidad de población asiste a la consulta de seguimiento según sexo? ¿La diferencia es mucha?**

En efecto se determinó que los hombres constituyen la mayoría de la población que acude a atención al IAFA, al comparar la cantidad de personas que fueron atendidos en el año 2015, el 73 % fueron hombres mientras que las mujeres fueron 27 %, en el año 2016 la tendencia subió a favor de las mujeres ya que 70% fueron hombres y 30% mujeres (IAFA, 2016). Sin embargo, los entrevistados aseguraron que ha ido en aumento las atenciones a las mujeres. Esta información es consecuente con lo que se observó en la población muestreada, ya que se aprecia que un número relativamente significativo de mujeres también acude a recibir atención del IAFA. Asimismo, uno de los entrevistados señaló que las mujeres tienen mejor adherencia (constancia o



identificación) al tratamiento, por lo que este hallazgo es importante de destacar y de darle seguimiento investigativo.

Sobre este hecho, es de destacar por parte de los profesionales responsables de la atención especializada que las mujeres han empezado a consumir otras sustancias que antes no lo hacían.

La novena pregunta corresponde a un conjunto (o *set*) de interrogantes que tenían como objetivo indagar acerca de la adherencia al tratamiento por parte de los usuarios y brindar una mayor capacidad de respuesta a la pregunta anterior, con el fin de complementar las respuestas de los usuarios y tener un panorama más claro de este factor de vulnerabilidad.

Las preguntas específicamente fueron:

**9. ¿Cómo describiría la adherencia de las personas al tratamiento terapéutico? ¿Favorece la atención la adherencia? ¿Cuántos pacientes terminan los tratamientos? ¿En qué porcentaje se estima la asistencia a las citas?**

Las respuestas expresadas por los profesionales señalan cierta correspondencia pues destaca que, en términos generales, es baja la adherencia al tratamiento por parte de algunos usuarios.

Las razones que dan los profesionales para brindar esta aseveración se basan en el hecho de que los problemas económicos son los que aparentemente tienden a inclinar esta baja incidencia. Además, se puede atribuir esta baja adherencia a la estigmatización que sufren las personas que se les otorga por medio de ciertos tratamientos o bien a la falta de interés o de importancia que el paciente le otorga al tratamiento que oferta el IAFA.

También hace mención de que, si se mejorara la empatía y el trato institucional en algunos casos, también se lograría mejorar la adherencia al tratamiento. Esta es una afirmación importante de recalcar ya que la han mencionado incluso los pacientes al afirmar que se sienten bien con el trato recibido en el servicio de tratamiento ambulatorio.

Es importante destacar que mucho del éxito en los tratamientos tiene que ver con la calidad del trato de los actores que atienden a los usuarios vis a vis de las expectativas de los usuarios. Esta empatía entre uno y otro segmento poblacional es importante para augurar el éxito o fracaso del esfuerzo institucional terapéutico como el que oferta el IAFA. Los usuarios acuden al IAFA en busca de respuestas positivas a sus males y si no hay ese clima de empatía en el personal que ofrece ese servicio, lógicamente el usuario desiste de acudir o persistir en ese servicio o bien recurrir a las citas que la Institución le conceda.

La décima pregunta hace referencia al tipo de población (de usuarios) más afectada por las fallas institucionales inherentes a la manera como el IAFA presta sus servicios a una población de drogodependientes que viven cerca y lejos de la sede de ese Instituto. Es importante en este sentido tomar en consideración la oferta de los horarios de atención a las personas bajo esas consideraciones de residencia/lejanía.

**10. ¿En su opinión cual es la población que se ve más afectada con la prestación de los servicios? ¿Por qué?**

Para esta pregunta las respuestas tienen mucha homogeneidad, ya que los participantes coinciden en expresar que la población trabajadora es la más afectada por los horarios existentes o en vigencia. Además, las condiciones laborales impiden que en muchas ocasiones los usuarios puedan mantener el seguimiento y esto propicia que se presente un alto incumplimiento de las citas y por ende nuevos problemas asociados al consumo o bien reincidencia.

En cuanto a la pregunta undécima, el objetivo que se identificó con esta pregunta se centraba en explorar desde el punto de vista de los terapeutas las motivaciones que tienen o manifiestan los usuarios para permanecer en la atención terapéutica o tratamiento ambulatorio.

**11. ¿Cuáles motivaciones o manifestaciones han expresado las personas que usted considera tienen mayor interés por continuar con el tratamiento terapéutico?**

La información que se recabó de las respuestas que emitieron los profesionales tratantes, indican que, entre las motivaciones o manifestaciones de continuar con el tratamiento terapéutico, el entorno familiar y el apoyo que este grupo primario brinda son de primer orden y básico para continuar. Además, algunas razones laborales inciden en la permanencia en el tratamiento. Estos dos contextos (el familiar y el laboral), inciden en que las personas busquen ayuda y que quieran mantenerse en el tratamiento. De acuerdo con esta misma reflexión, los pacientes parecen expresar que ellos buscan mantenerse en concordancia con la tónica del servicio que oferta el IAFA y así alcanzar la meta propuesta.

Con respecto a las últimas preguntas enmarcadas en el número duodécima, la información que se esperaba recabar se relacionada con el establecimiento de mejoras institucionales en la accesibilidad al tratamiento.

**12. ¿Cuáles recomendaciones daría usted para favorecer la accesibilidad del tratamiento terapéutico a las personas que acuden al IAFA?**

**¿Cree que existe algún tipo de discriminación hacia los pacientes o que ellos mismos se han “marginado”?**

El eje central de las respuestas se basó en algunos factores intrínsecos a la manera misma de establecer o fijar horarios, como a otros factores extrínsecos como aquellos que tienen que ver con el tiempo, disponibilidad y empatía que el usuario manifiesta con respecto a esos horarios. En este contexto temporal no puede dejarse de considerar también la mayor participación de los pacientes en ciertas actividades como talleres y el evaluar el nivel de ausentismo.

Asimismo, se plantea que en el futuro próximo se pueda considerar la posibilidad de aumentar la presencia u operatividad de estos servicios en otras regiones. Estas respuestas evidencian que las interrogantes a tomar en cuenta en la propuesta de mejoras deben ser acordes con las correspondientes medidas y mejoras administrativas que deben acompañar estas mejoras operativas.

A continuación, se presentan en tablas resumen el conjunto de los principales resultados que se obtuvieron del instrumento aplicado a los usuarios.

*Tabla nº 23*

Resumen de los principales aspectos sobre el consumo de drogas valorados por los usuarios, IAFA, 2017

<b>Variable</b>	<b>Droga</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Droga por la que está recibiendo tratamiento	Alcohol	85	58,6
	Tabaco	46	31,7
	Marihuana	52	35,9
	Cocaína	41	28,3
	Crack	39	26,9
	Otras drogas	14	9,7
Edad de inicio del consumo de cada droga	<b>Droga</b>	<b>Edad Media</b>	<b>Edad Modal</b>
	Alcohol	15,3	14
	Tabaco	15,0	14
	Marihuana	15,4	14
	Cocaína	18,5	18
	Crack	21,9	20
Número de días en que consumía cada sustancia	<b>Droga</b>	<b>Promedio</b>	<b>Día Modal</b>
	Alcohol	4,7	7
	Tabaco	6,1	7
	Marihuana	5,9	7
	Cocaína	5,1	7
	Crack	5,1	7
	Otras drogas	5,1	7

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Tabla nº 24

Resumen de los principales aspectos de la atención valorados por los usuarios, según sexo de los encuestados, IAFA, 2017

Factores valorados	Sexo	Valoración	Valor relativo
Amabilidad y cortesía	Hombre	Mala	1,1
		Regular	14,8
		Buena	84,1
	Mujer	Mala	1,7
		Regular	6,9
		Buena	89,7
Compromiso personal del	Hombre	Mala	1,1
		Regular	14,8
		Buena	84,1
	Mujer	Regular	3,4
		Buena	94,8
Claridad de las explicaciones	Hombre	Mala	4,5
		Regular	13,6
		Buena	81,8
	Mujer	Regular	12,1
		Buena	86,2
Posibilidad de opinar	Hombre	Mala	5,7
		Regular	13,6
		Buena	80,7
	Mujer	Mala	1,7
		Regular	12,1
		Buena	84,5
Confianza que le dan los profesionales	Hombre	Mala	5,7
		Regular	6,8
		Buena	87,5
	Mujer	Regular	5,2
		Buena	93,1

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Tabla nº 25

Resumen de los principales resultados respecto a la atención  
recibida según valoraron los encuestados, IAFA, 2017

<b>Variables analizadas</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor relativo</b>
Atención de acuerdo a la disciplina profesional	Psicología	58,9
	Medicina	46,6
	Trabajo Social	21,2
Indicadores de tratamiento	Ha recibido tratamiento en otros centros	45,2
	Terminar los tratamientos	21,2
	No terminar los tratamientos	24,0
Indicadores según variable citas	Promedio de asistencia citas Hombres	15,3 citas
	Promedio de asistencia citas Mujeres	13,9 citas

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

Tabla nº 26

Resumen de los principales resultados de los factores geográficos valorados por los encuestados, IAFA, 2017

Variable Analizada	Respuesta	Valor relativo
Valoración de la Distancia	Muy corta	4,1
	Corta	21,9
	Intermedia	35
	Larga	24,0
	Muy larga	15,1
Valoración del Tiempo	Menos de 30 minutos	17,8
	Entre 30 y 1 Hora	27,4
	De 1 hora a Menos de 2 horas	28,8
	Entre 2 horas a menos de 3 horas	17,8
	Más de 3 Horas	6,2
Estimación del Dinero	Menos de 1000	26,6
	Entre 1000 y 2000	32,2
	Entre 2000 y 3000	15,4
	Entre 3000 y 4000	9,8
	Más de 4000	16
Medio de Transporte	Autobús	63,6
	Manejando su propio vehículo	18,2
	Caminando	16,8
	Taxi	7,0
	Familiar lo trajo	3,5
	Amigo lo trajo	2,8
	Tren	1,4

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados

## 7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El motivo y propósito central de esta investigación fue el de explorar, identificar y describir los factores de vulnerabilidad que inciden en la accesibilidad de los usuarios a los servicios de tratamiento ambulatorio que oferta el IAFA (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia). Este grupo de usuarios se encontraba en seguimiento en la sede del instituto en San Pedro de Montes de Oca.

Los elementos más importantes que se estudiaron se enfocan en medir y examinar los eventos que determinan el acceso de esa población consultante para recibir el tratamiento ofertado por el instituto. Para una mejor comprensión de este propósito heurístico se pueden observar las tablas resúmenes de la 23 a la 26.

Toda esta información que contienen las tablas emanó de los diferentes tipos de submuestras recabadas, las cuales se estudiaron desde diferentes perspectivas. De manera particular, con respecto a la atención proporcionada y recibida por los diferentes usuarios pacientes. Este proceso en su totalidad (oferta y demanda de atención) y su consecuente seguimiento, facilitó también analizar el uso de las diferentes drogas que consumen los pacientes, así como el tipo de tratamiento y atención institucionalizada que se dispensa.

A continuación, se discutirán de manera integral los principales hallazgos de esta investigación. Cabe mencionar que para entender el contexto en que se encuentran los usuarios que acuden al servicio de asistencia se estableció como punto de análisis el consumo de drogas. Esto con el fin de obtener un panorama claro de la manera en que las personas llegan en búsqueda de su tratamiento y las condiciones en que lo hacen. Con el análisis exhaustivo de los resultados de esta investigación se puede manifestar que el alcohol es la droga o sustancia catalogada como principal o motivadora para que los usuarios busquen tratamiento. Según los resultados, el 58.6 % de las personas mencionaron el alcohol como la droga principal que los había impulsado a buscar ayuda y tratamiento ofertado por el IAFA. Asimismo, las características de consumo son



enfocadas al policonsumo, donde se evidenció que las personas consumen varias sustancias al mismo tiempo,

La exposición de problemas que se asocian con el consumo de esta droga (alcohol) es de sumo interés y de preocupación tanto en Costa Rica como en otros países de ALC (América Latina y el Caribe). De manera particular, se destaca que las autoridades universitarias mexicanas relacionan que la mayoría de los accidentes automovilísticos que se presentan en el seno de esta población y en otros segmentos poblacionales de ese país, (sobre todo sucesos o accidentes de índole familiar), se deben o se asocian con el consumo de bebidas embriagantes. El tema del alcohol (como causante de patologías sociales), ha sido desde hace más de una década tema de mucha investigación, tal como lo atestiguan los trabajos adelantados por Mora y Natera, (2001). Por esta razón, las personas de este estudio han experimentado algún accidente, ya que son los eventos más comunes aducidos por la muestra.

De acuerdo con el contenido de lo anterior, parece ser que la edad de inicio en el consumo tanto del alcohol como del tabaco, son los quince años (15). De hecho, estas son las dos drogas de mayor consumo en el país, sin importar el lugar de residencia o bien de otros indicadores sociales. Además, la edad modal se mantiene en 14 años, lo cual es consecuente con los resultados de estudios en el ámbito americano (Observatorio Proyecto Hombre, 2012). Mientras que para las drogas llamadas ilegales, la edad de inicio se acerca más a los 20 años y una edad modal que es superior o sea a los 18 años.

Cinco días en promedio es el tiempo que expresan los consumidores que gastan en el consumo de las drogas por las cuales reciben atención terapéutica en el IAFA. Al considerar los datos respecto a la mayoría de personas de la muestra, se evidencian problemas importantes del consumo de drogas, es decir, en muchos de los casos las personas que acuden por situaciones problemáticas de consumo de sustancias, lo hacen en un estado avanzado de deterioro, lo que dificulta ese abordaje (OPH, 2012).

El hecho de que, al momento del estudio, aproximadamente la mayoría de los encuestados indicó que consumen drogas los 7 días de la semana, se puede deducir que ese comportamiento puede generar suficiente malestar psicológico y físico como para afectar de manera adversa el funcionamiento biológico y psicológico de cada persona. En adición, por ejemplo, de las personas que indicaron que consumen alcohol, aproximadamente el 70,5 % manifestó que experimentó problemas de consumo problemático, lo cual sugiere que en su mayoría las asociaciones con el consumo terminan en una condición problemática para las personas, es decir, con dificultades que pueden ser en el ámbito social y físico (OPH, 2013).

De los datos que se obtuvieron se evidencia que uno de los principales factores de riesgo de la persona que tiene características de consumo problemático, es el tiempo (permanencia efectiva) que ha tenido en ese consumo perjudicial que lo llevo a la dependencia. Consecuentemente, esta característica influye en que se dé un acceso limitado a la atención terapéutica. Al desglosarse la asistencia por género de la población que acude al tratamiento que oferta el IAFA, se puede detectar que tanto hombres como mujeres acuden a esos tratamientos sin preferencia para uno u otro grupo poblacional. El ser hombre o mujer parece que no tiene tanta importancia en cuanto a la asistencia a las citas ya que el porcentaje de hombres que manifestaron que no tenía problemas fue el 69,3 %, mientras para las mujeres fue del 60,3 %. Sin embargo, en ambos grupos existe un porcentaje que manifestó que tenía problemas para la asistencia a las citas, sobre todo la primera vez que acudió, a pesar de que existe investigación sobre los problemas que expresan las mujeres y los hombres para acceder al tratamiento sería un factor a investigar para dilucidar los problemas que se asocian a esta variable de forma más puntual a esta población vulnerable.

A pesar de que la población estudiada expresó que tiene interés de mantenerse en el tratamiento. Sin embargo, existe un grupo heterogéneo de usuarios, que expresa enfrentar problemas para acudir a las citas. No se encontraron resultados de estudios previos que permitan reafirmar este hallazgo,

al considerar esa variable del sexo de los usuarios, con la accesibilidad al servicio institucional y el consumo *per se* de cualquier tipo de droga.

Si se comparan los resultados de este estudio con los que se encontraron en otros estudios realizados en otros países (caso México), en el seno de una población de usuarios de menor edad a la que se hace mención en este estudio la disponibilidad de servicios asistenciales terapéuticos y la accesibilidad a los mismos, se puede expresar que en la realidad costarricense no se está mal. No obstante, es importante estudiar a futuro la presencia de otras variables como las que se mencionan en el párrafo anterior. Esto con el objeto de dimensionar de una manera más efectiva este dilema de la disponibilidad, accesibilidad y permanencia del usuario en el sistema terapéutico institucional (ejemplo IAFA), pues además se conoce que la accesibilidad involucra también otra gama de variables de diversas naturalezas. Toda esta consideración respecto a la disponibilidad se estudió en México para medir la accesibilidad institucional y la de los usuarios al sistema nacional terapéutico (Fajardo, Gutiérrez y García, 2015).

En cuanto al alto porcentaje de prevalencia en el tratamiento por consumo de alcohol en la población estudiada, en comparación con otros estudios epidemiológicos en la población general en Costa Rica, se puede constatar que estos descubrimientos plantean la necesidad de buscar posibles explicaciones que aporten luces al entendimiento del porqué de la presencia de esta alta tasa de prevalencia en el tratamiento por consumo de alcohol. En la presente investigación, cuando se compara el porcentaje de personas que reciben tratamiento por esta sustancia (58,6 %), con otros estudios que se realizaron en el seno de la población general, se destaca que el alcohol es la droga que más situaciones problemáticas genera a las personas que asisten el tratamiento ambulatorio, a pesar que en muchas ocasiones los usuarios la combinan con otras sustancias.

Existe una alta proporción de usuarios que expresan que están satisfechos con la atención que reciben por parte de los profesionales que les brindan asistencia y tratamiento para sus adicciones. Esto es concurrente con

investigaciones que encontraron que uno de los elementos que más incide en la valoración de un servicio de salud es el trato de los profesionales a las personas usuarias, tal es el caso de Chile, donde según la Superintendencia de Salud, los usuarios de los servicios hospitalarios basaron su valoración positiva de acuerdo con el trato que recibieron de los profesionales que les dispensaban tratamiento (Supersalud.cl, 2013). En términos generales, los pacientes al estar en condición de vulnerabilidad lo que esperaban era un trato digno, adecuado y cortés. En fin, cuando las personas se encuentran en un escenario que les hace sentir vulnerabilidad, lo mínimo que esperan es recibir un trato que les genere confianza para así buscar solución a su problema. Esta situación o característica sociocultural es también consistente con los resultados que se derivan de esta investigación, al mostrar una valoración positiva en todos los espacios de atención institucional brindada por el IAFA. Esta observación da motivos para suponer que los pacientes de alguna manera esperan obtener buenos resultados en lo atinente a su dependencia u adicción.

Asimismo, de los datos que aporta la presente investigación, se puede apreciar que las mujeres manifiestan mayor satisfacción que los hombres respecto al trato que reciben de los profesionales que los atienden, lo cual se convierte en otra posible explicación para entender la mayor cantidad de mujeres que se mantienen en tratamiento.

Las mujeres consumidoras de sustancias se encuentran en una situación de vulnerabilidad y esto puede originar que valoren de mejor manera el trato que reciben. El hecho fehaciente es que una persona adicta o consumidora de drogas se ubica en una situación de exclusión social y por ende tiene mayor vulnerabilidad. Un ejemplo claro lo cita El Shafi (2013) al estudiar jóvenes españoles, donde se evidencia que para las mujeres el consumo de drogas es un factor de vulnerabilidad debido a la exclusión social. De ahí que se aprecie el recibir tratamiento para minimizar, aliviar o erradicar el consumo de sustancias. En la presente investigación, se pudo apreciar que un porcentaje sustancial de

hombres y de mujeres drogodependientes expresaron una opinión favorable respecto al trato dispensado por los profesionales que les brindaban tratamiento.

En fin, el servicio terapéutico ambulatorio del IAFA se puede catalogar como un servicio bien valorado por las personas que lo usan. En otro estudio que se llevó a cabo en España se pudo apreciar que unas de las particularidades de esas opiniones positivas se relacionaban con la adherencia terapéutica. En otras palabras, la valoración positiva de los usuarios respecto al servicio recibido está directamente determinado por la valoración positiva que los usuarios expresan de los terapeutas que los tratan (Gonzalvo, 2011). Un hallazgo de este estudio español evidenció que un alto nivel de satisfacción positiva percibida por parte de las personas se relacionaba con una plena identificación con las bondades del servicio ofertado, pero mucho más dicente con el trato dispensado por los terapeutas. Por otro lado, el bajo nivel de respuesta negativa que se detectó se centraba en torno al poco o negligente apoyo o trato que los usuarios percibían de los profesionales en salud que los atendían.

El 45,2 % de los encuestados de la presente investigación aseguró que si ha recibido tratamiento en otros centros diferentes al IAFA. Es decir que, en términos generales, la población estudiada de drogodependientes, por sus condiciones de enfermos adictivos, utiliza los servicios de atención terapéutica existentes. Además, se constató que un elemento que se acepta oficialmente en lo atinente a la no permanencia del paciente en el tratamiento se debe en gran parte a la abstinencia (Gonzalvo, 2011), es decir, los programas basados en detener el consumo por completo de las personas. Consecuentemente con esta situación hay una tendencia a las recaídas, por lo tanto, no es de extrañar que las personas busquen en muchos casos diferentes modalidades terapéuticas o que nuevamente ingresen a los centros previos de atención. En la mayoría de los casos y según los resultados que se obtuvieron, las personas buscan servicios residenciales. El 27,8 % lo hace en Organizaciones no Gubernamentales (ONG) de modalidad residencial.

Es importante recalcar que el corte de edad que compone este estudio son adultos, es decir, de acuerdo a la legislación nacional son personas mayores de 18 años. Son de hecho personas en diferentes grupos etarios y en su mayoría acuden regular y puntualmente a las citas. Por lo general, en el caso de los más jóvenes, su asistencia está condicionada a la compañía de un familiar o una persona mayor de edad, los cuales fueron factores que se tomaron en cuenta a la hora de plantear la investigación. Además, por ser poblaciones vulnerables, los recursos que se ofertan de tratamiento y de salud en general, están condicionados y regulados legalmente, por obvias razones. Caso contrario acontece con la población adulta, pues el recibir o no tratamiento es una cuestión de decisión voluntaria principalmente.

En la misma investigación se pudo evidenciar que existen de facto algunas barreras que afectan la accesibilidad al tratamiento por parte de los pacientes. En efecto, tanto hombres como mujeres, expresaron que el ausentarse del trabajo es un factor o impedimento determinante para no asistir al tratamiento (accesibilidad). En términos generales, 25 % de los hombres señalaron este factor como determinante para acceder a sus tratamientos, mientras que solamente 12.1 % de las mujeres lo manifestaron como crucial.

La frecuencia de las citas es un tema importante en la discusión del presente trabajo, ya que según se pudo constatar el tiempo promedio entre una cita y la siguiente tarda por lo menos un mes. Es decir, la periodicidad entre una cita y la otra resulta ser un determinante para incentivar la permanencia del paciente en el tratamiento. En ese sentido, este factor de vulnerabilidad en relación con la frecuencia de las citas asignadas tiende a generar menos impacto en la accesibilidad de las personas al tratamiento, al ser una frecuencia de modalidad periódica.

También es de destacar que existen otros factores que se asocian con la accesibilidad y directamente con algunos aspectos económicos y geográficos identificados directa o indirectamente con el sujeto que busca tratamiento. Hay que recordar que los elementos que se plantearon para establecer las relaciones

de acceso a los servicios de salud fueron: aquellos que se relacionan con la distancia, el dinero gastado (pasaje) y el medio de transporte que se utiliza para el desplazamiento hacia el lugar de la cita (IAFA).

En esta investigación se encontraron diferencias significativas entre las personas que manifestaban distancias cortas con respecto a los que indicaron distancias intermedias, aunque la mayor parte de la población se identificó con distancias intermedias y largas. En los siguientes hallazgos se comprueba que en el caso del tiempo y del dinero, los usuarios alegan que tardan entre 30 minutos a menos de 2 horas, lo que indica una coherencia con las distancias intermedias tal y como lo denomina Ramírez (2003) como accesibilidad espacial, temporal y económica, estudio que se realizó en Argentina, en el que se analizó la accesibilidad a los centros de salud al considerar esas variables.

En cuanto al dinero, el promedio de gasto se ubicó en 1000 a 2000 colones ya que el medio de transporte que utilizan por excelencia es el autobús. Se dice que más de la mitad de las personas encuestadas viajan en este medio de transporte (referencia), aunque hay un grupo importante de personas que utilizan su vehículo particular, mientras que otro grupo de personas se moviliza combinando varios medios de transporte. Asimismo, se evidenció que una parte importante de la muestra señaló que el tener dinero o efectivo es determinante para acudir a las citas. Se menciona también que solo el 52.8 % de la muestra estudiada tiene alguna posibilidad de ingreso. Este señalamiento o limitante es un factor *per se* de vulnerabilidad para este grupo de personas necesitados de tratamiento.

En relación con el lugar de procedencia, más del 70 % de la muestra encuestada aseguró que al momento de acudir a la cita lo hacía desde su hogar o lugar de residencia familiar. Este comportamiento está a tono con las experiencias que se registraron en otros estudios, en los que las personas con problemas de drogadicción persisten en el tratamiento terapéutico siempre y cuando exista el interés propio del paciente por lograr mejoría a su enfermedad y por el apoyo que les brindan sus familiares que residen con el paciente en un hogar, tal es el caso

de pacientes con adicción al cannabis por ejemplo. En definitiva, el hogar es un factor determinante y motivador para que las personas con alguna patología o enfermedad se sientan respaldados y protegidos para acudir a las citas y afrontar el tratamiento (Becoña, 2012).

Para asistir cómodamente a las citas y desde el punto de vista administrativo, se identificó un alto porcentaje de personas que refieren que su atención sería mejor en horarios de la mañana, lo que resulta un hallazgo interesante ya que la diferencia con respecto a ser atendido en horario de la tarde es mucho menor. Esto puede estar relacionado con el hecho de que la mayoría de personas proceden de su casa a la hora de asistir a las citas, por lo que la accesibilidad en los horarios se prefiere en el turno de la mañana. Asimismo, otro tema importante es lo que respecta a la información y según los resultados de este estudio, los usuarios obtienen información principalmente de algún familiar que lo motiva a buscar ayuda, así como también por la participación de algún conocido, aunque los medios televisivos y la línea de orientación del IAFA no generan impacto en la decisión de recibir la atención terapéutica. Entre los principales factores que pueden explicar la accesibilidad se encuentra el elemento de la atención a través del nivel de satisfacción, en ese sentido y términos generales, los usuarios de los servicios de asistencia ambulatoria manifestaron estar satisfechos en todos los aspectos relacionados a la pregunta de satisfacción del servicio.

Por lo general, las personas que experimentan problemas que se asocian al consumo de sustancias reconocen que su salud está afectada, lo cual es producto de un conjunto de factores que pueden también interferir en la accesibilidad referida con la atención terapéutica o la asistencia ambulatoria. Esta situación puede tener efectos directos e indirectos en lo que se refiere a la capacidad de la atención del servicio de maximizar su potencial. La presencia de diversos factores sociales, administrativos, económicos y geográficos influyen en la salud mental de los usuarios por medio de la accesibilidad al tratamiento.



De ahí que la institución oferente del servicio terapéutico desempeñe un papel importante a través de los servicios integrales que ofrece a la población. Esta investigación corrobora hallazgos que se expusieron anteriormente en otras investigaciones en países como Argentina. Estos hallazgos se relacionan con la equidad y acceso al tratamiento (ver Jeifetz y Tajer, 2010). Estos hallazgos a la vez permiten visualizar la importancia que puede tener para un paciente el acceso al tratamiento para generar una adaptación al cambio.

Es necesario destacar que los resultados de esta investigación se deben adjudicar a la población que asiste a seguimiento, es decir, la muestra que se utilizó en este estudio es representativa para este grupo de la población. Por otra parte, se utilizaron criterios de exclusión para la muestra seleccionada, en los que no se tomaron en cuenta las personas que llegaban por primera vez, por lo tanto, no se puede llegar a afirmaciones generales para todo el universo de los usuarios.

Los resultados informativos emanados de la investigación, son de utilidad para las instituciones universitarias que directa o indirectamente ofrecen ayuda psicológica, entrenamiento a los consejeros profesionales y a los grupos de apoyo interdisciplinarios. Además, los mismos resultados pueden servir para que esas mismas instituciones u otras, puedan mediante ese acerbo de conocimientos mejorar la calidad de vida de los pacientes que buscan tratamiento y mejoras en su la calidad de vida, de manera particular los estudiantes adultos universitarios.

## 8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El capítulo que a continuación se presenta expone las principales limitaciones que se evidenciaron al hacer la investigación sobre los factores de vulnerabilidad que influyen en la accesibilidad a los servicios de tratamiento ambulatorio en el IAFA.

- **La población de estudio:** en primera instancia, la población de estudio se seleccionó a partir de criterios de inclusión, por lo que los hallazgos no se dimensionaron para toda la población que recurre a los tratamientos ambulatorios. Se debe recordar que la investigación es de tipo no probabilística por lo que los resultados aplican directamente para los usuarios de seguimiento y no para personas de valoración o desintoxicación. Por otra parte, la población menor de edad no se incluye en la investigación, lo que limita las conclusiones a todo el universo de posibles usuarios.
- **Tamaño de la muestra:** de acuerdo con los criterios para el cálculo de la muestra, el número de unidades que se calculó estaba acorde a la población que utiliza los servicios de tratamiento. Sin embargo, hay que tener en cuenta que según se encontró en la investigación existen periodos del año donde más población acude a recibir tratamiento, por lo que en algunos casos existieron meses con diferencias de hasta 100 % más pacientes con respecto a otros y esto es un aspecto de evaluar un tiempo extenso en la recolección de datos y no tres meses.
- **La falta de investigación sobre el tema:** en ese sentido se puede mencionar que no se encontraron investigaciones que se relacionaran propiamente con la accesibilidad a los servicios de tratamiento sobre drogas en Costa Rica. A pesar de que se encontraron informes sobre infraestructura de salud, el tema de

drogas es menos claro con respecto a los servicios de drogas. Este aspecto limitó las referencias puntuales al país para comparar con los resultados que se encontraron en esta investigación. Es importante destacar que abordar una limitación de este tipo puede ser un punto de partida para identificar nuevos estudios sobre el tema en investigación.

- **Algunas variables pueden explotarse más:** al ser un estudio que abarcó variables de tipo geográficas que se analizaron en algunos casos desde la percepción de los usuarios, no se incluyeron algunas mediciones que podrían dar otros aportes sobre elementos precisos sobre la accesibilidad a los servicios de tratamiento.
- **Población con alguna discapacidad y adultos mayores:** con respecto a estos dos grupos de la población, y de acuerdo a los objetivos de la investigación, es importante mencionar que no se obtuvieron resultados a profundidad que pudieran evidenciar características particulares con respecto a la accesibilidad al tratamiento para problemas por consumo de drogas. Más allá de la literatura consultada donde se menciona la importancia de tomar en cuenta esta población en las diferentes investigaciones en salud.
- **Investigación transversal:** debido a la naturaleza transversal de la presente investigación, las aseveraciones que se hacen son para un momento y tiempo limitado. Asimismo, limita la capacidad predictiva de las variables en relación con las drogas que se analizaron. Por esto, sería necesario ampliar este estudio con otros desde un punto de vista longitudinal, que permitan ampliar que los factores que se analizaron son vulnerables al acceso al tratamiento partiendo de los hallazgos encontrados. Por otro lado, cabría también señalar que esta investigación se centró fundamentalmente en variables personales generales.

A pesar de estas limitaciones y al tenerlas en cuenta, los resultados que se presentan en el estudio, se realizan aportaciones interesantes que permiten explorar los factores de vulnerabilidad en la accesibilidad al tratamiento para problemas por el consumo de drogas que no estaban claros para la población investigadora.

## 9. CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las principales conclusiones a partir de la investigación que se llevó a cabo.

La presente investigación partió de la premisa de establecer como punto central el parecer de las personas que asistían tratamiento ambulatorio para abordar sus problemas por el consumo de sustancias psicoactivas. La importancia de tomar en cuenta a la población usuaria de los servicios asistenciales le dio un valor añadido al trabajo elaborado. En ese sentido, los resultados obtenidos mostraron aspectos que habían sido poco estudiados en esta temática en Costa Rica, especialmente cuando se incluyeron a los actores directos, en este caso los usuarios de los tratamientos. Desde esta perspectiva es importante mencionar que:

a. Entre las características demográficas y socio-económico de las personas que se encuestaron que afectan el acceso a los servicios de tratamiento ambulatorio del IAFA se destaca la edad de inicio del consumo, el patrón de consumo de varias sustancias y la incidencia de disponer de ingresos económicos mensuales para acceder al tratamiento:

Con respecto a la edad promedio de inicio del consumo de sustancias (alcohol, tabaco y marihuana) fue de 15 años, con una moda de 14 años. Esta moda es más baja de la que se reportó en otros estudios referidos a una población nacional. Se destaca que a una menor edad de inicio en el consumo de drogas (de cualquier naturaleza), favorece la presencia u ocurrencia de mayores problemas asociados o de mayor espectro al consumo de sustancias. No es de extrañar que las personas usuarias sean una población con muchas problemáticas asociadas al consumo.

La mayoría de los usuarios encuestados reportaron consumo regular de varias sustancias o drogas. Sin embargo, expresaron que le dan importancia a la asistencia para el tratamiento por consumo de bebidas alcohólicas, igual o menor atención le dispensan al tratamiento para el consumo de la marihuana y el tabaco.

El patrón de consumo es muy frecuente, prevalece el consumo semanal de sustancias psicoactivas de 5 días y una moda de 7 días, características que se establecen para personas que tienen dependencia u adicción a una determinada sustancia. Es decir, al ser una población que se encuentra en tratamiento se puede asegurar que el problema que presentan en relación con las sustancias los hace ser candidatos a ser diagnosticados con dependencia u adicción.

Ese patrón de consumo de las diferentes sustancias es consecuente con las cantidades que reportaron, por lo que se evidencia que las personas consumen sustancias de forma constante y en cantidades que generan muchas problemáticas. Esta característica confirma que las personas acuden al tratamiento ambulatorio para buscar solución a esta problemática, en muchos casos de forma inmediata e incluso única, lo que evidencia un desconocimiento de la enfermedad como tal, ocasionando otras problemáticas como la desconfianza al tratamiento.

Por otra parte, un grupo importante de los usuarios encuestados manifestaron que eran trabajadores asalariados. El 40,4 % de ellos reportó ingresos mensuales menores a los 50.000 colones, lo que se considera (el monto) como un factor de vulnerabilidad social que afecta su acceso a la atención ya que en muchos casos los mismos pacientes indicaron que esos ingresos no cubren las necesidades básicas.

**b.** La prestación del servicio de tratamiento ambulatorio que se le brinda a la población (por medio del IAFA), con problemas de consumo se realiza vía las citas terapéuticas que programa el IAFA para cada tipo de pacientes con dependencia u adicción. En este sentido, se destacan los problemas que se asocian con la frecuencia de las citas que se le asigna a cada paciente, la asistencia a las citas programadas, pero sobre todo la manera como se da el trato por parte de los profesionales a los usuarios que concurren a las citas.

Debido a la complejidad de la situación adictiva de cada paciente, la mayoría de las personas que acuden a las citas tienen un plan de trabajo terapéutico asignado por el profesional respectivo según su situación de consumo.

O bien, por lo general, se atiende por un grupo de profesionales del área de la salud o por otras disciplinas o especialidad a cargo. Esto es así, porque la mayoría de pacientes requiere de un abordaje interdisciplinario (psicología, trabajo social y medicina) como parte del programa de tratamiento.

En el caso de usuarios que han estado internados en otros centros de salud u ONG, alrededor de la mitad de los encuestados ha recibido atención en otros centros y un grupo no concluye el tratamiento (24 %), por diferentes razones, lo que favorece la recaída al consumo. Entre las causas que mencionaron que inciden en la ausencia o no asistencia a las citas, expresan que algunos de los pacientes por causas diversas desestiman el tratamiento y tienen dificultades para asistir a las citas. De modo que la recaída por falta de adherencia terapéutica (*rapport*) u otros elementos es un factor de vulnerabilidad que impide el acceso al tratamiento, al ver este factor como un fracaso en la rehabilitación. Para ampliar este punto antes mencionado, los pacientes alegan que una de las metas cuando ingresan a tratamiento es mantenerse en abstinencia total por lo que al presentarse la recaída lo toma como un indicio para dejar el tratamiento.

Por su parte, un grupo importante de los encuestados indicó que tienen problemas de asistir a las citas, para estas personas la falta de interés o problemas para asistir representa *per se* un factor de vulnerabilidad ya que no se aprecia una disponibilidad o esfuerzo para continuar en tratamiento. A la vez es importante profundizar las causas o las circunstancias que limitan la accesibilidad al tratamiento.

La asignación de citas es periódica, la mayoría de las personas asisten por lo menos una vez al mes a tratamiento, ya sea a Psicología, Medicina o Trabajo Social. En este sentido, la frecuencia de las citas es un factor importante para el acceso al tratamiento, cuanto mayor sea la frecuencia, esta genera mayor accesibilidad a la atención. Igualmente es importante indicar que la afluencia de pacientes ha tendido al incremento, por lo que, a partir de este hallazgo, la necesidad de fortalecer los servicios se presenta con mayor fuerza. En ese sentido, se prioriza la calidad del servicio ofrecido.

El trato que brindan en términos generales los profesionales comprometidos con el tratamiento es un elemento importante. En este contexto y en su *modus operandi* resalta que la amabilidad, la cortesía, la posibilidad de opinar y el compromiso del personal se valoraron como sobresalientes en lo que al tratamiento se refiere. En la investigación se destaca que un porcentaje muy alto de la valoración para cada uno de los rubros atencionales por parte los profesionales especializados, se catalogó como buena. Por lo que un punto a considerar en la atención de los pacientes es el trato que les expresan o brindan los profesionales. En términos generales, las mejoras en este rubro, en su capacitación y constante monitoreo es determinante para garantizar el éxito del tratamiento que brinda el IAFA.

La dependencia y la adicción a sustancias psicoactivas requiere de intervenciones puntuales a nivel individual y familiar, en las que se brinde capacitación, habilidades y consejerías para apoyar el proceso de cambio inherente en el tratamiento y rehabilitación. De ahí que una intervención oportuna pueda de cierta manera, contribuir a modificar los patrones de consumo. Para esto se requiere la confianza en la persona que lo atiende, la cual debe generar empatía hacia los usuarios, hecho que fue bien valorado en este trabajo.

c. En lo que respecta a las condiciones de accesibilidad geográfica y económica que experimentan los usuarios (activos y potenciales) a los servicios asistenciales, médicos y terapéuticos que brinda el IAFA, se destacan aquellos que se asocian con el lugar de procedencia y que disponen para asistir a los tratamientos, así como los recursos financieros con los cuales cuente el usuario y sobre todo los horarios de atención que le asignen.

El hogar de procedencia de los pacientes, lo indicaron mayoritariamente por los usuarios (75 %) como determinante para asistir a las citas programadas. Este señalamiento es a todas luces positivo y determinante para la concurrencia a las citas. Esto ya que el apoyo familiar representa para esta población una mejor disponibilidad y apoyo afectivo y de complemento para los procesos de rehabilitación que el IAFA ofrece. La mayoría de los pacientes procedían o vivían



en distancias intermedias. Caso contrario se presentó con aquellas personas que vivían en lugares distantes, por lo que logísticamente era un factor negativo para el desplazamiento de estas personas. De hecho, este elemento evidenció un factor de vulnerabilidad para cierto grupo de las personas encuestadas.

Siguiendo en esa misma línea la mayoría de los usuarios se desplazaron en autobús para recibir la asistencia institucional ofertada por el IAFA. Sólo un pequeño número de personas manifestaron utilizar su propio vehículo para movilizarse al centro de tratamiento. En este sentido se destaca que el tiempo de desplazamiento es un elemento limitante a la accesibilidad del paciente. La distancia recorrida o la que tiene que recorrer el paciente, es un factor vulnerable en la accesibilidad. A mayor tiempo de desplazamiento y mayor sea la distancia a cumplir con la cita, menor será la accesibilidad que disponga el paciente para su tratamiento. Consecuentemente, el factor de vulnerabilidad también se verá afectado en igual medida. La distancia influenciaría en la temporalidad que disponga el paciente para su tratamiento.

El dinero que gasta el paciente en su desplazamiento terrestre o vehicular para asistir a las citas terapéuticas o de tratamiento, representa un factor de vulnerabilidad pues este gasto condiciona la asistencia. En términos generales, este gasto de transporte (pasajes) se situó entre los 1000 a 2000 colones. Por otra parte, se debe mencionar que los ingresos de los encuestados (pacientes), se relacionan directamente con los gastos en transporte o en pasajes que ellos puedan realizar. Esta situación de hecho condiciona la accesibilidad de los pacientes a los servicios ofertados o bien la asistencia a las citas para recibir esos tratamientos. Consecuentemente, para un porcentaje importante de la población estudiada el dinero significa la posible e imperiosa limitación para asistir a las convocatorias de asistencia terapéuticas. Además, se debe mencionar que muchos de los pacientes manifiestan su necesidad de recibir por parte de la institución los pasajes que gastan al acudir a las citas, lo que beneficiaría la asistencia a las mismas.

Los horarios de atención que dispone el IAFA para atender a la población que requiere tratamientos terapéuticos y su seguimiento respectivo se divide en.

Uno que se dispensa en las horas de la mañana y otro en horario de la tarde. La mayoría de los encuestados se sintieron satisfechos con el horario de atención dispensado en la mañana, sin embargo, la mayoría de esos usuarios que prefirieron en la mañana no eran asalariados por lo que un grupo importante de personas que serían población laboral activa también prefieren horarios en la tarde.

**d.** Además de esta oferta de servicios se destacan las diferentes formas por las cuales los usuarios que requieren de los servicios del tratamiento ambulatorio del IAFA, tienen acceso a la información o bien de la hoja de ruta de otros servicios asistenciales.

Los familiares son en primer lugar los actores que motivan o incitan a la persona con problemas por consumo de sustancias a buscar ayuda, como la que ofrece el IAFA. Este medio de información lo destacó un 28.1 % de los encuestados. Mientras que un 28.8 % expresó enterarse de la existencia de estos servicios por la vía de algún amigo o conocido. Con este par de señalamientos se puede manifestar que las líneas de orientación, los medios digitales, la radio y la televisión no señalaron como medios de información por parte de los encuestados que requerían tratamiento para su problema de consumo de drogas.

Además de los elementos institucionales, de atención al público y de otros referidos con los horarios o bien con las citas del caso, la encuesta intentaba explorar, conocer, analizar y valorar la satisfacción que el usuario de los servicios ofertados por el IAFA manifestaba. Este elemento de valoración y/o de satisfacción del usuario y el servicio recibido es importante de señalar (para ulteriores mejoras en el mismo). En efecto, en términos generales, la mayoría de la población que acude o asiste al IAFA se manifiesta satisfecha con la atención que brinda la institución. Se debe señalar que un porcentaje bastante significativo de los pacientes encuestados, es decir, los pacientes de seguimiento tienen seguro médico, por lo cual el tener o no seguro no influyó en ese alto porcentaje de valoración positiva para con el IAFA.

En definitiva, el estudio de los factores de vulnerabilidad en la accesibilidad al tratamiento a través de las dimensiones consideradas (geográficas, económicas, administrativas e informativas), evidencian vacíos en la oferta de atención de las barreras de accesibilidad debido a que no se reconocen las particularidades y necesidades de las personas, según sexo, zona geográfica, entre otras. Es por esto que las políticas representan un esfuerzo por homologar los elementos técnicos que definen y caracterizan a cada uno de los niveles de intervención para el tratamiento de la dependencia de sustancias psicoactivas. Se reconoce su intencionalidad de incrementar la cobertura de salud para garantizar una provisión suficiente y oportuna de los servicios gratuitos y asequibles para toda la población. Pero la oferta de atención es insuficiente para atender las necesidades de cada una de las poblaciones específicas. Se evidencia que no se cuenta con acceso universal garantizado a programas de tratamiento y rehabilitación a través del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito público ni el privado.

El consumo de sustancias psicoactivas afecta de forma diferenciada a hombres y mujeres. En el caso de los hombres se relaciona con la masculinidad tradicional, la cual entre otras cosas promueve el consumo como elemento de demostración varonil que conlleva a situaciones de riesgo y al posible reconocimiento tardío de un problema psicosomático. Este al no tratarse de manera preventiva afecta la salud de la persona. Mientras que las mujeres que se vinculan afectivamente con estos hombres tienen mayor riesgo de desarrollar patrones de relación de codependencia, debido a la socialización genérica y a los mandatos que establecen el ser para otros y el rol de cuidado. De modo que el género estructura de facto relaciones asimétricas de poder entre los hombres y las mujeres, lo que propicia una distribución desigual de conocimientos, responsabilidades y derechos.

Por último, según se pudo constatar en los resultados, es importante que se continúe investigando el tema de las necesidades de tratamiento, tanto en hombres como en mujeres. No sólo porque permite generar acciones para atender

y brindar una mejor accesibilidad a quienes puedan requerir de los servicios, sino porque permitiría contar con un indicador de la eficacia de los esfuerzos de atención que se realizan desde instituciones como el IAFA. En la medida que los esfuerzos se vean reflejados en la vida de los pacientes, mejor sería la valoración de los servicios ofertados. Asimismo, es importante seguir avanzando en realizar esfuerzos para estimar de manera periódica los necesitados de tratamiento entre personas que son difíciles de captar en la consulta, a pesar de que se presume que son minoría muchas personas están en situación de ejercer una demanda efectiva del servicio de tratamiento por consumo problemático de drogas de las cuales no se tiene con certeza la población real.

## 10. RECOMENDACIONES

El siguiente apartado busca establecer algunas recomendaciones que ayuden a mejorar el acceso a los servicios de tratamiento ambulatorio para problemas por consumo de drogas, con base en los resultados de la valoración de los usuarios y el conocimiento de los profesionales que atienden. Se puede mencionar que las recomendaciones más importantes son:

- Fortalecer el proceso de intervención y sus implicaciones tanto en la persona consumidora como sus familiares, ya que permite aumentar el conocimiento teórico y metodológico sobre el fenómeno del consumo de drogas, es decir, se evidenció que la edad de inicio de esta población era más baja en comparación con otras poblaciones vistas, lo cual fortalece más la premisa de que a menor edad en el inicio del consumo mayor los problemas asociados, de ahí que es importante la articulación con las políticas y programas específicos para contribuir al mejoramiento de las estrategias de intervención.
- Evaluar si es necesario mejorar el trato que reciben los usuarios que asisten a las citas, ya que se pudo contar que la mayoría está de acuerdo con la atención. Sin embargo, en algunos casos la valoración es negativa y es importante determinar qué condiciones afectan a esta población en particular.
- Determinar si en el caso de personas que asisten de lugares más alejados es factible dar algún servicio de tipo preferencial, es decir, más tiempo a la hora de asistir a las citas, horarios que permitan llegar a tiempo, entregar medicamentos en menos tiempo, entre otras alternativas que se podrían valorar para mejorar el servicio.
- Realizar estudios que permitan determinar si es posible extender los horarios de atención en ciertas épocas del año que permita que las personas tengan mejor acceso al servicio, ya que se evidenció un pico de atenciones en ciertas épocas del año asociadas con

festividades importantes. Lo mismo con respecto al personal disponible para la atención, ya que al plantear extensión de horarios sería indispensable mayor personal destinado a la atención.

- A mediano plazo establecer las zonas que podrían ser objeto de nueva infraestructura de atención. En lugares alejados brindar el servicio de tratamiento ambulatorio, ya que a pesar de que existe infraestructura en otras zonas del país, no se ha determinado los lugares más adecuados para su implementación.
- Potenciar que la valoración de los usuarios se mantenga como satisfecha, ya que es un indicio de que la institución hace un buen trabajo. En ese sentido es importante fortalecer el recurso humano para mantener ese servicio positivamente valorado destinado a la capacitación del personal.
- Incentivar que se hagan investigaciones que abarquen toda la población que acude a los tratamientos. Las personas adultas mayores y las personas con alguna discapacidad son un grupo de la población potencialmente de investigación en el tema de accesibilidad a los servicios de tratamiento.
- Fortalecer los servicios de información de la institución, es decir, la línea de orientación telefónica evidenció que la población casi no utiliza estos servicios para informarse de la atención en el IAFA. la mayoría de las veces la información es recibida por terceras personas, por lo cual sería importante determinar el perfil de las personas que usan estos servicios.
- Definir mecanismos para dar una mejor cobertura a las personas que por cuestiones de trabajo les es más difícil asistir a las citas de seguimiento, ya que en muchos casos los usuarios manifestaron problemas para asistir por cuestiones laborales.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcázar, J (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*. México. Vol. (30), No. 5, pág. 55-62. Recuperado de:  
<https://www.uv.mx/msp/files/2012/11/coleccion8MarthaSanchezCh.pdf>
- Araya, F. (2006). Didáctica de la geografía para la sustentabilidad (2005-2014). *Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales*, (11), 27-61. SSN: 1316-9505
- Allen, A., McGeary, J., & Hayes, J. (2014). Polymorphisms in TRPV1 and TAS2Rs associate with sensations from sampled ethanol. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38(10), 2550–2560. <http://doi.org/10.1111/acer.1252>
- Almeida G., Sarti F. (2013). Medición de la evolución de las desigualdades en la salud y la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos en países seleccionados de América Latina y el Caribe\*. *Revista Panamericana Salud Pública*. 33(2):83–9
- Almeida G., Sarti F., Ferreira F., Diaz M., Campino A. (2013). Análisis de la evolución y los determinantes de las desigualdades relacionadas con los ingresos en el sistema de salud de Brasil, 1998–2008. *Publica*. 33(2):90–7.
- Amador, G., Cortés, E. (2014). Políticas de drogas y salud pública ¿Costa Rica ha hecho lo suficiente: FES – ACEID. Costa Rica
- Arana, X., Germán, I. (2005). Las Personas Usuarias De Drogas Especialmente Vulnerables Y Los Derechos Humanos: Personas Usuarias Con Patología Dual Y Mujeres Usuarias De Drogas País Vasco. Número 19. 169 – 215
- Arredondo A., Nájera P., Leyva R. (1999). Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. *Salud Pública México*, (41):18-26.
- Badilla, S. (2013). Factores que pueden incidir en madres consumidoras de drogas, para abandonar el tratamiento de rehabilitación. Propuesta para un

- programa en el hogar crea madres con hijas e hijos en Coronado (tesis de maestría). Universidad de Costa Rica. Maestría en Farmacodependencia. Costa Rica.
- Ballesteros (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Barahona, V. (2002). La violencia doméstica y su relación con el consumo de sustancias Psicoactivas en la mujer. Un estudio realizado en la delegación de la mujer, de San José (tesis de maestría). Universidad de Costa Rica. Maestría en Farmacodependencia. Costa Rica.
- Baratta, A. (2000). Introducción a una Sociología de la droga. Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias. Universidad del Saartand. Alemania. p 197- 223
- Barrantes, R. (2007) Investigación: un cambio al conocimiento, un enfoque cuantitativo y cualitativo (13 reimpressiones Ed) San José, Costa Rica: EUNED.
- Barbero, J y Quinn, E. (1986) El Transporte en el Espacio Económico. En: Aportes para el Estudio del Espacio Socio-económico. Yanes-Liberali (comp.). Editorial El coloquio. Buenos Aires, 1986. Pp: 122-142.
- Beceyro, C. & Lico, S. (2006) Boletín informativo de geografía de la salud. Vol. 1 (pp. 1-12). Argentina.
- Becoña, E (2012). Elementos que debe tener un programa preventivo eficaz. En J. A. García del Castillo y C. López-Sánchez, C (Eds.), Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias (pp. 51-74). Madrid: Síntesis.
- Bejarano, J (2002). El inicio del consumo de alcohol en jóvenes costarricenses. Algunas características, implicaciones y perspectivas (tesis de



maestría). Universidad de Costa Rica. Maestría en Farmacodependencia. Costa Rica.

Bejarano, J. y Barahona, V. (2015). La prevención del consumo de drogas en Costa Rica. En A., Mejía Trujillo, J., & Becoña Iglesia, B (Eds.). De la prevención y otras historias: historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa (pp. 179-204).

Recuperado de:

<http://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/DE%20LA%20PREVENCIÓN%20Y%20OTRAS%20HISTORIAS%202015%20VERSION%20PDF%206NOV.pdf>

Berbesí, D, Agudelo, L, Castaño, C, Galeano, M, Segura, A, Montoya, L (2014) Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. Medellín, Colombia. CES Salud Pública. 2014; 5: 147-153

Bermúdez, S. (2011). El impacto experimentado por los padres y las madres con descendientes adictos a drogas y que asisten a un grupo de autoayuda (tesis de maestría). Universidad de Costa Rica. Maestría profesional en orientación.

Bosque, J. García, R. (2000). El uso de los sistemas de información geográfica en la planificación territorial. Anales de Geografía de la Universidad Complutense, 20(2), 49-67. Recuperado 01 setiembre 2013.

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva, Buenos Aires, 6(1): 83-101.

Caja Costarricense de Seguro Social. (CCSS). (2010). Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas. San José, Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social.

Caja Costarricense de Seguro Social. (CCSS/ CENDEISS/UCR). (2004) El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Costa Rica.

- Cardozo, O., Gómez, E y Parras., M. (2009) Teoría de Grafos y Sistemas de Información Geográfica aplicados al Transporte Público de Pasajeros en Resistencia (Argentina). Revista Transporte y Territorio Nº 1, Universidad de Buenos Aires, ISSN: 1852-7175. pp. 89-111.
- Celemín, J., Ares, S., Aveni, S. (2010). Utilización de la Evaluación Multicriterio para la localización de Equipamiento Sanitario: Aplicación a la Ciudad de Mar del Plata. Revista digital del Grupo de Estudios sobre Geografía y Análisis Espacial con Sistemas de Información Geográfica. pp. 1-19. Recuperado de: [www.gesig-proeg.com.ar/documentos/.../CELEMIN-ARES-AVENI](http://www.gesig-proeg.com.ar/documentos/.../CELEMIN-ARES-AVENI).
- Chacón, W. (2014). Servicios de tratamiento para problemas en el consumo de drogas. Características de la oferta y la accesibilidad territorial en Costa Rica.
- Claval, P. (1979). La nueva geografía. Barcelona, España: Oikos-tau s.a.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., Stolkiner, A. (2006) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Buenos Aires.
- CONACE (2004) Mujeres y tratamiento de drogas. Chile. Consejo Nacional para el control de estupefacientes área técnica en tratamiento y rehabilitación.
- CONADIC (2008) Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva vida". Recuperado de:  
[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva\\_vida/nv1e\\_prevenion.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_prevenion.pdf)
- Cortés, E., Amighetti, D. (2014). Políticas de drogas y Derechos Humanos: reformas en Costa Rica Perspectivas FES – ACEID. Costa Rica.
- Cortés, E., Salazar, G. (2009). Ocasiones de consumo: dinámica sociocultural del Alcohol en estudiantes de la Universidad de Costa Rica (tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica. Antropología Social. Costa Rica.

- Cuervo, M., Morales, F. (2009). Las teorías del desarrollo y las desigualdades regionales: una revisión bibliográfica. *Análisis económico*, 366-383 recuperado el 04 de setiembre de 2013:
- Curdo, S. (2008) De la Geografía Médica a la Geografía de la Salud. *Revista Geográfica del Instituto Panamericano de Geografía e Historia*.
- Daniel, W. (1987). *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. México: Editorial Limusa, s.a. ISBN: 968-18-0178-4
- Decreto Ejecutivo N°31-110 S (2012). Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Días, J. (2001). El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de psicología*. Centro provincial de las drogodependencias en Málaga. España. Vol. (5) 21-35.
- Díaz, L., Palucci, M. (2010). El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia (18) 573-81
- Domínguez, A, Miranda, M, Pedrero E, Pérez, M y C Puerta, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid. España. *Trastornos Adictivos*. 10(2):112-120.
- El Shafi, F (2013). *Drogas y exclusión social en jóvenes de clase media-alta (tesis de maestría)*. Universidad Internacional de la Rioja. Master oficial en intervención social en las sociedades del conocimiento. España.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social* N° 25, pp. 151–168, ISSN: 0327-3776.
- Escalona, A. & Díez, C. (2003). Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: Estudio en la Provincia de Teruel. *Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, 3(4), 111-149.

- Fajardo, G., Gutiérrez, J., García, S. (2015). Ensayo: Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. México, Salud Pública. (57):180-186. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es&tlng=es)
- Fuenzalida, M. (2011). Diseño de esquemas de localización óptima para hospitales del servicio de salud Viña del Mar-Quillota (Chile) discriminando según status socio-económico, *GeoFocus (Artículos)*, nº 11, p. 409-430. ISSN: 1578-5157.
- Gilchrist, Gail., Fonseca, F., Torrens M, (2011). Accesibilidad a tratamiento en personas con problemas de Alcohol y otras Sustancias de abuso. Programa de Neuropsicofarmacología, Instituto de Recerca Hospital del Mar (IMIM). Barcelona, España.
- Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev. Panamericana Salud Pública (OPS)*. Vol. 11 p. 327-334
- Gómez, M. (2012). Elementos de estadística descriptiva. San José, CR. UNED. ISBN: 978-9968-31-934-8
- Gonzalvo, B, (2011). Factores de adherencia al tratamiento en pacientes dependientes al cannabis (tesis de Doctorado). Universidad Internacional Cataluña. Doctorado en Atención Primaria. España.
- Guzmán, V. (2002). La Desconcentración De Los Servicios De Salud En La Caja Costarricense Del Seguro Social. UNED
- Hernández, G., Ayala, N., Mata, A., Castillo, H., Rojas, M., Mejía, M., Araya, A., Espinoza, K y Marín, K. (2012). Protocolo de atención a la población consumidora de drogas en el servicio de desintoxicación. San José: Manuscrito en Preparación.

- Hernández, R., Fernández C, Baptista L. (2010). Metodología de la investigación. México: Mcgraw Hill.
- Hernández, F. (2002). Fundamentos de Epidemiología. San José, Costa Rica: EUNED
- Hernández, T Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Escarpa, D., Pérez, M. (2009). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. Scielo, volumen 18(3), 199-212. ISSN: 1132-0559
- Herrera, M. Marín, J. (2015). Consumo de drogas y estigma: percepción social sobre usuarios de drogas en Chile. Boletín del Observatorio Chileno de Drogas, 26, 1- 35. ISSN: 0719-2770.
- Hirmas, M, Poffald, L, Jasmen, AM, Aguilera, X, Delgado, I, Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev. Panam Salud Pública; 33(3):223–9.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2015). Encuesta Nacional de Hogares. Resultados generales San José, Costa Rica. ISS: 2215-3381
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2014). Impacto económico del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica, 2011. San José, Costa Rica: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. ISBN: 978-9968-705-96 -7
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2015B). Consumo de Drogas por Cantón según Información de los Servicios de tratamiento del IAFA, 2014. San José, Costa Rica.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2016A). Directorio: Programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. San José, Costa Rica.
- Instituto sobre alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2016B). Informe anual de cumplimiento - resultado de las Metas. Recuperado de:

[https://www.iafa.go.cr/images/descargables/informes/Informe-Anual-de-labores-2016-\(Interno\).pdf](https://www.iafa.go.cr/images/descargables/informes/Informe-Anual-de-labores-2016-(Interno).pdf)

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). (2017, 04 de Setiembre). Datos abiertos, Recuperado de:

<http://datosabiertos.iafa.go.cr/home>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA, 2012A). Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010: Tabaco. San José, Costa Rica. ISBN: 978-9968-705-87-5.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA, 2012B). Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010: Alcohol. San José, Costa Rica. ISBN: 978-9968-705-86-8.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA, 2012C). Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010: Cannabis. San José, Costa Rica. ISBN: 978-9968-705-89-9

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA, 2012D). Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010: Cocaína y crack. San José, Costa Rica. ISBN 978-9968-705-88-2

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (IAFA). (2015A). Directorio: Programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. San José, Costa Rica.

Jeifetz, V, Tajer, D. (2010). Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. Buenos aires. Argentina. Facultad de Psicología, UBA, Volumen (XVII) 317-320.

Lamata, F., García, L. y Peris, S. (1994). Marketing sanitario. Madrid: Díaz de Santos.

- Landini, F., González, V. y D'Amore, E. (2014) Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(2):231-244: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030313>
- Ley No. 5412. Publicada en Gaceta No.12 del 18 de enero de 1974 de la República de Costa Rica. Ley organiza del ministerio de salud. Del 12 de enero de 1974.
- Ley No. 7035. Publicada en Gaceta del 24 de abril de 1986 de la República de Costa Rica. Ley Crea el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia a cargo del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y la farmacodependencia.
- Ley No. 8204. Publicada en Gaceta del Gaceta No. 08 del 11 de enero del 2002 de la República de Costa Rica. Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.
- Llanos, A., Morera, M., Barber, P., Hernández, K., Xirinach, y Varga, J. (2009) Factores Relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica. *Rev. Salud pública*. 11 (3): 323-335.
- Lñiguez, L. (2008) La Evolución de las Relaciones entre la Geografía y la Salud. El Caso de Cuba. *Geografía de la salud en Cuba. Tendencias y prioridades*. Revista Cubana de Salud Pública Editora UFPR; n. 15, p. 33-42.
- March, JC., Martín, E, Oviedo E, Rivadeneira, A., Rodríguez, C. (2006). Percepción de usuarios de los Programas de Tratamiento con Metadona sobre la accesibilidad y atención recibida de los equipos terapéuticos. *Escuela Andaluza de Salud Pública. Área de Investigación. ADICCIONES*, 2006 • Vol.18 Núm. 4 • Págs.359-370.
- Mata, D. (2006). La Política de Drogas de Costa Rica: Un Análisis de las Estrategias de Intervención. 1998 - 2004 (tesis de doctorado). Universidad de Costa Rica. Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas. Costa Rica.

- Mejía, A., Sánchez, A., Tamayo, J. (2007) Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de salud pública* (1) 26-38.
- Menéndez, E. (2005) Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Rev. De antropología social* 14 p 33-69.
- Monge, C., Vásquez, A. (2015). Propuesta de fortalecimiento del proyecto Ayuda sin Ayudar del Servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl (tesis de maestría). Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. Maestría en Estudio de la Violencia Social y Familiar.
- Mora, J., Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud pública Méx* [online]. 2001, vol.43, n.2, pp.89-96. ISSN 0036-3634
- Moreno, A. (2003). Modelado y representación cartográfica de la competencia espacial entre establecimientos minoristas. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 35(3), 55-78.
- Musgrove, P. (1983). La equidad del sistema de servicios de salud, conceptos, indicadores e interpretación. Washington, (6) 95.
- Nathan, P., Wallace, J., Zweben, J, Horvath, T. (2010). Trastornos del consumo de alcohol y su tratamiento. *American Psychological Association (APA)*. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol.aspx>.
- Observatorio Proyecto Hombre (2012). Sobre el perfil del drogodependiente. Recuperado de: <http://www.projectehome.cat/2013/06/25/perfil-del-drogodependent-observatorio-proyecto-hombre>
- Observatorio Proyecto Hombre (2013) sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento. Recuperado de: [https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2014/07/Observatorio-PH\\_2013.pdf](https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2014/07/Observatorio-PH_2013.pdf)



ONU DC (2005) Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Obstáculos para el acceso al tratamiento. New York. Smithers Foundation. XI.24 ISBN 92-1-348104-7

ONU DC/OMS (2010) Programa conjunto de la sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia. Washington, D.C (10).

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud (OPS/OMS). (2004). La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica. Ministerio de Salud. Consejo Nacional del Adulto Mayor. San José, 56, [16] ISBN 92 75 32494 8

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud (OPS/OMS). (2010). Perfil del Sistemas de Salud de Costa Rica Washington, D.C. Biblioteca Sede OPS (3ra. Edición) ISBN: 978-92-75-33291-7

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud (OPS/OMS). (2006). Análisis del Sector Salud. Una Herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Washington, D.C. Edición Especial, N° 9 ISBN 92 75 32509 X

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948) (suplemento de la 45a edición, octubre de 2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, Estado Unidos.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en. Otawa, Canadá: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012) Hay que mejorar el acceso de los drogodependientes a la atención sanitaria. Boletín Informativo.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015) Salud y derechos humanos. Boletín Informativo N°323. Diciembre de 2015.

- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (2008). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Washington, D, 10 (1) 554.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007) Agenda de Salud para las Américas 2008–2017. Washington, D.C. Recuperado de: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda\\_Salud\\_para\\_las\\_Americas\\_2008-2017.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. Washington, Estados Unidos: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2010) Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: ISBN: 978-92-75-33116-3.
- Ortega, J. (2001). Los horizontes de la geografía. Teoría de la geografía. Barcelona: Ariel. pp. 337-367.
- Ortiz, M., Ortiz, E. (2006) Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica, Chile. Rev. Salud médica (135): 647-652.
- Peralta, L (2010). La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria (tesis de doctorado). Universidad de Cantabria. Doctorado en psiquiatría. España. Recuperado de: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10705/TesisLPM.pdf?sequence=1>
- Petrera M, Valdivia M, Jiménez E, Almeida G. (2013) Equidad en la salud y la atención sanitaria en Perú: 2004–2008\*, 2004–2008. Revista Panamericana Salud Pública. 2013; 33(2):131–6.

- Pons, X. (2008) Modelos interpretativos del consumo de drogas. POLIS 2008, vol. 4, núm. 2, pp. 157-186.
- Praga, A. (2009). Farmacodependencia. CAT concientización de las adicciones en el Tecnológico.
- Ramírez, L., Bosque, J. (2001). Localización de hospitales: analogías y diferencias del uso del modelo P- mediano en Sigraster y vectorial. Anales De Geografía De La Universidad Complutense, 21, 53. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Joaquin\\_BosqueSendra/publication/39276981](https://www.researchgate.net/profile/Joaquin_BosqueSendra/publication/39276981)
- Ramírez, M (2003). Cálculos de medida de accesibilidad geográfica, temporal y económica generada mediante SIG. Primer congreso de la ciencia cartográfica y VIII semana nacional de cartografía, Buenos Aires. Argentina.
- Rodríguez, J, Rodríguez, D, Corrales, JC. (2013). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana.
- Rojas, E., Real, T., García, S., Medina, M. (2011) Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. México. Salud Mental 2011; Vol. 34 No. 4: 351-365.
- Romaní, O. (1999A). El contexto sociocultural. Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias. Barcelona, España. Recuperado de: <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextosujetosdrogas.pdf>
- Romaní, O. (1999B). Las drogas. Sueños y razones. 1ra edición Barcelona: Editorial Ariel.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. Salud colectiva, Buenos Aires, V 4: p 301-318.
- Romero, M., Saldívar, G., Loyola, L., Rodríguez, E., Galván J. (2010). Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. Salud Mental, México, Vol. 33, No. 6, p. 499-506.

- Rosero, L. (2000). Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica 2000, Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica. UCR.
- Rosero, L. Guell, D. (1998). Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS). Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) De la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Rossi, D, Pawlowicz, MP, Zunino, D. (2007). Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario, la perspectiva de los trabajadores de la salud. Buenos Aires: p 86. 1a ed, ISBN 978-987-98893-4-3.
- Rubio, M. (2008). Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Colombia Rev. Salud pública, 10 sup (1): p 29-43.
- Sáenz, M., Miranda, G., López, M. (2013). Retos en Salud – Costa Rica 2013. Costa Rica.
- Sáenz, MR., Acosta, M., Muiser, J., Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. México, Salud Publica de México Vol. 53 2: p 156-167.
- Salas, A. (2008). Organización de la oferta de los servicios de salud en Costa Rica. Costa Rica.
- SAMHSA (2007). Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Recuperado de:  
<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED498206.pdf>
- Secades, R., Fernández, J. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. Asturias, España. Adicciones, 2000 • VOL (12) NÚM. 3 • Pág. 353-363.

- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de Argentina (SEDRONAR). (2011) Área De Investigaciones Estudio Nacional En Pacientes En Centros De Tratamiento Argentina 2010. Argentina.
- Somarribas, L., Borroto, R. & Chamizo, H. (1988). Siete enfoques para el estudio geográfico de la salud humana. *Revista Geográfica de América Central*, 29(1), 11-21.
- Soriano, R. (2010). Cuatro fórmulas de posicionamiento frente a las drogas. En: *TS nova: trabajo social y servicios sociales*, No. 1: p 23-32.
- Sousa, M., Villarreal, E. (2000). Accesibilidad de los servicios de salud en población usuaria. Programa de Maestría en Economía de la Salud. Centro de Investigación y Docencia Económicas. Instituto Nacional de Salud Pública México D.F. C.P. 03100. Recuperado de: [http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/2000-136-3-213-220.pdf](http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2000-136-3-213-220.pdf)
- Superintendencia de Salud de Chile (Supersalud. cl). (2013). Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global. Obtenido de: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles9005recurso1.pdf>
- Tomás, S., Valderrama. J.C., Vidal, A., Samper, T., Hernández, M<sup>a</sup> C., Torrijo, M<sup>a</sup> J (2007A). Género y barreras de accesibilidad al tratamiento en pacientes adictos al alcohol de la Comunidad Valenciana. *Adicciones*, 19, (2)169-178 ISSN 0214-4840
- Tomás, S., Valderrama. J.C., Vidal, A., Samper, T., Hernández, M<sup>a</sup> C., Torrijo, M<sup>a</sup> J. (2007B). Barreras de accesibilidad al tratamiento: diferencias entre adictos a la heroína y adictos a la cocaína de la Comunidad Valenciana. Valencia. España. *Trastornos Adictivos*, 9(3):206-14.
- Touzé, G. (2006). *Saberes y Prácticas sobre Drogas*. Buenos Aires, Argentina. Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. *Medellín, Colombia. CES Salud Pública*; 5: 147-153.

- Vargas, J. (2005). Planificación en los Servicios de Salud: módulo VII. San José, C.R.: EDNASSS-CCSS. p.109: 21.5 x 27 cm (Curso Especial de Posgrado Gestión Local de Salud). ISBN 9968-916-22-6.
- Vásquez, A. (2009). El estigma sobre la drogodependencia y su relación con la Accesibilidad a Servicios de Salud. Buenos Aires. Facultad de Psicología. Universidad de. Vol 1 ISSN 1948-559X
- Vázquez, A y Romaní, O. (2012). Drogadependencia, estigma y exclusión en salud. Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires. Anuario de Investigaciones.159-166 ISSN 0329-5885
- Vázquez, A., Stolkiner, A. (2009). Procesos De Estigma Y Exclusión En Salud. Articulaciones Entre Estigmatización, Derechos Ciudadanos, Uso De Drogas Y Drogadependencia. Facultad De Psicología – (16)295-303.
- Villegas, O., Castillo, A., Montero, D., Holthuis, K., Álvarez, A., Freer, J. y otros (2003). Bases para la Atención Médica Integral. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS).
- Weiten, W. (2006). Psicología: temas y variaciones (sexta edición ed) THOMSON.

## 12. ANEXOS



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Factores de vulnerabilidad que influyen en la accesibilidad a los servicios de tratamiento ambulatorio en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, para personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas, Costa Rica 2017**

Código (o número) de proyecto: \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador Principal: William Chacón Serrano

- A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Este estudio es parte de los requisitos de graduación de la UCR como parte del Programa de Maestría en Farmacodependencia y tiene como propósito investigar sobre las posibilidades, inconvenientes de las personas para acceder al tratamiento para problemas por el consumo de drogas. Con su ayuda se espera obtener información sobre las condiciones de acceso al tratamiento por medio de una consulta y llenado de un cuestionario. El estudio tiene una duración de 3 semanas en la fase de recolección de datos y seis meses para la divulgación final del estudio.
- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Se le va a pasar un cuestionario con preguntas sobre el tratamiento que recibe en el IAFA, consumo de drogas, medios de transporte para llegar al centro de tratamiento, consideraciones económicas y aspectos generales sobre el trato de los profesionales que lo atienden. Para ser parte del estudio tiene que ser una persona mayor de edad usuaria del servicio de tratamiento ambulatorio del IAFA en San Pedro de Montes de Oca y estar dispuesto a participar en la consulta.
- C. **RIESGOS:**

La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: puede perder tiempo valioso para otras diligencias, podría resultar difícil contestar algunas preguntas, puede ser cansado llenar el cuestionario, puede sentirse presionado por contestar.

Asimismo se aclara que su participación en la presente investigación no representa riesgos para su atención en el servicio de tratamiento del IAFA, ni en ningún otro centro de salud. Además, los datos que se recopilaran no representan información sensible para atención. Se mantendrá toda la confidencialidad de la información que brinde según lo establecen las leyes de protección de datos..



- D. BENEFICIOS:** El estudio tendrá beneficios tanto para usted a futuro como para la población general que acude al tratamiento. Los principales beneficios serán mejorar y brindar un mejor servicio de trato al paciente en caso de evidenciarlo, conocimiento claro de las necesidades económicas de los pacientes, formar a los profesionales que los atienden en mejores técnicas de intervención y mejorar el trato a los pacientes usuarios del servicio.  
Se aclara que en el momento de su participación, no obtendrá ningún beneficio directo e inmediato, sin embargo, podrá solicitar la información que considere importante de la investigación.
- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con William Chacón Serrano. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a William Chacón Serrano al teléfono 22246122 en el horario de lunes a viernes de 7 a 3 pm, Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica que requiere.
- G.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- H.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

### CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma del sujeto

fecha

---

Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

---

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

fecha

## Instrumento Acceso al Tratamiento Ambulatorio de drogas

### A. Datos Generales

1. Sexo: ( ) 1. Hombre ( ) 2. Mujer

2. Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

3. Lugar donde vive:

1.1 Provincia: \_\_\_\_\_

1.2 Cantón: \_\_\_\_\_

1.3 Distrito: \_\_\_\_\_

4. Tipo de vivienda donde vive

1. ( ) Casa propia o alquilada

2. ( ) Centro de internamiento

3. ( ) Calle o vía pública

4. ( ) Otra. \_\_\_\_\_

5. Nacionalidad:

1. ( ) Costarricense

2. ( ) Nicaragüense

3. ( ) Panameña

4. ( ) Colombiana

5. ( ) Estadounidense

6. ( ) Otra. Anótela \_\_\_\_\_

6. Estado civil de persona entrevistada:

1. ( ) Soltera (o)

2. ( ) Casada (o)

3. ( ) Divorciada (o)

4. ( ) Viuda(o)

5. ( ) En unión libre

7. Máximo nivel de estudios alcanzado

1. ( ) Primaria completa

2. ( ) Primaria incompleta

3. ( ) Secundaria completa

4. ( ) Secundaria incompleta

5. ( ) Universitaria completa

6. ( ) Universitaria incompleta

7. ( ) Otra. Anote \_\_\_\_\_

8. Condición laboral actual

1. ( ) Trabajador asalariado

2. ( ) No tiene trabajo, pero está buscando

3. ( ) No tiene trabajo y no está buscando

4. ( ) Pensión o jubilación

5. ( ) Trabaja en lo propio

6. ( ) Labores del Hogar

9. Indique cuáles de estas actividades tiene a su cargo o realiza regularmente sin recibir un salario:

1. ( ) Estudiar en algún centro

2. ( ) Cuidar a otras personas

3. ( ) Labores del hogar

4. ( ) Trabajo comunitario gratuito

5. ( ) Ninguno de los anteriores

6. ( ) Otro \_\_\_\_\_

10. Ingresos personales al mes (en colones):

0. ( ) 0 hasta 50.000

1. ( ) Más de 50.000 hasta 150.000

2. ( ) Más de 150.000 hasta 250.000

3. ( ) Más de 250.000 hasta 350.000

4. ( ) Más de 350.000 hasta 450.000

5. ( ) Más de 450.000

**B. Consumo de drogas**

**11.** De las siguientes sustancias, indique cuáles ha consumido alguna vez. (Marque todas las que haya consumido)

1. ( ) Alcohol                      2. ( ) Tabaco  
 3. ( ) Marihuana                4. ( ) Cocaína  
 5. ( ) Crack  
 6. ( ) Otras drogas. Anótelas

1. \_\_\_\_\_

**12.** Qué edad tenía cuando consumió por primera vez cada droga

1. Alcohol \_\_\_\_\_            2. Tabaco \_\_\_\_\_  
 3. Marihuana \_\_\_\_\_      4. Cocaína \_\_\_\_\_  
 5. Crack \_\_\_\_\_  
 6. Otras drogas. Anótelas

1. \_\_\_\_\_

**13.** Indique por cuántos años ha consumido de forma problemática cada una de las drogas que ha usado:

Alcohol: \_\_\_\_\_ años  
 Tabaco: \_\_\_\_\_ años  
 Marihuana: \_\_\_\_\_ años  
 Cocaína: \_\_\_\_\_ años  
 Crack: \_\_\_\_\_ años  
 Otras drogas. Indique: \_\_\_\_\_

**DROGA                      AÑOS DE CONSUMO**

1.

**14.** De las drogas que ha consumido, indique por cuáles está recibiendo tratamiento.

1. ( ) Alcohol                      2. ( ) Tabaco  
 3. ( ) Marihuana                4. ( ) Cocaína  
 5. ( ) Crack  
 6. ( ) Otras drogas \_\_\_\_\_

**15.** Antes de empezar el actual tratamiento, ¿cuántos días a la semana estaba usando cada droga por las que está recibiendo atención?

1. Alcohol: \_\_\_\_\_ días / semana  
 2. Tabaco: \_\_\_\_\_ días / semana  
 3. Marihuana: \_\_\_\_\_ días / semana  
 4. Cocaína: \_\_\_\_\_ días / semana  
 5. Crack: \_\_\_\_\_ días / semana  
 6. Otras drogas: \_\_\_\_\_ días / semana

**16.** ¿Cuánta cantidad consumía por día cada una de las drogas por las que está recibiendo atención?

**DROGA                      CANTIDAD DIARIA**

Bebidas alcohólicas

Tabaco

Marihuana

Cocaína

Crack

Otra droga 1:

Anótelas:

**C. Tratamiento**

**17.** Indique cuáles profesionales lo van a atender hoy, es decir, ¿con quién tiene cita?

(Puede marcar varias)

1. ( ) Psicóloga  
 2. ( ) Trabajadora social  
 3. ( ) Médico

**18.** ¿Cuál fue la principal dificultad que tuvo que enfrentar para venir a atenderse al IAFA?

- ( ) 1. Me costó armarme de valor  
 ( ) 2. No sabía dónde quedaba el IAFA  
 ( ) 3. No tenía quién me trajera  
 ( ) 4. No tenía dinero para venir  
 ( ) 5. No creía que tuviera un problema

( ) 6. Creía que el IAFA no me podía ayudar

( ) 7. Otra razón. ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_

19. ¿A cuántas citas ha venido como parte de este tratamiento? \_\_\_\_\_ citas

20. Anteriormente, ¿ha recibido tratamiento en otros centros?

( ) 1. Sí ( ) 2. No (PASE A PREG 24)

21. ¿En qué centros o programas buscó atención antes de venir a IAFA?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

22. ¿Alguna vez no terminó los tratamientos recibidos en otros centros, o siempre pudo terminarlos?

( ) 1. A veces no los terminó

25. ¿Qué calificación le pondría usted a los siguientes aspectos de la atención recibida en el IAFA?.

( ) 2. Siempre terminó (PASE A PREG 24)

23. ¿Por qué motivo no ha podido terminar los tratamientos recibidos?

( ) 1. Por el alto costo del tratamiento

( ) 2. Porque tuvo alguna recaída

( ) 3. Porque el personal lo trató mal

( ) 4. Porque lo ponían a vender y pedir.

( ) 5. Porque sentía que era muy alejado.

( ) 6. Otro. Cuál? \_\_\_\_\_

#### D. Información

24. ¿Cómo se enteró de los servicios de Tratamiento del IAFA?

( ) 1. Llamé a la Central Telefónica

( ) 2. Llamé a la Línea 800 del IAFA

( ) 3. Un familiar me contó

( ) 4. Un conocido me contó

( ) 5. Me enteré por radio, televisión o prensa

( ) 6. Otro medio. ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_

	1 (Mala)	2 (Regular)	3 (Buena)
A. Amabilidad y cortesía del personal que lo atendió			
B. Compromiso del personal para que usted salga adelante			
C. Claridad de las explicaciones que le dan los profesionales que lo han atendido.			
D. Posibilidad que le dan de opinar sobre su salud			
E. Confianza que le dan los profesionales que lo han atendido			

**26.** ¿Cada cuánto se le asignan las citas?  
(REFIÉRASE A LA ÚLTIMA CITA)

1.  Cada 2 semanas
2.  Cada 3 semanas
3.  Cada mes
4.  Cada 2 meses
5.  Cada 3 meses
6.  Más de 3 meses

**27.** ¿La asignación de citas le genera problema para usted?

1.  No (**PASE A LA 29**)
2.  Si

**28.** ¿Qué problemas personales le genera venir a las citas del IAFA? (**PUEDA MARCAR VARIAS**)

1. No tiene con quien dejar los hijos
2. Tiene que ausentarse del trabajo
3. Tiene que ausentarse de clases
4. Recibe bromas de amigos o familiares
5. Gasta mucho dinero en venir
6. No tiene cómo regresarse
7. La distancia es muy larga para llegar
8. Ninguno \_\_\_\_\_

### **E. Accesibilidad**

**29.** ¿Por qué medio de transporte vino a la cita de hoy? (**Puede marcar varios**)

1. Caminando
2. En autobús
3. En taxi
4. En ambulancia
5. En tren
6. Manejando su propio vehículo
7. Familiar lo trajo en vehículo
8. Amigo o compañero lo trajo en vehículo

**30.** ¿Desde dónde viene a la cita de hoy?

1. Desde su hogar
2. Desde el trabajo
3. Desde un centro de internamiento

4. Desde un hospital
5. Desde un centro de estudios
6. Desde otro lugar: \_\_\_\_\_

**31.** ¿Cómo considera que fue la distancia recorrida para llegar hasta aquí?

1.  Muy Corta
2.  Corta
3.  Intermedia
4.  Larga
5.  Muy Larga

**32.** ¿Cuánto tiempo ha tardado en venir al IAFA desde ese lugar?

1.  Menos de 30 minutos
2.  Entre 30 y una hora
3.  De una hora a menos de 2 horas
4.  Entre 2 horas y menos de 3 horas
5.  Más de 3 Horas
6. Otro: \_\_\_\_\_

**33.** ¿Cuánto dinero tuvo que gastar para venir a la cita del IAFA?

1.  Menos de 1000
2.  Entre 1000 y 2000
3.  Entre 2000 y 3000
4.  Entre 3000 y 4000
5.  Más de 4000

**34.** Si usted pudiera escoger el horario de su cita, ¿a qué hora le quedaría mejor venir a su cita?

Hora: \_\_\_\_\_

**35.** En términos generales que tan satisfecho se siente con la atención brindada en el IAFA.

1.  Poco satisfecho
2.  Satisfecho
3.  Nada satisfecho. Por qué? \_\_\_\_\_

—

**36.** Usted tiene seguro?

\_\_\_\_\_

1. ( ) Si

2. ( ) No

**37.** ¿Le gustaría hacer sugerencias para mejorar la atención que recibe en el IAFA?

1.

---

2.

---

3.

---

4.

---

*Muchas gracias por su colaboración*