

INDICE

PRÓLOGO.....	2
INTRODUCCIÓN.....	5
METODOLOGÍA	7
1. TIPO DE ESTUDIO	7
2. OBJETIVO GENERAL	8
3. UNIVERSO Y MUESTRA.....	8
4. INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN.....	12
5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	15
6. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	20
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	22
RESULTADOS.....	25
1. ASPECTOS GENERALES	25
2. PERCEPCIONES SOBRE ASPECTOS DIVERSOS.....	28
DROGAS LÍCITAS	45
1. CONSUMO DE CAFÉ.....	45
2. CONSUMO DE MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES	48
3. CONSUMO DE MEDICAMENTOS ESTIMULANTES.....	52
4. CONSUMO DE MEDICAMENTOS OPIÁCEOS	56
6. CONSUMO DE ALCOHOL.....	66
DROGAS ILÍCITAS.....	79
1. LA SITUACIÓN EN GENERAL	79
2. CONSUMO DE MARIJUANA	79
3. CONSUMO DE COCAÍNA	82
4. CONSUMO DE "CRACK"	86
5. CONSUMO DE INHALABLES	88
6. CONSIDERACIÓN ADICIONAL SOBRE LAS DROGAS ILEGALES.....	88
DISCUSIÓN.....	92
REFERENCIAS.....	97

PRÓLOGO

Una encuesta nacional constituye una empresa de gran envergadura, tanto en lo técnico y científico, como en lo que a logística se refiere.

En un país con las características de Costa Rica, no puede *-ni debe-* llevarse a cabo con una frecuencia mayor de los cinco años.

En esta ocasión, el estudio se realizó enfrentando condiciones particularmente adversas. Durante el trabajo de campo, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (I.A.F.A.) atravesó una crítica situación económica que puso en peligro la continuidad del proceso. El Departamento de Investigación realizó ajustes metodológicos que aseguraron la captura de los datos, los cuales proveerán los parámetros para la acción, durante el próximo quinquenio, en la prevención del uso indebido de drogas.

En este campo, Costa Rica ha disfrutado de una posición privilegiada en el área centroamericana y del Caribe, resultado de la inquietud investigativa y la comprensión total de la trascendencia que tiene el conocimiento del medio para la planificación y el diseño de políticas y programas eficaces.

Mantener esa condición debe ser nuestra preocupación permanente. Hoy podemos disfrutar de una primera entrega del material que, sobre todo, nos ilustra sobre la evolución del uso de sustancias y, por supuesto, sobre el panorama actual.

Conocemos las limitaciones de una Encuesta de Hogares, especialmente en lo relativo a la ingesta personal de drogas ilícitas. No obstante, la versión presente suma aspectos colaterales de la realidad que, sin duda, contribuyen a una mejor comprensión del fenómeno.

Resulta estimulante conocer detalles que nos hacen presumir que el costarricense ha madurado en su enfoque del problema. Nuestra sociedad está mejor informada y tiene una mayor conciencia sobre el fenómeno droga y sus implicaciones. Esto podría representar buenas noticias para el futuro, en cuanto a factores protectores.

El rol preventivo del ejercicio físico, por ejemplo, está cada vez más incorporado a la mente de los habitantes. Lamentablemente, no parece haber cambios significativos en cuanto a la percepción del alcoholismo como principal problema y las “drogas” siguen ocupando un porcentaje más alto de atención.

Igualmente, la forma de evaluar la peligrosidad, coloca al alcohol en un sitio relativamente secundario. Al menos existe una tendencia en el sentido de que, a mayor edad, el criterio utilizado es más coherente con la información objetiva.

También, preocupa que la opinión popular no ubique al tabaco como una droga peligrosa. Quizás ésta sea un área en la que los esfuerzos de salud pública deban multiplicarse.

En forma mayoritaria, el costarricense reconoce que, ante el consumo abusivo de drogas, la solución debe ser el tratamiento. Esto, que parece tan lógico, no es igualmente apreciado en otras latitudes. De nuevo, estamos hablando de madurez y conciencia social ante el fenómeno.

Por primera vez, se recoge información confiable y voluminosa acerca de lo que piensa el pueblo con respecto al tema de la legalización. El rechazo manifiesto ante esa posibilidad es amplio, pero el presente trabajo permite pensar en la conveniencia de debatir el asunto a nivel nacional.

En síntesis, los resultados de esta encuesta ponen de manifiesto el desarrollo del grado de información sobre la problemática asociada al consumo de sustancias. El fenómeno droga es valorado hoy con una perspectiva más realista y con una visión de mayor conciencia y trascendencia social.

La incidencia del consumo de alcohol da muestras de elevación, asimismo, más hombres y mujeres están comenzando a fumar. Este es un tema de análisis obligatorio, al igual que el asunto del impacto del turismo en el consumo de alcohol y en la ingesta de drogas ilícitas.

Estudios complementarios deberán profundizar sobre lo que sucede con grupos específicos, como las mujeres en general, amas de casa, en particular, y estudiantes; explorar qué significan los cambios *-o la ausencia de ellos-* en las tasas de prevalencia y, claro, cuál deberá ser la aplicación de todo este conocimiento en los programas de prevención de cara al nuevo siglo.

Esta publicación debe ser continuada con nuevos aportes, pero aun más importante, es la atención que se le preste a los hechos que aquí se presentan, en el diseño de los programas y proyectos preventivos. El uso inteligente del conocimiento puede deparar mejores condiciones a las sociedades; por el contrario, una actitud pasiva e indiferente aseguraría que seguiríamos cometiendo los mismos errores.

Dr. Francisco Jiménez M.
Junta Directiva
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

INTRODUCCIÓN

La posibilidad de realizar estudios nacionales sobre consumo de drogas, o sobre cualquiera otro fenómeno social, en países en vías de desarrollo, tiene en la actualidad gran importancia, no sólo por la trascendencia que implica conocer la realidad de un país o región, sino porque cada vez son mayores las limitaciones, principalmente de orden presupuestario, que se imponen para llevarlos a cabo; además, existe poca conciencia en los ámbitos de decisión.

Disponer de información actualizada, oportuna y analizada con rigor, es quizás la única vía para comprender y hacer frente a uno de los problemas que más preocupan a la sociedad contemporánea. En efecto, el tema de las drogas, independientemente de las ocasiones en las cuales ha sido empleado como discurso para la manipulación del público o la dominación política de un país sobre otro, constituye una problemática que va mucho más allá de los individuos que abusan de ellas, para adquirir las dimensiones de un problema ecológico, cultural, político y económico que tiende a marcar severamente los destinos de algunas sociedades.

El presente estudio, cuyo trabajo de campo se desarrolló a mediados de 1995, es una réplica del estudio nacional sobre consumo de drogas efectuado en 1990¹. El propósito fue reproducir las condiciones de investigación de comienzos de la década para poder hacer comparaciones válidas y determinar, de una manera confiable, la evolución del fenómeno del consumo de drogas en la población costarricense. Precisamente, uno de los problemas que presentaban los estudios efectuados en el pasado era la imposibilidad de realizar dichas relaciones.

Desde el punto de vista metodológico, se trata de una investigación transversal repetida cuyo objetivo fue determinar la naturaleza y las características del consumo de drogas en una muestra representativa de la población nacional de 12 a 70 años de edad en el año 1995.

Este estudio constituye también un proyecto permanente del Departamento de Investigación del I.A.F.A. y busca servir de base para la toma de decisiones institucionales, así como apoyar la comprensión del fenómeno y las estrategias y los programas preventivos en el nivel nacional. Otras aproximaciones a la realidad costarricense, por la vía de las investigaciones en poblaciones específicas, permiten complementar los hallazgos y, virtualmente, superar las limitaciones que este tipo de investigación presenta. Al igual que se hizo durante el período comprendido entre 1990 y 1994, el presente estudio permitirá generar nuevo conocimiento mediante la profundización en determinados aspectos relevantes: el consumo en los jóvenes, la evolución del consumo femenino y las características particulares del consumo según provincias, entre otros.

METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio

El presente es un estudio de prevalencia efectuado mediante la implementación del método de encuesta de hogares. Aunque el diseño original de la encuesta, en 1990, no planteó de manera explícita el desarrollo de condiciones que pudieran replicarse en un futuro, en documentos posteriores se destacó la necesidad de mantener una serie de procedimientos que garantizaran la posibilidad de efectuar comparaciones:

- a. Replicabilidad de los métodos de muestreo iniciales.*
- b. Empleo del mismo instrumento de recolección de datos, con algunas modificaciones en la forma tendientes a ampliar el espectro de información por recolectar.*
- c. Mantenimiento constante de los convencionalismos relativos a la edición, depuración y análisis de los datos.*

Por lo anterior, este estudio reúne las condiciones propias de una encuesta transversal repetida, la cual debe efectuarse cada cinco años en el medio nacional para la evaluación apropiada de la magnitud y naturaleza de los problemas derivados del consumo de drogas.

2. Objetivo general

El objetivo general de la investigación es actualizar la información sobre la naturaleza y las características del consumo de drogas en la población nacional entre 12 y 70 años de edad en 1995, utilizando como fundamento metodológico el estudio sobre consumo de drogas efectuado en 1990.

3. Universo y muestra

El universo del estudio estuvo constituido por todos los habitantes de Costa Rica, costarricenses o no, con una edad entre 12 y 70 años, residentes en una vivienda y con al menos un año de habitarla. La muestra se calculó con base en la población estimada para el año 1995, por la Dirección General de Estadística y Censos (D.G.E.C.), tal como se presenta en el cuadro 1:

Cuadro 1
Distribución de la muestra de acuerdo con el tamaño poblacional,
según provincias. Costa Rica, 1995

PROVINCIA	POBLACIÓN	%	n	SEGMENTOS
SAN JOSÉ	851.912	36,4	884	52
ALAJUELA	407.233	17,4	476	28
CARTAGO	271.488	11,6	340	20
HEREDIA	217.659	9,3	289	17
GUANACASTE	152.127	6,5	340	20
PUNTARENAS	248.084	10,6	374	22
LIMÓN	191.914	8,2	306	18
TOTAL	2 340. 417	100,0	3.009	177

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Proyecciones de población 1950-2025. San José, C.R.: D.G.E.C., 1988.

El diseño muestral no contempló las poblaciones privadas de libertad o aquellas que se encontraban internadas en centros hospitalarios, así como tampoco a las personas deambulantes o sin residencia fija.

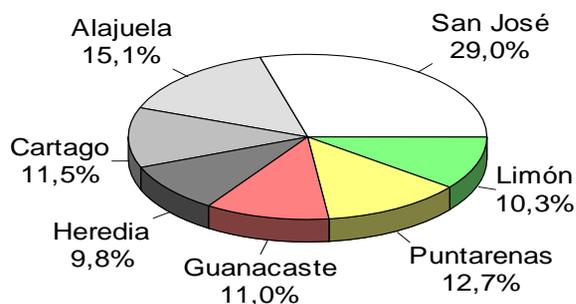
Para determinar el total de personas por ser entrevistadas, se estableció un error máximo permisible de $\pm 0,02$, un porcentaje de rechazo y no respuesta del 4% y un nivel de confianza del 96%ⁱ.
La

ⁱ El parámetro de consumo para la estimación del tamaño muestral fue la prevalencia de vida de ingestión de alcohol del año 1990.

asignación del número de individuos fue proporcional al tamaño de cada provincia y al grupo de edades correspondiente.

Figura 1

Distribución de la muestra por provincias.
Costa Rica, 1995



En la distribución por provincia, se asignaron más segmentos a los lugares con menor población, como Guanacaste y Limón. Además, se designaron más segmentos en las zonas donde se ubican las 16 comunidades prioritarias definidas por el gobierno de la República en el Plan de Combate a la Pobreza.

Al igual que en 1990, el diseño de la muestra exigió el empleo de dos marcos, uno habitacional y otro por persona, los cuales estaban basados en la cartografía y los censos de población de 1984, actualizados a 1993 por la Dirección General de Estadística y Censos.

Asimismo, en dicho proceso, el cual fue multietápico y probabilístico, las unidades generales de muestreo fueron la provincia, el segmento, la vivienda y la persona (por sexo y edad).

En cada etapa, el muestreo se realizó de la siguientes manera: selección aleatoria de los segmentos en cada provincia, selección sistemática de las viviendas (una de cada tres casas, con la primera seleccionada al azar) y, por último, selección de los individuos, según la cuota por cubrir, por sexo y

grupos de edades, de acuerdo con el segmento designado. En este sentido, en cada segmento se obtendrían aproximadamente 17 entrevistas en tres posibles rondas.

La selección de los individuos, según grupos de edades y sexo, se realizó con base en el siguiente detalle:

Cuadro 2
Diseño muestral para la selección de los individuos por provincia,
según grupos de edad y sexo. Costa Rica, 1995.

VARIABLE	PROVINCIAS							
	SAN JOSÉ	ALAJUELA	CARTAGO	HEREDIA	GUANACASTE	PUNTARENAS	LIMÓN	TOTAL
EDAD								
12-15	72	40	28	24	34	40	32	270
16-20	123	66	47	40	48	58	51	433
21-25	111	61	43	36	42	48	42	703
26-30	111	60	43	36	40	46	36	372
31-35	96	52	37	32	38	36	28	319
36-40	96	52	36	31	38	36	28	317
41-50*	129	68	50	42	49	46	42	426
51-60	88	46	34	29	30	36	35	298
61-70	58	31	22	19	21	28	12	191
TOTAL	884	476	340	289	340	374	306	3 009
SEXO								
Masculino	434	247	173	145	176	198	158	1531
Femenino	450	229	167	144	164	176	148	1478
TOTAL	884	476	340	289	340	374	306	3 009

* A partir de 41 años, se amplían los rangos de edad, debido a la reducida cantidad de elementos muestrales.

4. Instrumento y procedimiento de aplicación

El cuestionario empleado en esta oportunidad fue básicamente el mismo que se utilizó en 1990. Se le agregaron algunos ítemes para la exploración de aspectos perceptuales de los individuos hacia el tema de las drogas: magnitud del problema, consumo en personas conocidas, conocimiento de instituciones que trabajan en el campo, eficacia de los programas de prevención, disponibilidad y peligrosidad de las drogas, despenalización del consumo, legalización de las drogas y los posibles efectos del turismo en la comunidad, entre otros. Paralelamente, se eliminó un número reducido de preguntas que no fueron relevantes en el estudio de 1990.

Las 139 preguntas del instrumento se encuentran ubicadas en nueve secciones, a saber:

- I. Información general (ubicación, fecha, día de la semana en que se aplicó el instrumento, característica del entrevistador y del supervisor).
- II. Información sociodemográfica (incluye los datos sociodemográficos básicos, además del país de origen y la percepción del entrevistado sobre el principal problema nacional y el principal problema de la comunidad de residencia).
- III. Área de salud (práctica de ejercicio, ingestión de vegetales y frutas, presencia de problemas de salud durante el último año y atenciones profesionales por problemas de salud).
- IV. Cafeína (detección de consumo, ingesta diaria, molestias asociadas a la supresión).
- V. Tabaco (detección de consumo, edad de inicio, historia de consumo, consumo reciente, molestias asociadas a la supresión, intentos por cesar el consumo, razones para el no consumo, para la cesación y para continuarlo).
- VI. Medicamentos (detección de consumo, edad de inicio, características e historia de la ingesta, consumo reciente, razones de la ingestión y de la cesación). Las drogas estudiadas fueron tranquilizantes, estimulantes y opiáceos).
- VII. Alcohol (detección de consumo, edad de inicio, historia de consumo, ingesta reciente y sus características, molestias asociadas a la supresión, intentos por cesar el consumo, razones del no consumo, de la cesación y de la continuación). Al igual que en 1990, se incluyó el cuestionario CAGEⁱⁱ con la finalidad de corroborar los diagnósticos de alcoholismo.
- VIII. Drogas ilícitas (detección de consumo para marihuana, cocaína, “crack”, heroína y sustancias inhalables, edades de inicio, historia de consumo, ingesta reciente y sus características, síntomas de supresión, intentos de cesar el consumo, razones de la ingestión y de la abstinencia).
- IX. Opinión (criterio del encuestado sobre la peligrosidad de las drogas, la legalización de la producción y el consumo, medidas por aplicar a los consumidores, facilidad para conseguir drogas en el país, conocimiento sobre amigos o conocidos consumidores, fuentes de información sobre el tema, criterio acerca de si el consumo ha aumentado, efectos del turismo en la comunidad de residencia, conocimiento sobre programas públicos que atienden este problema y los resultados que se obtienen).

ⁱⁱ*Este instrumento es breve, de fácil aplicación, muy específico y sensible para el diagnóstico de alcoholismo en personas de la población general. El sistema de calificación establece que dos respuestas positivas, de las cuatro que contiene el cuestionario, sugieren una posible bebida excesiva o un alto riesgo de alcoholismo, en tanto que tres o cuatro equivalen a problemas de alcoholismo.*

Varios de los encuestadores y supervisores de campo habían laborado en el estudio de 1990. Tanto ellos como el personal nuevo participaron en el curso de capacitación para el manejo del instrumento y la metodología de la investigación. Se realizaron prácticas y se revisó y amplió el manual de aplicación. La necesidad de propiciar un clima óptimo de entrevista generó el tratamiento exhaustivo de las estrategias tendientes a enfrentar posibles resistencias u ocultamiento de información.

Durante el trabajo de campo, el cuestionario se aplicó en una sola ocasión. En el caso de personas seleccionadas que no pudieron ser entrevistadas la primera vez, se amplió el segmento para cubrir esa cuota, según las características requeridas. Una vez escogida la vivienda, el funcionario de campo solicitaba a su interlocutor los datos sobre edad y sexo de los residentes en la vivienda, ordenados de mayor a menor edad. Posteriormente, con fundamento en las cuotas previstas para cada segmento, se establecía la persona a la cual se le aplicaría el cuestionario.

La casa de inicio en cada segmento se escogió aleatoriamente en el Departamento de Investigación del I.A.F.A.ⁱⁱⁱ El procedimiento establecido indicaba que debía seleccionarse una de cada tres casas, efectuando el recorrido en frente a la casa de arranque en dirección a la derecha. En caso de no cubrirse la cuota establecida en una ronda, se permitiría la realización de dos adicionales.

Tanto para asegurar la confianza del entrevistado, como para minimizar el ocultamiento de información o la no respuesta, en varias preguntas, especialmente las de drogas, las alternativas de respuesta se presentaron mediante tarjetas. Además, las entrevistas se realizaron en condiciones de confidencialidad y se procuró que cada supervisor de campo las asignara con arreglo a ciertas características del entrevistado. Así, en algunos casos convenía que el encuestador fuera del mismo sexo, con el propósito de facilitar confianza y evitar conflictos con terceros.

ⁱⁱⁱ Los mapas de todos los segmentos se obtuvieron en la D.G.E.C. y fueron actualizados en una etapa previa al trabajo de campo.

Después de las entrevistas del día, las cuales se efectuaron entre los meses de marzo y junio de 1995, el supervisor revisaba cada formulario para cerciorarse de que estuviera completo y sin errores. La segunda revisión se efectuó en el Departamento de Investigación del I.A.F.A., en forma paralela al proceso de codificación.

Se logró entrevistar al 97,1% de la población estudiada. En el 98,7% de los cuestionarios, los entrevistadores percibieron que las respuestas obtenidas podían considerarse sinceras.

La confiabilidad del instrumento, estimada mediante la fórmula de Kuder-Richardson para las secciones de consumo e información sociodemográfica, fue adecuada, por cuanto se estableció en 0,68.

5. Definición de términos

5.1 Abstemio: individuo que nunca ha consumido bebidas alcohólicas u otras drogas.

5.2 Bebedor moderado: individuo que consume menos de 100 mililitros (ml) del alcohol absoluto si es varón (menos de 60 ml si es una mujer) en la ocasión que tomó (sentada), dos veces o menos al mes.

5.3 Bebedor excesivo: individuo que consume más de 100 ml del alcohol absoluto si es varón (más de 60 ml si es una mujer) en la ocasión que tomó (sentada), dos o más veces al mes.

5.4 Alcohólico: individuo que presenta incapacidad de abstenerse del consumo de bebidas alcohólicas o de detenerse cuando las consume, así como síndrome de privación mayor (trémor, alucinosis, convulsiones tipo gran mal, psicosis alcohólica o *delirium tremens*).

5.5 Exbebedor: individuo bebedor moderado, excesivo o alcohólico que tiene al menos un año de no ingerir bebidas alcohólicas. Incluye, también, a aquellas personas cuya ingesta anual no ocurre en más de cinco ocasiones, sin llegar a la embriaguez, y tienen más de un año de no tomar.

5.6 Embriaguez: “Se habla de embriaguez leve cuando la concentración de alcohol en la sangre oscila entre 30 y 60 miligramos (mg) (dos a tres tragos de destilado o dos a tres botellas de cerveza) consumidos en una hora y cuyas manifestaciones principales son sensación de calor leve, ligera extroversión y placer, sensación de alerta y disminución de las preocupaciones. Una ingestión de 90 mg de alcohol (cuatro tragos o cervezas) en una hora equivale a embriaguez media y un consumo mayor puede conducir a embriaguez aguda. A partir de 150 mg (seis o siete tragos o cervezas), se presentan distintos grados de intoxicación”²

5.7 Crisis etílica: se refiere a la ingestión de bebidas alcohólicas durante un período de dos o más días seguidos, llegando a la embriaguez.

5.8 Población en riesgo de desarrollar ingesta excesiva de alcohol: en esta investigación, la población en riesgo está constituida por los bebedores moderados y los abstemios.

5.9 Población en alto riesgo de presentar problemas de alcoholismo: en este estudio, este grupo está constituido por los bebedores excesivos.

5.10 Consumo moderado de café: consumo diario inferior a 250 mg de cafeína o menos de tres tazas de seis onzas cada una.

5.11 Consumo excesivo de café: consumo diario igual o superior a 250 mg de cafeína, es decir, tres o más tazas de seis onzas cada una.

5.12 Prevalencia de vida: se refiere a la proporción de sujetos, con respecto a la muestra total que han consumido una droga alguna vez.

5.13. Prevalencia de último año (o consumo reciente): resulta de dividir el total de la población que consumió una droga durante el último año entre la muestra total. En los cuadros que se presentan en este estudio, la prevalencia de último año contiene, además, la información correspondiente a consumo de último mes.^{iv}

5.14 Prevalencia de último mes (consumo actual o activo): corresponde a la proporción de individuos que consumieron alguna droga durante el último mes e integra el consumo de las últimas 24 horas, la última semana y más de una semana pero menos de un mes.

5.15 Incidencia: la incidencia se refiere al número de usuarios nuevos en un período de tiempo determinado (un año en esta investigación). Es la razón entre el número de individuos que experimentaron con alguna droga por primera vez en el año anterior a la aplicación del instrumento, y el total de la población en riesgo, entendida como la población no consumidora.

5.16 Tranquilizantes (menores): son medicamentos de uso controlado que se utilizan para disminuir la ansiedad o inducir el sueño. Este estudio contempla sólo las benzodiazepinas (requieren receta especial para su venta), tranquilizantes con un alto potencial adictivo.

5.17 Estimulantes: en esta investigación, se consideraron únicamente algunos anfetamínicos y cafeína en forma de tiamina-cafeína. Los primeros se emplean para disminuir el apetito y aumentar el estado de alerta, la actividad y disminuir el sueño. Asimismo, son sustancias con potencial de generar adicción y se requiere receta médica especial. La tiamina-cafeína, por otra parte, es de venta libre y se utiliza para aumentar la actividad y disminuir el sueño.

5.18 Opiáceos: este estudio incluye solamente el consumo de codeína y morfina; no obstante, la primera registró un consumo significativamente mayor. En el caso de la morfina, se trata de un medicamento de uso regulado (requiere receta especial para su venta) que se emplea para disminuir el dolor

^{iv} El consumidor de más de un mes pero de menos de un año es un consumidor reciente, no activo.

intenso y crónico. La codeína no requiere prescripción y se usa para eliminar la tos y para disminuir el dolor.

5.19 Intento por dejar una droga: designa, básicamente, una acción, por pequeña que fuere, más que una intención o deseo. Se orienta hacia el logro de una abstinencia, la cual puede haber culminado en éxito o en fracaso.

5.20 Zona urbana: se refiere a casas aglomeradas en cuadrantes, con calles, aceras y todo tipo de servicios urbanos, como luz, agua, buses, etc.

5.21 Zona rural: se refiere a casas diseminadas, localización de viviendas en unos pocos cuadrantes, presencia de actividades agrícolas y algunos servicios básicos.

5.22 Marginal: se refiere a las condiciones deplorables de vida, económicas y sanitarias, en el medio rural y en el urbano.

5.23 Nivel de ingresos familiares: se calculó con base en el valor aproximado de la canasta básica, en colones corrientes, correspondiente al primer trimestre de 1995. Para ello, se tomaron los datos sobre costo de la canasta básica desde 1984 hasta 1994^v y se realizó una proyección a 1995 mediante la fórmula de interpolación de Gregory-Newton. Al resultar una canasta con un monto de ₡ 50,508^{vi}, se establecieron los siguientes niveles de ingreso familiar:

Niveles bajos de ingreso: Menos de ₡50.000.

Niveles medios de ingreso: de ₡50.000 a ₡150.000

Niveles altos de ingreso: Más de ₡150.000.

^v Los datos se tomaron del documento *Costa Rica: tendencias sociodemográficas, económicas y ambientales, 1980-1994*, del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 1995.

5.24 Católico practicante: es aquella persona que asiste regularmente (por lo menos tres veces al mes) a oficios religiosos, se confiesa y comulga.

5.25 Cristiano o protestante: incluye a evangélicos, adventistas, atalayas, iglesia de los santos de los últimos días y otros.

5.26 Ejercicio físico: en este estudio, equivale a cualquier actividad física en la cual se dedican, por lo menos, quince minutos por jornada, dos o más veces por semana, con una intencionalidad orientada al mejoramiento de la estética corporal y/o la salud.

5.27 Sector primario: incluye aquellas actividades que implican la extracción o explotación de un recurso (agricultura, pesca, cacería y trabajos asimilados).

5.28 Sector secundario: comprende las actividades de manufactura relacionadas con la producción o fabricación de bienes, así como otras actividades relacionadas.

5.29 Sector terciario: se refiere, principalmente, a las actividades destinadas a la prestación de un servicio (empleado público, directores, profesionales, técnicos, vendedores ambulantes, comerciantes, etc).

5.30 Segmento: un segmento es un área geográfica delimitada por puntos arbitrarios (calles, casas, ríos, etc.) dentro de la división territorial nacional y en la cual se ubica un promedio de cincuenta viviendas. En este estudio, se empleó la segmentación efectuada en 1994 por la Dirección General de Estadística y Censos.

5.31 Drogas legales: el tabaco, bebidas alcohólicas, cafeína y medicamentos de consumo restringido.

^{vi} Equivalen, aproximadamente, a US\$ 300, al tipo de cambio de abril de 1995.

5.32 Drogas ilegales: drogas cuyo consumo se penaliza: marihuana, cocaína, heroína y crack, entre las más conocidas.

6. Características de la muestra

Un 95% de los entrevistados era costarricense. El resto (4,6%) era originario de Centroamérica o México y sólo una pequeña fracción agrupaba a sujetos de otros países.

En el cuadro 3, se aprecian las principales variables sociodemográficas de la muestra en estudio.

Cuadro 3
Características sociodemográficas de la muestra del “Estudio nacional sobre consumo de drogas”
Costa Rica, 1995

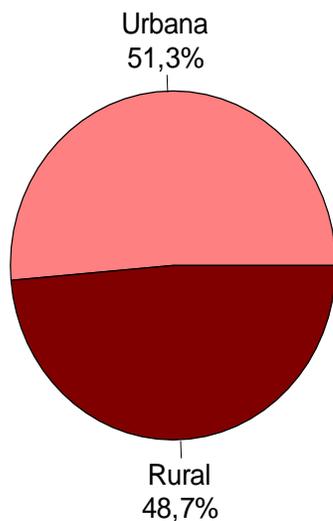
VARIABLE	VALORES PORCENTUALES (%)
SEXO	
Masculino	49,8
Femenino	50,2
EDAD	
12 - 14	6,50
15 - 19	13,90
20 - 24	12,70
25 - 29	11,70
30 - 34	11,80
35 - 39	10,10
40 - 44	8,60
45 - 49	5,60
50 - 54	6,60
55 - 59	4,40
60 - 64	4,40
65 - 70	3,60
ESTADO CIVIL	
Soltero	36,20
Casado	47,60
Viudo	2,10
Divorciado	1,60
Unión libre	11,00
Separado	1,50

continuación cuadro 3

VARIABLE	VALORES PORCENTUALES (%)
OCUPACIÓN	
Sector primario	12,8
Sector secundario	11,0
Sector terciario	19,0
Estudiante	13,7
Ama de casa	35,9
Otro	7,6
RELIGIÓN	
Católico practicante	64,5
Católico no practicante	13,8
Protestante	15,0
No tiene	5,9
Otra	0,8
PROVINCIA	
San José	29,0
Alajuela	15,6
Cartago	11,5
Heredia	9,8
Guanacaste	11,0
Puntarenas	12,7
Limón	10,3
ESCOLARIDAD	
Primaria incompleta	21,2
Primaria completa	31,5
Secundaria incompleta	23,6
Secundaria completa	8,9
Universitaria incompleta	5,2
Universitaria completa	3,5
Parauniversitaria	1,3
Sin educación formal	4,7

Un 1,8% de la muestra corresponde a comunidades marginales (entre las que se encuentran las dieciséis comunidades prioritarias definidas por el Gobierno). De este porcentaje, el 1,3% corresponde a comunidades rurales marginales.

Figura 2
Distribucion de la muestra por zona.
Costa Rica, 1995



7. Limitaciones del estudio

Este tipo de investigación produce estimaciones sobre consumo de drogas basadas en los informes que brindan personas con un año o más de residir en una vivienda. En general, los datos que se obtienen son fidedignos y se ajustan a la realidad; sin embargo, los estudios de esta naturaleza no están exentos de ciertas limitaciones.

Una primera limitación, apuntada universalmente³, se relaciona con el hecho de que la información se obtiene mediante reporte personal, en cuyo caso se debe confiar en la honestidad y la memoria del entrevistado. Según Van Hasselt et al⁴, los consumidores de drogas, y los que abusan de ellas,

tienden a mostrar reportes bastante confiables. Otros autores⁵ consideran que, en el público en general, son esperables ciertos errores de no respuesta, razón por la que han profundizado en el desarrollo de modelos tendientes a disminuir los sesgos de respuesta. En relación con lo anterior, en la presente investigación se estableció que el instrumento tiene un adecuado nivel de consistencia interna, como se apuntó en una sección anterior, y prácticamente todos los encuestadores percibieron que las respuestas brindadas por las personas entrevistadas eran sinceras.

Considerando los problemas que pudiera generar este procedimiento de recolección de información, se buscó minimizar los errores mediante el desarrollo de estrategias adecuadas de entrevista, con especial énfasis en una buena formulación de las preguntas.

Existe la dificultad de que, por tratarse de una encuesta transversal y no longitudinal, la entrevista sólo se efectúa en una oportunidad, lo que impide determinar cómo evoluciona el consumo en ciertos grupos humanos.

Otro factor limitante se presentó durante el desarrollo del trabajo de campo, específicamente en el momento de la aplicación de los cuestionarios. Según se practicó en 1990, la factibilidad de visitar una vivienda hasta varias veces si el sujeto por entrevistar no se encontraba, se vio truncada en 1995 ante la imposibilidad de laborar más allá de las dieciséis horas, dadas las disposiciones administrativo-legales del Gobierno, situación que afectó dos terceras partes de la labor de campo.

Además, algunos problemas de orden administrativo, fuera del control de los investigadores, hicieron que el trabajo de campo, previsto para desarrollarse durante un período de dos meses, se extendiera hasta casi tres meses y medio. Aunque una mayor duración del trabajo de campo no entraña por sí mismo un obstáculo, la disposición y las expectativas del personal de campo, así como su motivación, sí pudieron verse afectadas.

Una última limitante se relaciona con el hecho de que, por tratarse de una encuesta de hogares, supone la exclusión de ciertas subpoblaciones, como los pacientes internados en hospitales, los sujetos que reciben atención especializada en otros centros de tratamiento, y la población deambulante y sin residencia fija, entre otras.

RESULTADOS

1. Aspectos generales

1.1 Mención de problemas de salud

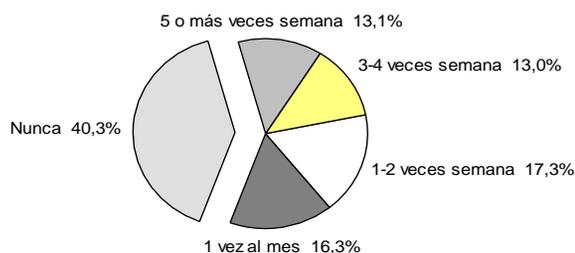
La mayor parte de la población (55%) indicó que no tenía problemas de salud. De aquellos que respondieron positivamente, más de la mitad (58,2%) refirió que padecía problemas cardiovasculares, en tanto que las afecciones respiratorias y digestivas fueron mencionadas por un 4,3 y un 7,3%, respectivamente. Sólo cuatro sujetos (0,1%) mencionaron que presentaban problemas de alcoholismo; sin embargo, un 2,2% reportó que había sido internado por estos problemas y un 3% indicó que había recibido algún tratamiento por ellos, lo cual pone de manifiesto las dificultades que experimentan muchas personas para reconocerse como alcohólicas.

Entre las personas que reportaron presentar depresión y ansiedad como problema principal de salud (2,3%), se halló que este fue significativamente más frecuente entre mujeres, casadas, amas de casa y con edades entre 31 y 50 años. Estos resultados coinciden con los encontrados por Míguez y Pecci⁶ en diez ciudades del Paraguay.

Seis de cada diez personas manifestaron que habían sido atendidas por un profesional o practicante de la salud en el último año. Cuatro de ellas consultaron a un médico y una a un médico especialista. De las personas que acusaron problemas de salud como los citados en el párrafo anterior, la gran mayoría (cifras promedio superiores al 80%) fue atendida por dichos profesionales, con excepción de quienes tenían problemas de alcoholismo, en los cuales la frecuencia de atención fue menor. De todas las personas que consultaron a algún practicante de la salud, la mayor parte eran mujeres.

Un elemento importante por destacar dentro de este apartado es la presencia de estados de tensión o estrés (intensas preocupaciones o agotamiento por exceso de trabajo o estudio) durante el último año, los cuales, aparentemente, no fueron considerados, por las personas entrevistadas, como problemas de salud y, por consiguiente, tampoco los mencionaron.

Figura 3
Frecuencia de estados de tensión o estrés durante el último año.
Costa Rica, 1995



Llama la atención que más de un 50% de la población reconoce estar sometida a estados de tensión o estrés con una frecuencia semanal de al menos una o dos veces, y que más de una cuarta parte lo experimenta más de tres veces por semana (ver figura 3). Este fenómeno es más frecuente en la zona urbana y, en el nivel nacional, significativamente mayor en los individuos de 20 a 40 años de edad, predominantemente mujeres. Su asociación con el consumo actual de alcohol, tabaco y marihuana es débil; no así con el de cocaína y *crack*, con respecto al

cual más cantidad de personas respondió estar sometido a una gran tensión cotidiana. Los estados de tensión con frecuencia semanal de al menos una vez se hallaron, predominantemente, entre funcionarios del sector terciario (49,1%) y amas de casa (44%) ($p=0,00005$).

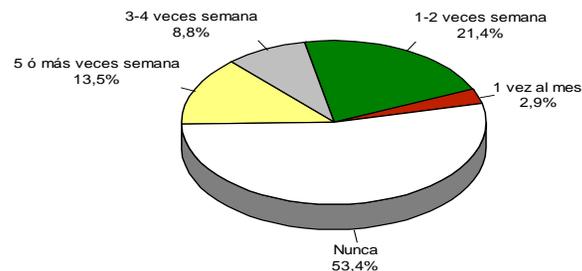
En general, más de una tercera parte de las personas que habitualmente experimentan estados de tensión no consulta a profesionales de la salud, de ninguna especialidad. Asimismo, dos tercios de los que reportaron estados de tensión muy frecuentemente, no eran proclives a la práctica de ejercicio físico.

1.2 Ejercicio físico

Al igual que en 1990, la práctica de ejercicio físico^{vii} en 1995, por parte de la población de 12 a 70 años, se presenta como una actividad que desarrolla más del 40%. En ambos períodos, dicha actividad fue ejercida a diario o casi a diario por una de cada cinco personas.

En 1995, se hallaron importantes diferencias por zona y por sexo ($p=0,0000$). La práctica de actividad física con fines de mejoramiento de la salud y/o estética corporal fue mayor

Figura 4
Distribución porcentual de la muestra según frecuencia de práctica de ejercicio físico.
Costa Rica, 1995.



^{vii} El ejercicio físico se definió en esta investigación como cualquier actividad física para la cual se dedica un mínimo de quince minutos por jornada, dos o más veces por semana, con una intencionalidad orientada al mejoramiento de la salud o a la estética corporal.

en la zona urbana que en la rural y más frecuente entre varones que entre mujeres, principalmente solteros.

En relación con la edad, la práctica de ejercicio tres o más veces por semana fue mayor en el grupo de 15 a 24 años (34,4% de los que se ejercitaban con esta frecuencia) y tiende a disminuir conforme aumenta la edad. El grupo en el cual se reportó la frecuencia más baja de ejercitación física, o la ausencia de esta, fue en el de 30 a 50 años (41%). La asociación entre la edad y la frecuencia de ejercicio físico es estadísticamente significativa ($p=0,0000$).

El consumo reciente de drogas fue menos frecuente entre los sujetos que practicaban ejercicio físico tres veces o más por semana.

Por otra parte, la ingestión de productos frutícolas y verduras fue significativamente mayor en aquellas personas habituadas a la práctica frecuente de ejercicio físico, cuya frecuencia, también, tiende a ser mayor en grupos con ingresos familiares altos y medios, según se aprecia en el cuadro 4.

Cuadro 4
Frecuencia de ejercicio físico en la población de 12 a 70 años,
según nivel de ingresos familiares.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

NIVEL DE INGRESO	PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO			TOTAL
	Nunca ^o	Mucho ^{oo}	Poco ^{ooo}	
Bajo	63,5	20,2	16,3	100
Medio	44,6	23,0	32,4	100
Alto	35,5	25,2	39,3	100

$p=0,0000$

^o Comprende la ausencia total de ejercicio o su práctica con una frecuencia de una vez al mes.

^{oo} Incluye la práctica tres o más veces por semana.

^{ooo} Hace referencia a la práctica una vez por semana.

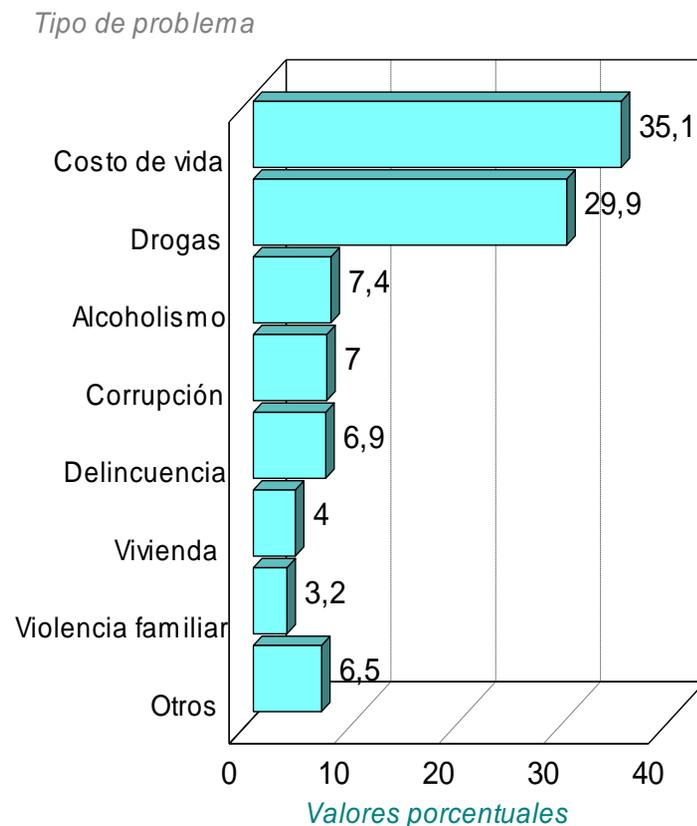
2. Percepciones sobre aspectos diversos

2.1 Opinión sobre los problemas del país y de la comunidad

La población nacional percibe, como principal problema del país, el *costo de la vida* (35,1%) y, en segundo lugar, el *consumo de drogas* (29,9%), según se observa en la figura 5. Esta última categoría incluye el consumo propiamente dicho (24,9%), el tráfico (4%) y la producción (1%). Estas percepciones son similares a las encontradas en el estudio de 1990, con la diferencia de que el porcentaje atribuido al consumo de drogas aumentó en casi diez puntos en 1995; es decir, se fortaleció e incrementó el criterio en los entrevistados acerca del problema del consumo de drogas en el país. Asimismo, la percepción acerca del problema del alcoholismo mantiene el tercer lugar, al igual que en 1990, con un 7,4%.

Cuando se analizan estas percepciones por sexo, se

Figura 5
Distribución porcentual de la población de 12 a 70 años, según opinión acerca del principal problema del país. Costa Rica, 1995.



observa que en 1995, más mujeres que hombres consideran el problema del consumo de drogas como el más importante.

Tanto en 1990 como en 1995, se determinó que el grupo de 12 a 14 años es el que le asignó mayor importancia al consumo de drogas. En el presente estudio, ese porcentaje fue de 40,2%, en tanto que en 1990 fue de 27,2%. Esta percepción muestra que los jóvenes, a diferencia de los adultos, posiblemente identifican una situación que esté más cerca de su realidad ($p=0,0000$).

Por provincias, se hallaron diferencias significativas, de manera que, en Limón, se encontró que un 33,6% de las personas señaló las drogas como principal problema. Esta apreciación es interesante por ser la provincia de Limón, presuntamente, uno de los principales puertos marítimos y el lugar en el que se producen y trafican importantes cantidades de drogas.

Al analizar los problemas del país por zonas, tipo de religión y escolaridad, la percepción es similar, pues se presenta el costo de la vida como principal problema y, en segundo lugar, el consumo de drogas.

Otro aspecto interesante es la relación que existe entre la percepción de las personas entrevistadas en cuanto a los problemas del país y el hecho de si han consumido o no algún tipo de droga. En este sentido, se encontró que los no fumadores de tabaco y los no consumidores de alcohol le atribuyen un porcentaje más elevado (26,9 y 27,6%, respectivamente) al problema del consumo de drogas ($p=0,0000$). Igual fue la percepción encontrada en 1990.

Cabe destacar que la percepción acerca del principal problema nacional es similar a las opiniones de los encuestados sobre los principales problemas de su propia comunidad. Se apuntan, en orden de importancia, el costo de la vida (28,2%), el consumo de drogas (15,1%) y el alcoholismo (15,4%). No se hallaron diferencias significativas al analizarse las opiniones entorno a los problemas del país o de la comunidad.

Esta situación es coherente también con los hallazgos de la encuesta de opinión pública llevada a cabo en el segundo semestre de 1995 por la firma de Borge y Asociados^{viii}, en la cual el público

^{viii} Los datos se tomaron del documento no publicado sobre la encuesta de opinión pública del 1° de setiembre de 1995.

identificó el costo de la vida como el problema actual más grave de Costa Rica (20%), seguido por la delincuencia (16%) y la drogadicción (14%). Cuando se preguntaron las razones por las cuales había aumentado la delincuencia, se señalaron las drogas en primer lugar, luego la pérdida de valores y, por último, el sistema penitenciario. En el presente estudio, según se detallará posteriormente, el 10% de las personas que estiman que el consumo de drogas ha aumentado en Costa Rica lo hace con fundamento en que ha habido un incremento de la delincuencia.

En síntesis, se puede concluir que los problemas del país y de la comunidad mencionados por la población en 1990 y en 1995 son indicadores de que, tanto los problemas económicos como los sociales, las drogas entre ellos, son de trascendencia para las personas. En ambos períodos, destacaron los mismos asuntos; sin embargo, en esta oportunidad, los porcentajes han aumentado, lo cual significa que cada día se identifican en forma más clara los aspectos socioeconómicos que pueden estar afectando al individuo en particular y al país en general.

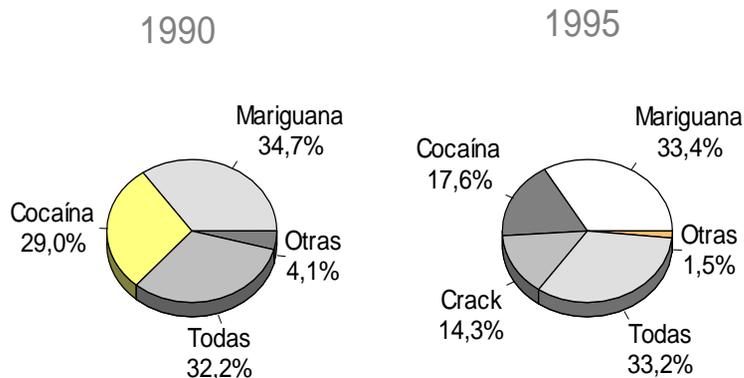
2.2 Drogas conocidas

La exposición de las personas al tema de las drogas ilícitas es muy elevada. Prácticamente, toda la población ha oído hablar de alguna de ellas, especialmente de la marihuana. La cantidad de información que se difunde por los medios de comunicación es abundante, aunque su grado de calidad es relativamente pobre.

Según se aprecia en la figura 6, de 1990 a 1995 la variante más importante se presenta con respecto al *crack*, sustancia cuyo consumo, como se analiza más adelante, ha tenido una rápida evolución durante el quinquenio. A finales de la década anterior y principios de la actual, su consumo estaba localizado en sectores minoritarios.

Figura 6

Droga acerca de la cual las personas han escuchado más.
Costa Rica, 1990-1995



De las personas que mencionaron la mariguana, la cocaína y el *crack* como las drogas sobre las cuales habían escuchado más, la mayor parte se ubica en el rango de 12 a 20 años de edad, seguido por el grupo de 21 a 30 años, dentro del cual predominan las personas que se desempeñan como amas de casa.

En el cuadro 5 se ponen de relieve algunas diferencias significativas según el nivel de ingresos familiares de la muestra.

Cuadro 5
 Droga acerca de la cual las personas han escuchado más,
 según el nivel de ingresos familiares.
 Costa Rica, 1995.
 (Valores porcentuales)

NIVEL DE INGRESOS	DROGA					TOTAL
	Mariguana	Cocaína	Crack	Todas	Otras	
Bajos	39,2	17,6	14,1	27,3	1,8	100
Medios	24,4	17,5	16,0	41,4	0,7	100
Altos	14,7	20,9	9,8	54,6	---	100

$p=0,00000$

2.3 Fuentes de información sobre drogas

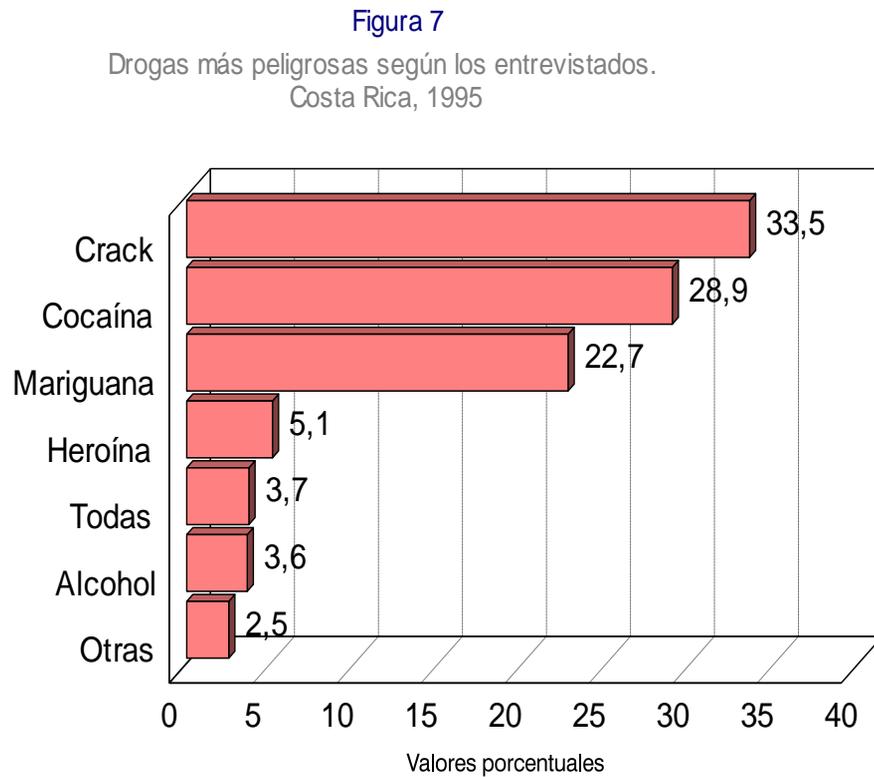
La mayor parte de las personas (72,2%) obtiene la información sobre las drogas por conducto de los medios de comunicación colectiva. No obstante, sobresalen algunas diferencias significativas. De los 25 años de edad en adelante, se observa una mayor propensión a obtenerla por dichos medios, en comparación con lo que sucede con el grupo de 12 a 24 años, en el cual una mayor cantidad de personas mencionó que obtenía la información mediante instituciones y material impreso ($p=0,0000$). Cabría entonces preguntarse si la calidad y la cantidad de información obtenida es superior en uno u otro grupo, es decir, entre quienes se informan por los medios y quienes lo hacen mediante material impreso y por instituciones.

En comparación con los varones, un mayor número de mujeres tiende a obtener la información sobre drogas por vía de los medios de comunicación que por sus amistades ($p=0,0000$), como suele suceder con los primeros.

La posibilidad de recibir información sobre drogas por conducto de instituciones o de material impreso es menor en la zona rural que en la urbana, y mayor entre estudiantes con educación secundaria (completa o incompleta) que entre universitarios y parauniversitarios.

2.4 Drogas más peligrosas

Según el criterio de la población nacional, las drogas más peligrosas son el "crack", la cocaína y la mariguana. En relación con el "crack", la asignación de peligrosidad es mayor en la zona urbana que en la rural ($p=0,0000$). La peligrosidad asignada al "crack", en comparación con la atribuida al clorhidrato de cocaína, es semejante cuando el análisis se realiza por sexo, raza y religión. Sin embargo, los católicos practicantes constituyen el grupo que, mayoritariamente, visualiza la mariguana como la droga más peligrosa. La proporción de individuos que percibe el alcohol como la droga más peligrosa es reducida y se destacan los que pertenecen a religiones diferentes de la católica y a católicos no practicantes.



Después de los 30 años de edad, es significativamente menor la cantidad de individuos que perciben el "crack" y la cocaína como las drogas más peligrosas. La adjudicación de peligrosidad a las drogas ilícitas, por lo tanto, tiende a ser mayor en el grupo de 30 años y menos, católico practicante, especialmente las personas entre los 12 y los 20 años, con educación primaria o secundaria.

Aunque no se hallaron diferencias significativas según el ingreso familiar de los individuos encuestados, el cuadro 6 revela que menos personas con ingresos altos asignaron a la mariguana la mayor peligrosidad, en tanto que, dentro de este mismo grupo, se adjudicó mayor peligrosidad al "crack".

Cuadro 6
Criterio de la población en cuanto a la droga más peligrosa,
según nivel de ingresos familiares.
Costa Rica, 1995
(Valores porcentuales)

NIVEL DE INGRESOS	DROGA						TOTAL
	Mariguana	Cocaína	"Crack"	Heroína	Inhalables	Otras	
Bajos	27,4	28,1	28,8	3,8	0,5	11,4	100
Medios	14,9	31,1	39,4	7,3	1,0	6,4	100
Alto	9,8	27,0	45,4	9,2	1,2	7,4	100

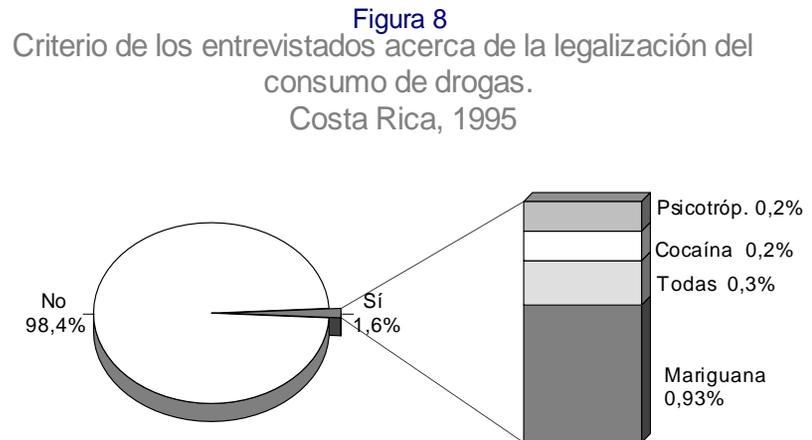
En otras poblaciones, como la peruana, se han efectuado hallazgos similares⁷ con las variantes propias de su realidad. Se ha considerado como droga más peligrosa la PBC^{ix}, seguida por la cocaína y la mariguana, en proporciones que van desde el 38,4 hasta el 13,4% .

Pese a que en general, la asignación de peligrosidad hacia el alcohol y el tabaco es muy baja, tiende a disminuir conforme aumenta la edad del individuo. Un estudio realizado entre población estudiantil peruana⁸ reveló que la asignación de peligrosidad hacia dichas drogas no sólo era muy baja, sino que, según el criterio de los entrevistados, estas drogas no tenían efectos perjudiciales. En Costa Rica, sólo un 0,4% de la población en el presente estudio mencionó el tabaco como la droga más peligrosa.

^{ix} Pasta básica de cocaína. La PBC y el "crack" son similares en su acción.

2.5 Legalización de las drogas

Prácticamente, la totalidad de las personas es contraria a la idea de legalizar las drogas^x. Esta situación, que podría generalizarse a gran parte de los países latinoamericanos, se asemeja concretamente a la descrita por Ferrando et al⁹ con respecto a la población urbana del Perú.



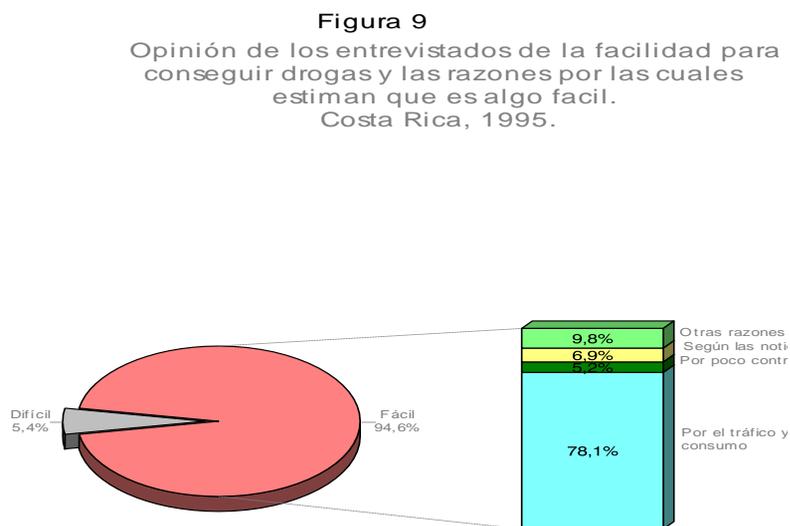
Sobre el tema de la legalización se ha debatido poco en Costa Rica, si se compara, por ejemplo, con algunos países europeos y andinos (Colombia, Perú, Bolivia), en los cuales el problema se plantea desde diferentes ángulos y con una frecuencia relativamente elevada. Cabría preguntarse si los resultados obtenidos en el presente estudio son reflejo de esa situación o si, por el contrario, son una manifestación de un nivel de conocimiento determinado, al menos entre quienes apoyan la legalización, dada su

^x A los entrevistados se les indicó que por legalización debían entender la posibilidad de que las personas puedan adquirir y consumir drogas en cualquier lugar sin ser objeto de detención o de cualquier medida represiva. Además, el concepto de legalización se amplió al suponer una acción del Estado orientada a vigilar la libre comercialización de las drogas y cuidar de la calidad de éstas, su producción, distribución e importación; todo como parte de una estrategia alternativa, es decir, diferente de las acciones represivas tradicionales para enfrentar el problema.

inclinación hacia la marihuana. Quienes están a favor de la legalización, son principalmente varones ($p=0,02$) de la zona urbana, católicos no practicantes o sujetos sin religión, entre 21 y 38 años, con educación secundaria o universitaria y ubicados dentro del sector laboral terciario.

2.6 Facilidad para conseguir drogas: el tema de la disponibilidad.

Según se ha demostrado en estudios nacionales realizados en poblaciones estudiantiles^{10,11}, existe la idea generalizada de que conseguir marihuana y cocaína es una tarea fácil, sin que esto esté necesariamente relacionado con la práctica de consumo. En los estudiantes universitarios de centros de



educación superior estatal, por ejemplo, más de dos terceras partes opinan en ese sentido con respecto a la cocaína, en tanto que 8 o más de cada diez lo hace con respecto a la marihuana. Una proporción mayor de estudiantes de últimos años de enseñanza media consideró, en 1993, que la consecución de cocaína era una labor sencilla (75%), en tanto que casi 9 de cada 10 opinaron lo mismo en relación con la marihuana.

La cantidad de personas que opinaron que conseguir drogas es fácil ($p=0,00016$) es significativamente mayor en la zona urbana que en la rural.

2.7 Opiniones sobre el consumo de drogas en el país.

La mayor parte de las personas (85,7%) es del criterio que el consumo de drogas ha aumentado en el país. De ellas, un número significativamente mayor corresponde a la zona urbana, mientras que en la zona rural es mayor la cantidad de personas que opinan que el consumo ha experimentado una reducción ($p=0,00000$).

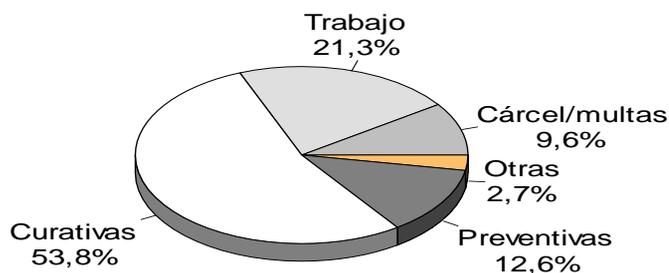
Las personas que observan un aumento en el consumo son predominantemente individuos divorciados o casados, con educación universitaria, y con edades inferiores a los 30 años ($p=0,0000$). Dicho aumento lo atribuyen a la observación de un número cada vez mayor de traficantes y de *adictos* (según informa el 47,7%) y en virtud de lo que ven y oyen en las noticias (34,4%). Una de cada diez personas mencionó que el aumento en el consumo de drogas es resultado de la delincuencia.

Acerca de las medidas por tomar con los consumidores habituales de drogas ilegales, la población estima como óptimas las medidas curativas, según se observa en la figura 10. Esta opinión es semejante a la encontrada entre la población urbana del Perú en 1992¹².

Es interesante observar e, incluso, puede estimarse como un logro, que en el nivel general las personas consideren que a los consumidores habituales deben ofrecérseles medidas curativas (53,8%) y oportunidades de trabajo (21,3%), más que la privación de su libertad (7,2%) o la imposición de multas (2,4%). Las medidas preventivas fueron citadas por más personas de la zona rural que de la urbana y, en general, por individuos de 12 a 20 años con enseñanza primaria ($p=0,0000$).

Figura 10

Criterio de los entrevistados sobre las medidas por tomar con los consumidores de drogas. Costa Rica, 1995.



2.8 Opiniones sobre el consumo de drogas entre personas conocidas.

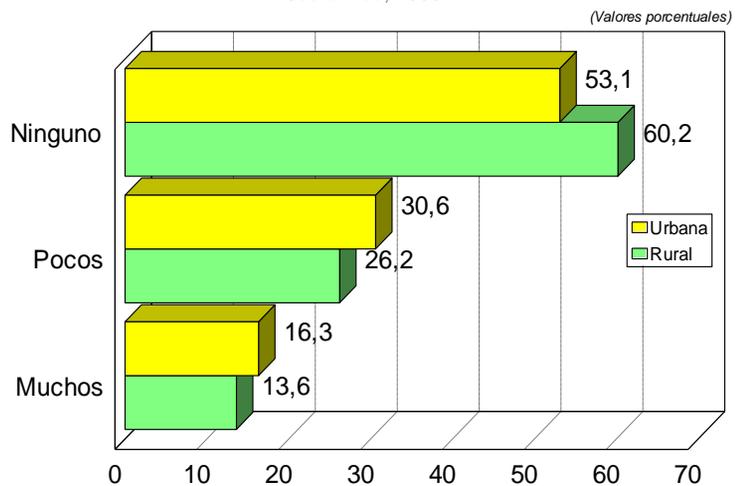
Una experiencia previa de investigación, llevada a cabo en estudiantes costarricenses de décimo y undécimo años¹³, reveló que casi tres cuartas partes desconocía si sus compañeros consumían drogas ilícitas y sólo un 0,05% indicó que dicha práctica estaba presente en *muchos* compañeros.

En la población general costarricense, ocurre un fenómeno diferente con respecto a las categorías antes mencionadas: sólo un 0,2% acusó desconocimiento, en tanto que un 15% optó por la categoría *muchos* (véase la figura 11).

En cuanto a quienes creen que muchos de sus amigos o conocidos consumen drogas, es significativamente mayor la cantidad de personas de zonas urbanas que de rurales ($p=0,0005$). Asimismo, casi la mitad de las personas con esa opinión se ubican en el grupo de edad de 21 a 39 años ($p=0,004$).

Entre aquellos que optaron por la categoría *muchos*, un 67,6% corresponde a consumidores de alcohol durante el último año ($p=0,046$), 21,7% de marihuana y 40% de cocaína. De los consumidores activos de marihuana y cocaína, un 70 y un 50%, respectivamente, manifestaron que muchos de sus amigos o conocidos consumen drogas. Lo anterior corrobora la idea de que los grupos de referencia de

Figura 11
Criterio de los entrevistados acerca de la cantidad de sus conocidos que consumen drogas, por zona.
Costa Rica, 1995.



los consumidores activos de drogas posiblemente son otros consumidores. En el caso contrario, también es muy elevada la probabilidad de que una persona que nunca ha consumido drogas (lícitas o ilícitas) reporte que ninguno o pocos de sus conocidos lo hacen ($p=0,0000$).

Las provincias en las cuales un mayor número de personas estima que muchos de sus conocidos o amistades consumen drogas ilícitas son Limón y Guanacaste (en particular en zonas urbanas), según se aprecia en el cuadro 7. El agrupamiento de las categorías *pocos* y *muchos* revela que al menos una tercera parte de la población nacional manifiesta tener entre sus conocidos y amigos algún consumidor de drogas.

Cuadro 7
Distribución porcentual de la muestra según su criterio acerca de la
cantidad de amigos o conocidos que consumen drogas ilegales.
Costa Rica, 1995.

PROVINCIAS	NINGUNO	POCOS	MUCHOS	TOTAL
San José	52,6	32,8	14,6	100
Alajuela	63,7	25,7	11,6	100
Cartago	61,5	26,9	11,6	100
Heredia	59,9	30,3	9,8	100
Guanacaste	56,1	23,4	20,6	100
Puntarenas	63,2	23,1	13,7	100
Limón	44,4	31,1	24,5	100

$p=0,0000$

2.9 Conocimiento de instituciones y programas

Un 57,6% de los entrevistados conoce instituciones que trabajan en el tema de las drogas. De estos, dos terceras partes residen en zonas urbanas ($p=0,0000$); en general, son menores de 38 años y con educación secundaria y universitaria. A partir de los 39 años de edad disminuye significativamente el conocimiento sobre este tipo de instituciones.

Las instituciones más conocidas por los entrevistados son los Hogares CREA y el I.A.F.A. Esta última entidad fue mencionada por el 26,3% de la población. Es posible especular que, antes de 1987, una mayor proporción de personas hubiese mencionado al Instituto Nacional sobre Alcoholismo o a la Comisión sobre Alcoholismo, organizaciones antecesoras del IAFA^{xi}.

Dos de cada tres personas que mencionaron conocer el I.A.F.A. pertenecían a zonas urbanas. Un 39,7% residía en las provincias de Heredia y San José ($p=0,0000$). Más del 60% tenía menos de 38 años. Además, 2 de cada 10 contaban con educación secundaria.

Otros programas, tales como DARE y Alcohólicos Anónimos (A.A.), fueron mencionados por el 10% de las personas.

^{xi} *A pesar de tener menos años de existencia que A.A. e I.A.F.A., Hogares CREA fue mencionada por una mayor cantidad de personas, lo cual pudo obedecer a varios factores: una presencia significativa en los medios de comunicación, a raíz de conflictos administrativos y técnicos durante los últimos años; la promoción y divulgación de una lotería específica y, ante todo, por el hecho de ser una organización que dirige sus esfuerzos a tratar a una población afectada directamente por el abuso de las drogas. A diferencia del I.A.F.A. y A.A., las cuales nacieron para enfrentar el problema del alcoholismo, Hogares CREA fue la primera en desarrollar, en exclusiva, un programa para tratar el abuso y la dependencia de las drogas ilegales. Asimismo, es posible que la capacidad de evocación del público fuera mayor hacia Hogares CREA dado que el tema de las drogas suele circunscribirse a las sustancias ilegales y a los adictos.*

Por otra parte, las personas tienen una opinión favorable acerca del éxito de los programas preventivos a cargo del Estado. Un 47,3% estima que dichos programas tienen *mucho* éxito, en tanto que sólo un 5% considera lo contrario. Esta convicción es significativamente más frecuente entre gente joven, en especial en el grupo de 12 a 20 años. Conforme aumenta la edad, disminuye la cantidad de personas que opina en ese sentido ($p=0,01$).

DROGAS LÍCITAS

1. Consumo de café

A pesar de que el análisis de información sobre este tema es una práctica poco usual en informes como el presente, se incluyó por considerar que ha adquirido una importancia creciente. Si bien es cierto en 1990 se recolectó información sobre este tema en Costa Rica, esta es la primera vez que se presenta como parte del informe sobre consumo de drogas lícitas en el nivel nacional.

Sin duda, es un tema relevante, puesto que actualmente se conocen los diversos riesgos atribuidos a su abuso. La cafeína es la sustancia estimulante que contienen el café y otros productos de consumo masivo. Una taza de café de 6 onzas contiene aproximadamente 108 mg de cafeína. También, se utiliza en algunos medicamentos que se consumen a diario, así como en otros que requieren prescripción médica.

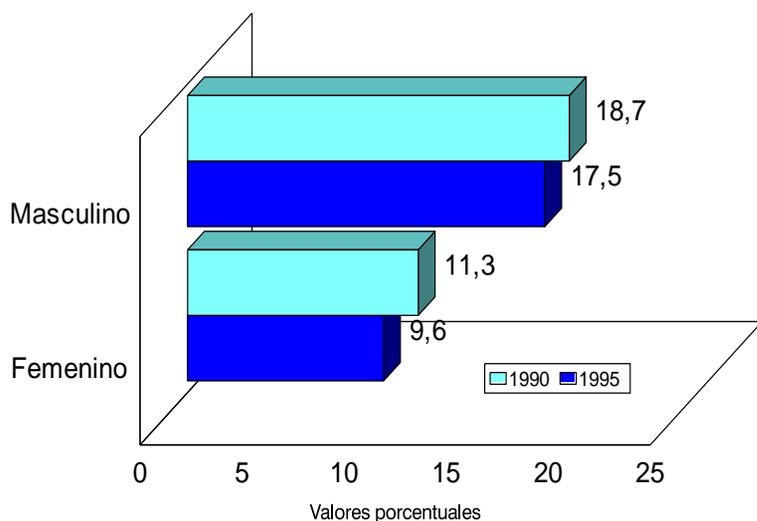
Según Dusek y Girdano¹⁴, “el consumo de 250 mg o más de cafeína al día es considerado por muchos investigadores como excesivo... Los efectos colaterales más frecuentes del exceso de café son la ansiedad, la irritabilidad, la diarrea, arritmias ... y la incapacidad de concentrarse”. Además, se ha señalado que, si las personas desarrollan tolerancia a la cafeína y suspenden esta sustancia, su organismo manifiesta algunas molestias como dolor de cabeza, irritabilidad, cambios de humor y trastornos del sueño, entre otras.

Tres cuartas partes de la población de 12 a 70 años han tomado café alguna vez en su vida, lo cual, en términos absolutos, representa 1.755.312 habitantes, de los cuales el 59,4 % tiene 30 años o más. Aunque en el estudio de 1995 no se hallaron diferencias por sexo, *la prevalencia general de consumo de café* fue siete puntos porcentuales menor que la hallada en 1990. Esta situación puede estar

asociada a las personas que, por alguna razón, no consumen dicho producto y que investigadores del Instituto del Café de Costa Rica han denominado *desactivadores de café*. Aguilar V. et al¹⁵ refieren que los niños y jóvenes no consumidores de café se convierten en los principales *desactivadores* en un hogar, lo cual puede repercutir en que, en el futuro, se presente una disminución en el consumo per cápita.

En relación con la frecuencia del consumo de café por sexo, se observan escasas diferencias. La proporción de mujeres que tiende hacia un consumo moderado es mayor que la de varones (39,4 y 33,3%, respectivamente); las mujeres toman entre una y dos tazas diarias de café. En su mayoría, los consumidores moderados son trabajadores del sector terciario y amas de casa. Asimismo, más del 50 % refirió que les hace falta tomar café y que presentan las molestias principalmente cefaleas y ansiedad, si no lo ingieren.

Figura 12
Consumo excesivo de café, según sexo.
Costa Rica 1990-1995.



$p=0,00000$

Tanto en 1990 como en 1995, se aprecian prácticas de consumo excesivo (de tres hasta diez tazas de café por día), principalmente en los varones (véase figura 12).

El cuadro 8 permite una comparación entre el consumo moderado y el consumo excesivo de café durante 1990 y 1995, según grupos de edad.

Cuadro 8
Distribución porcentual de población consumidora de café,
por tipo de consumo, según grupos de edad.
Costa Rica, 1990-1995.

<i>GRUPOS DE EDAD</i>	<i>CONSUMO MODERADO</i>		<i>CONSUMO EXCESIVO</i>	
	<i>1990</i>	<i>1995</i>	<i>1990</i>	<i>1995</i>
12 a 20	82,3	86,7	17,7	13,3
21 a 29	72,3	78,6	27,7	21,4
30 a 38	65,5	71,7	34,5	28,3
39 y más	59,0	62,9	41,0	37,1

Al comparar las proporciones correspondientes a dos tipos de bebedores de café, se aprecia que, en las personas con edades entre 12 y 20 años, se concentra el mayor número de consumidores moderados, pero, conforme mayor es la edad, el consumo excesivo tiende a aumentar ($p=0,0000$).

No se hallaron diferencias significativas entre el tipo de consumidor y el nivel de ingresos, situación diferente a la encontrada en 1993 por Aguilar et al¹⁶, en la cual se detectó un menor consumo conforme aumentaba el nivel de ingreso.

La información sobre *prevalencias del consumo de café* en otros países es escasa, principalmente por tratarse de una sustancia legal de amplio consumo. Los datos que se localizan en algunos países generalmente se relacionan con estudios de mercadeo y consumo per cápita. Durante 1993, Costa Rica presentó un consumo per cápita de 4,13 kilogramos (Kg) por persona al año, similar al per

cápita del año 1991¹⁷ en países como Canadá (4,85 Kg), Estados Unidos (4,52 Kg.), Italia (4,39 Kg.), España (4,08 Kg.) y Chipre (4,03 Kg).

2. Consumo de medicamentos tranquilizantes

El consumo de medicamentos tranquilizantes en Costa Rica es un tema de creciente preocupación, la cual ha sido puesta de relieve en diferentes estudios tanto nacionales^{18, 19, 20, 21, 22} como foráneos^{23, 24, 25, 26}. En la presente investigación, tales medicamentos corresponden al grupo de los benzodiacepínicos (diazepán, bromazepán y lorazepán, principalmente).

La prevalencia general de consumo indebido (2,2%), es decir, aquel en el cual no medió una receta médica para su empleo, se puede considerar elevada. El cuadro 9 muestra los valores para dicho consumo, así como la ingestión reciente y la actual. Es posible afirmar que, en términos absolutos, cerca de 30.000 costarricenses son consumidores recientes de medicamentos tranquilizantes. Al comparar esta situación con la prevaleciente en 1990, se puede afirmar que ha habido un aumento significativo, dado que, a inicios de la década, el consumo sin receta médica fue practicado por un 0,88% de la población entre 12 y 70 años de edad.

Cuadro 9
Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en la población de 12 a 70 años.
Costa Rica 1995.

TIPO DE PREVALENCIA	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA	INTERVALOS DE CONFIANZA
VIDA	2,2	1,6 - 2,7
AÑO	1,2	0,8 - 1,6
MES	0,6	0,3 - 0,9

El nivel de confianza de los límites es de 95% y el denominador en los tres indicadores es la muestra total.

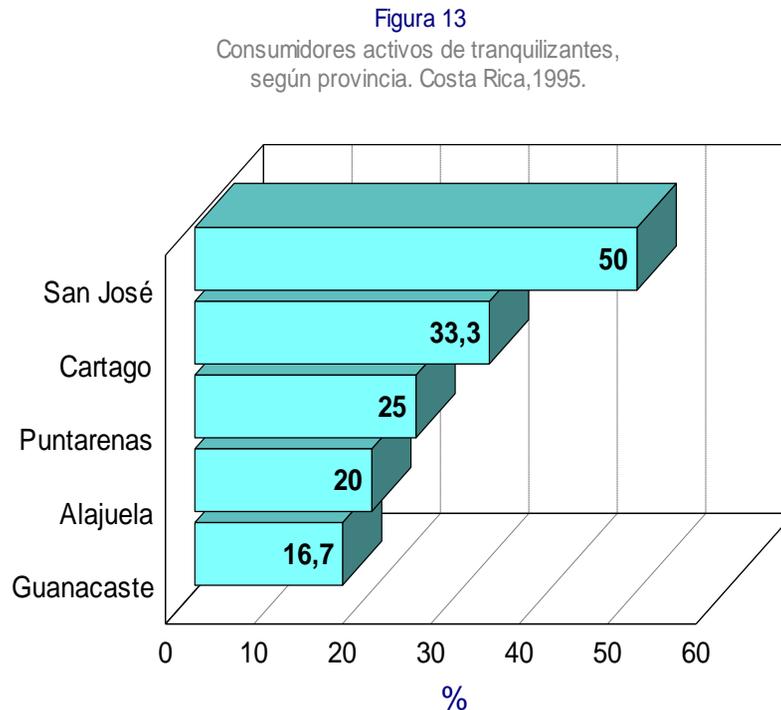
Nota: La prevalencia de último mes comprende al consumo de 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. La prevalencia de año comprende lo anterior más el consumo de más de un mes y menos de un año. La de vida incluye a todos los que alguna vez consumieron.

Aunque no se hallaron relaciones estadísticamente significativas, el consumo activo de tranquilizantes es mayor en las zonas urbanas que en las rurales y, principalmente, en la provincia de San José (véase la figura 13).

Llama la atención que, entre 1992 y 1994, la mayor parte de las prescripciones de benzodiazepinas, según un estudio multiinstitucional²⁷,

se efectuó en San José, Cartago y Alajuela. La menor proporción correspondió, según el mismo estudio, a Puntarenas y Limón. Esto podría ser un indicador de la posible relación *prescripción-consumo indebido*.

Al comparar con otros países, se observa que, en la población colombiana²⁸, el consumo de alguna vez en la vida es superior (4,1%), lo mismo que en la población boliviana²⁹ (5%), países en los cuales, a diferencia de Costa Rica, se incluye el consumo por prescripción. En los Estados Unidos, el consumo indebido, es decir sin receta, ocurrió en el 5,6% de los mayores de 12 años de edad.

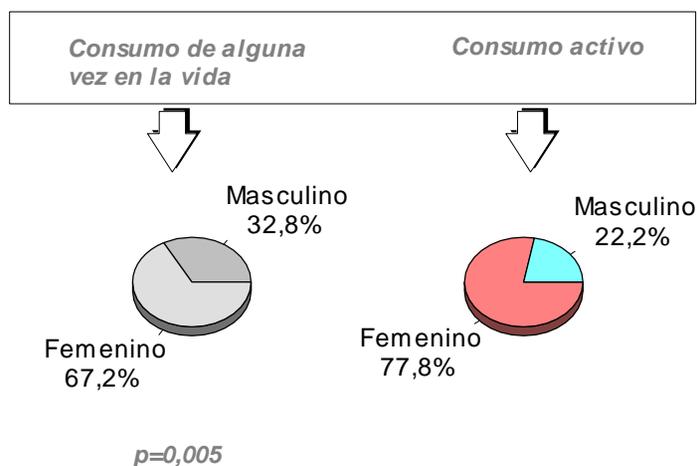


Uno de los aspectos más importantes en relación con el consumo de tranquilizantes, tanto para Costa Rica como para gran parte de los países latinoamericanos, es lo significativo de su asociación con el sexo. La figura 14

muestra claramente la relación significativa encontrada en el presente estudio.

Figura 14

Distribución porcentual de la población, según consumo de tranquilizantes alguna vez en la vida y consumo actual, por sexo. Costa Rica, 1995.



Cinco de cada diez consumidores de tranquilizantes de alguna vez en la vida tienen más de 39 años ($p=0,04$) y, en este mismo grupo de edad, se concentra un 30% de los usuarios activos. Estos últimos individuos son casados o en unión libre. De las amas de casa que alguna vez consumieron tranquilizantes, un 44% presenta la condición de consumidora activa.

Cuadro 10
Distribución porcentual de los consumidores de tranquilizantes
según actividad laboral que realizan, por tipo de consumo.
Costa Rica, 1995.

ACTIVIDAD LABORAL	TIPO DE CONSUMO
	ALGUNA VEZ EN LA VIDA
Sector primario	1,9
Sector secundario	2,5
Sector terciario	2,0
Estudiante	1,5
Ama de casa	2,6
Otra condición	2,3

Seis de cada diez consumidores de alguna vez en la vida e igual número de los consumidores activos visitaron un médico general durante el último año ($p=0,010$). Los médicos especialistas fueron visitados por un número menor de personas.

Entre los consumidores de alguna vez en la vida, dos terceras partes refirieron que presentaban estados de tensión y ansiedad de tres o más veces por semana durante el último año ($p=0,001$), pero más interesante aun es que la proporción se eleva a 77% entre los consumidores activos de tranquilizantes. Tanto unos como otros son fumadores activos de tabaco.

El consumo de tranquilizantes, tanto el de alguna vez en la vida como el actual, se da predominantemente en personas con ingresos medios, que iniciaron el consumo a una edad promedio de 31,7 años (con una desviación estándar de 15,15 años). Las factores que los entrevistados mencionaron como explicación del consumo fueron la presencia de ansiedad, problemas para dormir y situaciones familiares diversas (44, 28 y 22%, respectivamente). Aunque se desconoce el éxito alcanzado, cinco de cada diez personas que tomaron tranquilizantes alguna vez han intentado dejarlos.

3. Consumo de medicamentos estimulantes

Estos medicamentos son de uso controlado, por lo que, para su venta, se necesita una receta especial de psicofármacos. En Costa Rica, la prevalencia de vida de los estimulantes sin prescripción es de 1,2 % en 1995 y se vio disminuida en más de tres puntos porcentuales respecto de 1990 (véase el cuadro 11).

De ese porcentaje, el 18,2% ha consumido estimulantes de tipo anfetamínico, como el asenlix, el feniseq y el metilfenidato (Ritalina). Este último medicamento tiene una composición química semejante a la anfetamina y se emplea por su efecto estimulante³⁰. Aunque no se detectaron consumidores activos de este medicamento, tres de cada diez son consumidores recientes.

El resto de las personas que consumieron alguna vez, o sea ocho de cada diez, han ingerido tiamina con cafeína, medicamento no controlado pero que contiene cafeína, una sustancia estimulante, cuyo abuso puede inducir algún grado de tolerancia y dependencia³¹.

Cuadro 11
Prevalencias de vida, año y último mes e intervalos de confianza
del consumo de estimulantes la población nacional de 12 a 70 años,
Costa Rica 1995
(Valores porcentuales)

TIPO DE PREVALENCIA	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA	INTERVALOS DE CONFIANZA
VIDA	1,2	0,7 - 1,5
AÑO	0,5	0,2 - 0,8
MES	0,2	0,06 - 0,4

El nivel de confianza de los límites es de 95% y el denominador en los tres indicadores es la muestra total.

Nota: La prevalencia de último mes comprende el consumo de 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. La prevalencia de año comprende lo anterior más el consumo de más de un mes y menos de un año. La de vida incluye a todos los que alguna vez consumieron.

Los datos anteriores indican, en términos absolutos, que en Costa Rica cerca de 30.000 personas consumieron al menos una vez en su vida algún medicamento estimulante; 11.702 lo hizo en el último año y casi 5.000 son consumidores activos.

Datos similares a la prevalencia de vida de Costa Rica se presentan en la población de 12 a 50 años de Perú³² y Bolivia³³ (1,3 y 1,9%, respectivamente). En Colombia³⁴, la prevalencia es de 0,6% en la población de 12 a 60 años, en tanto que, en Estados Unidos³⁵, se registran cifras cercanas a los seis puntos porcentuales por encima de la de Costa Rica.

La mayoría de los que consumieron estimulantes alguna vez en su vida se encuentran en el grupo de 30 a 38 años de edad; residen en áreas urbanas y una tercera parte en la provincia de San José. Contrariamente al comportamiento del consumo de benzodiazepinas, son menos las mujeres (32,4%) que utilizaron estimulantes. No se encontraron diferencias estadísticas en cuanto a la escolaridad; dos de cada diez se desempeñaban en el sector secundario e igual número en el sector terciario de la economía.

Con respecto al motivo para consumir medicamentos estimulantes, es interesante observar que el 28,6% de las personas lo justifican en la necesidad de soportar la situación laboral, aspecto que no debe pasar inadvertido, principalmente si se recuerdan los hallazgos sobre la presencia de estados de tensión o estrés relacionados con el trabajo o el estudio, a los cuales está sometida la población, sobre todo en la empresa privada (véase la figura 15).

Figura 15

Distribución de las personas que tomaron alguna vez medicamentos estimulantes, según motivo del consumo.
Costa Rica, 1995.



En cuanto a la frecuencia del consumo de estos medicamentos, cinco de cada diez los ha ingerido por un máximo de cuatro días, en tanto que un porcentaje menor los toma a diario.

Casi tres cuartas partes de los consumidores activos de estimulantes son varones, situación

similar a la presentada en 1990. En cuanto a la edad de dichos sujetos, el rango predominante es el de 21 a 29 años, tanto para los consumidores activos como para los recientes. En 1990, los usuarios activos agruparon a individuos entre los 12 y los 20 años de edad.

Cuadro 12
 Consumidores de medicamentos estimulantes sin prescripción médica,
 por edad al momento de la entrevista.
 Costa Rica, 1995.
 (Valores porcentuales)

TIPO DE CONSUMIDOR	EDAD				TOTAL
	12 a 20	21 a 29	30 a 38	39 y más	
Activo	28,6	42,9	14,3	14,3	100
No activo*	37,5	50,0	-	12,5	100
Más de un año	58,8	29,4	11,8	-	100

* *Consumidor de más de un mes, pero de menos de un año.*

Aunque no existen diferencias porcentuales importantes en cuanto a los consumidores activos por provincia, Cartago y Alajuela tienen la menor prevalencia en el consumo de estimulantes; San José ocupa el tercer lugar, mientras que las demás (Limón, Guanacaste y Heredia) mantienen el mayor porcentaje. Residen en zonas urbanas.

La mayor parte de las personas activas en el consumo proviene de hogares con ingresos familiares bajos, labora en el sector terciario y tiene estudios secundarios, aunque un 20% reportó estudios universitarios.

Al relacionar este consumo con otras prácticas, se logró determinar que los consumidores activos de estimulantes, en su totalidad, eran también consumidores activos de tabaco.

Por último, cabe mencionar que, aunque el consumo de estimulantes es relativamente bajo, más del 60% de los que alguna vez los consumieron ha intentado dejar de tomarlos.

4. Consumo de medicamentos opiáceos

Los medicamentos opiáceos se definen como aquellos fármacos que sirven para *aliviar el dolor o alterar la conciencia*. En esta investigación, los derivados del opio que registraron consumo fueron el sulfato de morfina, medicamento estrictamente controlado, la codeína y el acetaminofén con codeína (no controlados). Entre quienes consumieron estos medicamentos alguna vez en su vida, el 92% ingirió acetaminofén con codeína, obviamente porque no se necesita receta médica para adquirirlo, y fue usado, en todos los casos, para aliviar dolores como los provocados por un resfrío, una gripe o un dolor de cabeza. El sulfato de morfina y la codeína fueron consumidos por una persona, en ambos casos^{xii}.

En el cuadro 13, se observa que, según la prevalencia de vida expuesta, más de 88.000 personas han consumido opiáceos sin prescripción médica, de las cuales alrededor del 50% son mujeres. El consumo reciente es de 3,4%, lo cual implica que existen alrededor de 79.574 consumidores de estos fármacos, los cuales fueron tomados sin prescripción médica.

Al comparar las prevalencias de tranquilizantes y estimulantes con la de los opiáceos (entendiéndose como el consumo de acetaminofén con codeína, principalmente), se observa que estos últimos presentan las proporciones más elevadas, tanto de vida, como de año y de mes, precisamente por tratarse de productos no controlados, de fácil adquisición en nuestro país y con poco grado de dependencia.

^{xii} En esta sección, no se presentan comparaciones con el estudio de 1990 porque en ese año no se preguntó específicamente por estos medicamentos de la manera en que se hizo cinco años después.

Cuadro 13
Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza del consumo
de medicamentos opiáceos sin prescripción médica
en la población de 12 a 70 años.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

TIPO DE PREVALENCIA	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA	INTERVALO DE CONFIANZA
VIDA	3,8	3,1 - 4,5
AÑO	3,4	2,7 - 4,0
MES	2,2	1,7 - 2,8

El nivel de confianza de los límites es de 95% y el denominador en los tres indicadores es la muestra total.

Nota: La prevalencia de último mes comprende el consumo de 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. La prevalencia de año comprende lo anterior más el consumo de más de un mes y menos de un año. La de vida incluye a todos los que consumieron alguna vez.

Si se relacionan estos datos con los de otros países, a excepción de Estados Unidos, donde la prevalencia es de 4,3%³⁶, las proporciones locales resultan elevadas, a pesar de que los datos de otros países incluyen el consumo bajo prescripción médica. En Bolivia³⁷, la prevalencia nacional fue de 0,6% y prácticamente nulo durante el último mes. En Colombia³⁸, la prevalencia para la población total se estimó en 0,4%; en Paraguay³⁹, 0,2% (vida) y en Perú⁴⁰ fue de 0,8%.

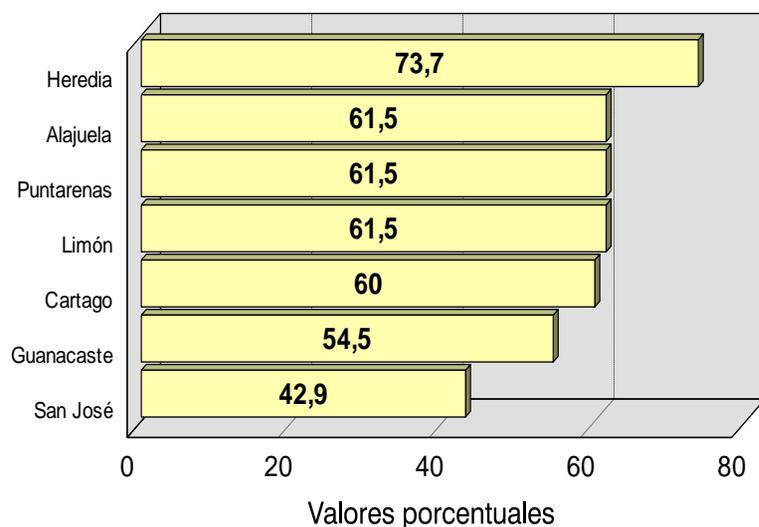
En relación con el estado civil de los que alguna vez han tomado opiáceos, el 60% son casados y un 36,3% permanece soltero. Aunque no existen diferencias significativas respecto a los grupos de edad, la mayor parte de esas personas se localiza en el grupo de 30 a 38 años. Los otros grupos de edad mantienen porcentajes similares, lo que implica que estos medicamentos son consumidos tanto por personas jóvenes como mayores. Tal situación responde a que estos medicamentos se usan para tratar desde una gripe común hasta dolores de cabeza.

Más del 60% de los consumidores de alguna vez en la vida se ubica en el área rural. La mayor tasa de consumo se encuentra en la provincia de Heredia (66,2 por mil) y la menor en San José (22,7 por mil).

Con respecto al ingreso familiar, el medicamento más consumido es el acetaminofén con codeína, y el sector con ingresos medios fue el mayor consumidor de este fármaco.

Figura 16

Consumidores activos de medicamentos opiáceos por provincia. Costa Rica, 1995.



Más de la mitad de los consumidores activos de opiáceos pertenece al sexo femenino, en tanto que los varones aparecen como consumidores del último año. En su mayoría, se encuentran ubicados en la zona rural. Según se aprecia en la figura 16, la provincia de Heredia mantiene la mayor proporción de consumidores activos.

Como se observa en el cuadro 14, entre los 21 y los 38 años se concentra la mayor parte de los consumidores activos de opiáceos y casi un tercio de estos tiene entre 21 y 29 años. Estos datos muestran que este tipo de fármacos es usado en forma activa por personas jóvenes.

Cuadro 14
Consumidores de medicamentos opiáceos sin prescripción médica
por edad en la población de 12 a 70 años.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

TIPO DE CONSUMIDOR	EDAD				TOTAL
	12 a 20	21 a 29	30 a 38	39 y más	
Activo	22,4	29,9	26,9	20,9	100
No activo*	33,3	18,2	18,2	30,3	100
Más de un año	7,7	15,4	53,8	23,1	100

* Consumidor de más de un mes pero menos de un año.

Casi la totalidad de los consumidores activos tiene estudios primarios o secundarios; el 91% fumó durante el último mes y, para más del 65,7%, el nivel de ingresos familiares es bajo.

5. Consumo de tabaco

Las implicaciones sociales, económicas y de salud del consumo de tabaco constituyen los fenómenos más estudiados dentro del campo de las drogas legales. Actualmente, se ha catalogado como uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país, no solo por sus dimensiones y secuelas, sino también por la aceptación y la persistente tolerancia social, y por el impacto e influencia de su

publicidad y promoción, factores que provocan un consumo masivo, con poco control en ciertos sectores de la población.

En este sentido, las cifras siguientes, obtenidas en el presente estudio, muestran un panorama coincidente con tal situación: el 35,2% de la población de 12 a 70 años ha fumado tabaco alguna vez en la vida, lo cual, en cifras absolutas, significa 823.826 personas. De esas personas, el 75,6% corresponde a varones y el 24,4% a mujeres ($p=0,0000$). Como se comentará más adelante, cinco años antes la prevalencia general era de 33%, pero el consumo reciente alcanzaba mayores proporciones.

Cuadro 15
Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza del consumo
de tabaco en la población de 12 a 70 años.
Costa Rica, 1995.

TIPO DE PREVALENCIA	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA	INTERVALO DE CONFIANZA
VIDA	35,2	33,5 - 37,0
AÑO	18,3	16,9 - 19,7
MES	17,5	16,1 - 18,9

El nivel de confianza de los límites es de 95% y el denominador en los tres indicadores es la muestra total.

Nota: La prevalencia de último mes comprende el consumo de 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. La prevalencia de año comprende lo anterior más el consumo de más de un mes y menos de un año. La de vida incluye a todos los que consumieron alguna vez.

La prevalencia nacional es tres puntos porcentuales superior a la encontrada en el Paraguay en 1991⁴¹, pero es menor si la comparamos con los resultados de un estudio efectuado en la población boliviana a inicios de la presente década, según el cual dicho indicador fue de 48,7%⁴², o con los datos de un estudio efectuado en el Perú⁴³ en 1988, mediante el cual se halló una prevalencia de 57,2%. La situación en Colombia⁴⁴, en 1992, era también importante: un 45% de las personas entre 12 y 60 años

había fumado alguna vez. En general, las prevalencias de los países latinoamericanos son inferiores a la estimada para la población norteamericana mayor de 12 años en 1990, la cual fue de 72,7%⁴⁵.

Si se comparan las prevalencias de vida, de año y último mes con los datos correspondientes a 1990, el consumo de vida en 1995 registró un aumento de dos puntos porcentuales. Aunque se encuentra dentro del margen de error, tal situación es producto de un aumento en el consumo masculino, el cual muestra una diferencia de 2,8%, así como en los grupos de edad de 12 a 20 años y 39 y más, con 1,5 y 5,8%, respectivamente ($p=0,0000$ para ambos períodos).

Cabe destacar que, en 1995, la edad promedio de inicio en el fumado de tabaco es de 16,6 años. Los varones se iniciaron a los 16,10 años y las mujeres a los 18,46 años. Al comparar estos datos con los del año 1990, se encontró que los primeros aumentaron en dos meses y veintidós días la edad de inicio (pasaron de 15,8 a 16,1 años) y las mujeres en cinco meses (pasaron de 18,03 a 18,46 años).

A temprana edad son más hombres que mujeres quienes se inician, en tanto que estas tienden a hacerlo tardíamente y cuando se acercan a su mayoría de edad ($p=0,00001$).

Cuadro 16
Edad de inicio en el consumo de tabaco en la población de 12 a 70 años
por grupos de edad, según sexo
Costa Rica, 1990-1995
(Valores porcentuales)

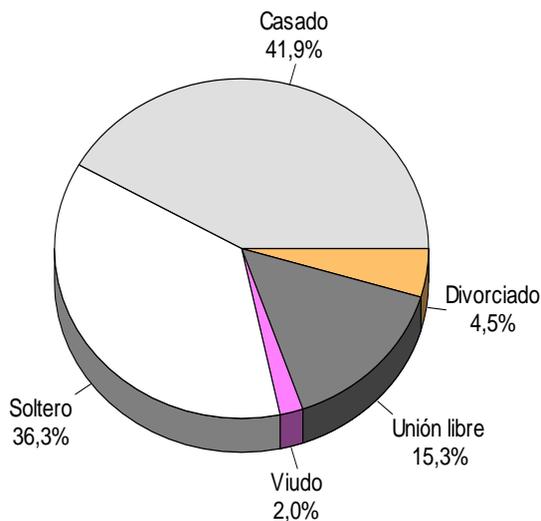
EDAD DE INICIO	1990	1990	1995	1995
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
Menor de 12 años	18,0	18,1	17,0	11,1
De 13 a 15 años	31,8	19,3	33,8	24,2
De 16 a 18 años	33,5	30,9	30,3	31,7
Mayor de 19 años	16,7	31,7	18,9	32,9

En general, estos datos muestran que, en el transcurso de cinco años, el consumo antes de los 12 años disminuyó en 1995, principalmente en las mujeres. De los fumadores de alguna vez en la vida, el 75,6% son varones ($p=0,0000$).

Tanto en 1990 como en 1995, los fumadores son, típicamente, individuos casados, grupo que disminuyó en este último año. No obstante, la proporción de consumidores recientes solteros aumentó cinco puntos porcentuales en 1995.

Respecto a la escolaridad, la mayoría de los fumadores de alguna vez posee algún nivel de instrucción. En general, se aprecia una disminución en la cantidad de fumadores conforme avanza el nivel de escolaridad ($p=0,0000$).

Figura 17
Fumadores recientes, según estado civil.
Costa Rica, 1995.



$p=0,0000$

Más de la mitad de los fumadores de alguna vez en la vida se ubica en zonas urbanas, porcentaje que aumentó ligeramente en esta ocasión pues en 1990 fue inferior (49,1%). En San José, un 40,6%, y en Limón el 35,8% de la población ha fumado alguna vez, por lo cual son los lugares en los que se concentran los porcentajes más altos de fumadores de alguna vez en la vida. Puntarenas (30,1%) es la provincia con menos fumadores de alguna vez ($p=0,0005$). En 1990, la provincia con menos fumadores de alguna vez en la vida fue Guanacaste (23,9%); sin embargo, en 1995 este porcentaje aumentó 10,4 puntos porcentuales, mientras que en San José se mantuvo prácticamente igual. Según se expondrá más

adelante, Guanacaste tiene, en la actualidad, la mayor cantidad de bebedores problema (excesivos y alcohólicos), lo cual viene a confirmar la estrecha relación entre consumo de alcohol y tabaquismo. A esto debe agregarse que es una de las provincias en la que más personas mencionaron tener un conocido consumidor de sustancias ilegales, circunstancia que se explora más adelante al establecerse algunas relaciones con el tema del turismo.

Al caracterizar los hábitos de los fumadores costarricenses, se determinó que estos han fumado un promedio de 14 años (9,25 cigarrillos por día). Más del 50% no acostumbra practicar ejercicio físico y a un 49,3% le hace falta fumar cuando suspende el consumo.

Casi tres cuartas partes de los fumadores recientes ha intentado dejar de fumar y más de un 40% lo ha hecho tres o más veces. El motivo principal para ello fue que consideraban el tabaquismo malo para la salud. A diferencia de 1990, en que más varones que mujeres intentaron dejar de fumar, actualmente no se aprecian diferencias por sexo.

Otro dato interesante son las causas por las que los entrevistados no han dejado de fumar. Un 29,0% contestó que le gusta hacerlo; un 22,3% afirmó que tenía incapacidad para cesar el consumo y un 15,4% se consideró dependiente, lo cual muestra que son relativamente pocos los sujetos que reconocen el carácter adictivo de esta droga.

Con respecto a las características de los fumadores activos, en 1995 se encontró que el 17% de los costarricenses entre los 12 y los 70 años se ubica dentro de este grupo (en 1990 fue el 18,5%). Existe una asociación estadísticamente significativa entre ser un fumador activo y un consumidor activo de alcohol. Asimismo, los fumadores son también personas que experimentan molestias por la suspensión del consumo de café y se definen como católicos practicantes. Prácticamente, todas las personas que han fumado marihuana han sido consumidoras de tabaco ($p=0,0000$).

Por otra parte, una de cada dos personas que han fumado alguna vez en la vida se mantiene activa. De los fumadores activos, el 81,1% son hombres y el 18,9% son mujeres ($p=0,06$). En 1990, estos porcentajes fueron de 76,2% para los hombres y 23,8% para las mujeres, situación que pone de manifiesto una reducción en el número de consumidores activos de tabaco, aunque sigue prevaleciendo un porcentaje muy alto de consumidores masculinos.

Como se puede apreciar en el cuadro 17, los fumadores activos se ubican a partir de los 30 años.

Cuadro 17
Fumadores del último año por edad en la población de 12 a 70 años.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

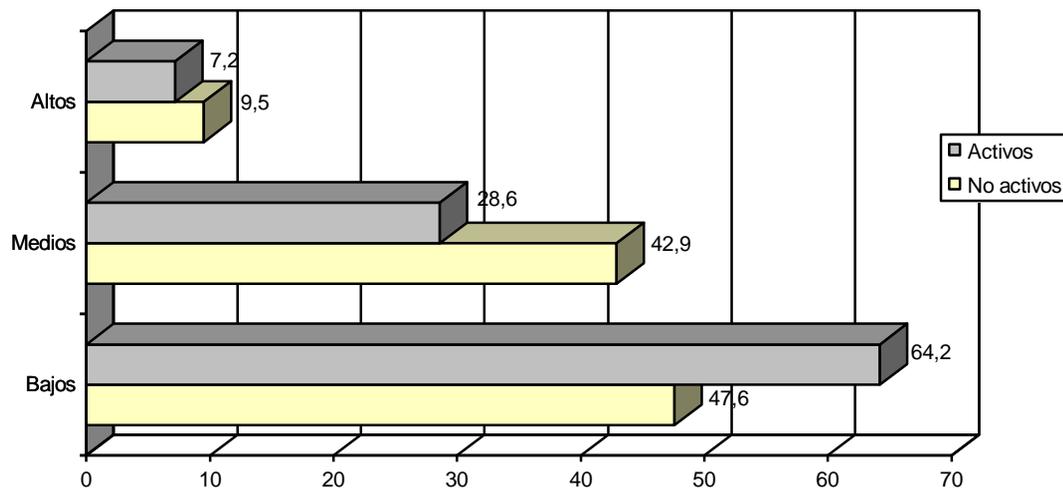
TIPO DE FUMADOR	EDAD				
	12 A 20	21 A 29	30 A 38	39 Y MÁS	TOTAL
Activo	12,5	21,4	26,3	39,8	100
No activo*	21,7	39,1	21,7	17,4	100

$p=0,05$

* Consumidor de más de un mes pero menos de un año.

Más del 80% de los fumadores activos son varones ($p=0,0000$), cuentan con educación primaria y secundaria, se concentran mayoritariamente en zonas urbanas y alrededor de un 45% fue tratado por un médico durante el último año; además, 6 de cada 10 tienen un nivel de ingresos familiares bajos.

Figura 18
Consumidores activos y no activos de tabaco,
según nivel de ingresos.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)



5.1 Incidencia

La incidencia de consumo de tabaco es de 22 por 1000 habitantes de 12 a 70 años de edad, lo cual significa que 51.489 personas en el nivel nacional se iniciaron en el consumo durante el año previo al trabajo de campo del estudio. Al comparar con el año 1990, el aumento en la incidencia es superior en más de un 57%, puesto que la incidencia correspondiente a ese año fue de 14 por 1.000. Para efectos de ilustración y comparación, cabe señalar que la incidencia en la población colombiana de 12 a 60 años de edad es de 32 por 1.000 habitantes, de acuerdo con el último estudio nacional⁴⁶.

6. Consumo de alcohol

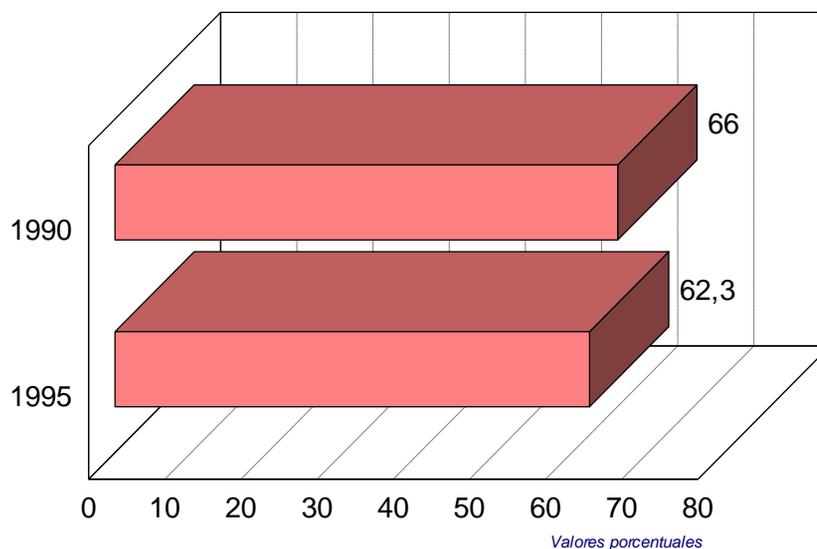
6.1 Prevalencia y edad de inicio.

La prevalencia de vida del consumo de alcohol en 1995 es 3,7 puntos porcentuales inferior a la hallada en 1990, según se muestra en la figura 19.

Este hallazgo, que puede interpretarse, *prima facie*, como un logro importante, implica que, durante el período de cinco años, hubo una reducción en la prevalencia de vida del consumo. Es posible afirmar, entonces, que se ha iniciado una transformación significativa en la cantidad

de gente joven que se inicia en el consumo de alcohol. En efecto, al examinar la información de ambos años se aprecia que, en 1995, una cantidad de individuos menor que en 1990 (alrededor de un 4% de la población) reportó no haber iniciado el consumo de alcohol. Mientras en 1990 la edad promedio de inicio del consumo de bebidas alcohólicas fue de 17,13 años, cinco años después se establece en 18,01, es decir, la edad de

Figura 19
Prevalencia de vida de consumo de alcohol.
Costa Rica, 1990 - 1995



inicio aumentó diez meses y medio. El cuadro 18 permite observar algunas variaciones según grupos de edad.

La prevalencia nacional de consumo de alcohol alguna vez en la vida resulta inferior si se la compara con la hallada en población peruana en 1988 (83,5%)⁴⁷ o con la colombiana (90%)⁴⁸ en 1992. Los datos de estudios efectuados a inicios de la presente década en Bolivia⁴⁹ y Paraguay⁵⁰, entre otros, revelan prevalencias que superan el 70 % .

Cuadro 18
Distribución porcentual de las personas que alguna vez ingirieron bebidas alcohólicas,
según la edad en la cual lo hicieron por primera vez.
Costa Rica 1990-1995.
(Valores porcentuales)

<i>GRUPOS DE EDAD</i>	<i>AÑO</i>		<i>VARIACIÓN</i>
	<i>1990</i>	<i>1995</i>	
Menores de 12 años	9,8	6,1	-3,7
De 13 a 15 años	16,3	15,6	-0,7
De 16 a 18 años	19,7	20,7	1,0
Mayores de 19 años	54,2	57,6	3,3
TOTAL	100	100	

A pesar de lo halagüeño que pudiera parecer lo antes descrito, se debe poner de relieve que, en ambos períodos, amplios sectores de la población (45,7%, en 1990, y 42,4% en 1995) refieren haber tomado por primera vez antes de los 18 años, época en la cual la legislación vigente impide la adquisición de bebidas alcohólicas.

Existen diferencias significativas por sexo y edad en relación con el inicio: a los quince años ha comenzado el 33% de los varones, en comparación con el 10,6% de las mujeres ($p=0,0000$). Cinco años antes, el porcentaje de mujeres iniciadas antes de los quince años fue de 18,2. Este dato tiene implicaciones relevantes puesto que, en ambos sexos, la edad de inicio ha aumentado. En el caso de los varones la variación de 1990 a 1995 fue de seis meses, mientras que, en el de las mujeres, fue un año y nueve meses. El consumo de alcohol alguna vez en la vida y el consumo activo son mayores (60 y 40%, respectivamente) en los varones que en las mujeres ($p=0,0000$).

Cuadro 19
Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza
del consumo de alcohol en individuos de 12 a 70 años.
Costa Rica 1995.
(Valores porcentuales)

TIPO DE PREVALENCIA	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA	INTERVALOS DE CONFIANZA
VIDA	62,3	60,5 - 64,1
AÑO	40,3	38,5 - 42,1
MES	24,8	23,3 - 26,4

El nivel de confianza de los límites es de 95% y el denominador en los tres indicadores es la muestra total.

Nota: La prevalencia de último mes comprende el consumo de 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. La prevalencia de año comprende lo anterior más el consumo de más de un mes y menos de un año. La de vida incluye a todos los que consumieron alguna vez.

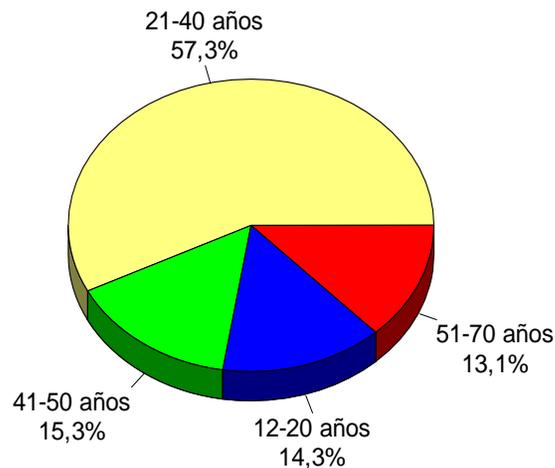
La experiencia de haber tomado alguna vez es más común en las zonas marginales, en las cuales la prevalencia general es superior a 70% ($p=0,00000$).

No obstante lo anterior, entre los individuos con ingresos familiares altos, un 62,2% es consumidor activo de alcohol; entre los de ingresos medios lo es un 44% y entre los de ingresos bajos un 34,8% ($p=0,0000$).

El consumo de alcohol durante el último mes es un 4% menor en relación con 1990. Agrupa, en términos absolutos, a un total de 580.423 personas. De cada diez personas que tomaron alguna vez, cuatro presentan tal condición. De estas personas, una cuarta parte consumió de cinco a diez días del mes, en tanto que el 9% lo hizo de 12 a 30 días. En este último porcentaje está contenido un 5% de consumidores activos que ingirieron bebidas alcohólicas los treinta días del mes.

Otro aspecto que resulta importante contrastar con los datos de 1990 es que, en la actualidad, una mayor cantidad de personas que tomaron alguna vez ha tenido experiencias de crisis etílicas o *tandas* (episodios de embriaguez de dos o más días continuos), como se observa en la figura 20.

Figura 20
Consumidores activos de bebidas alcohólicas, según grupos de edad. Costa Rica, 1995.

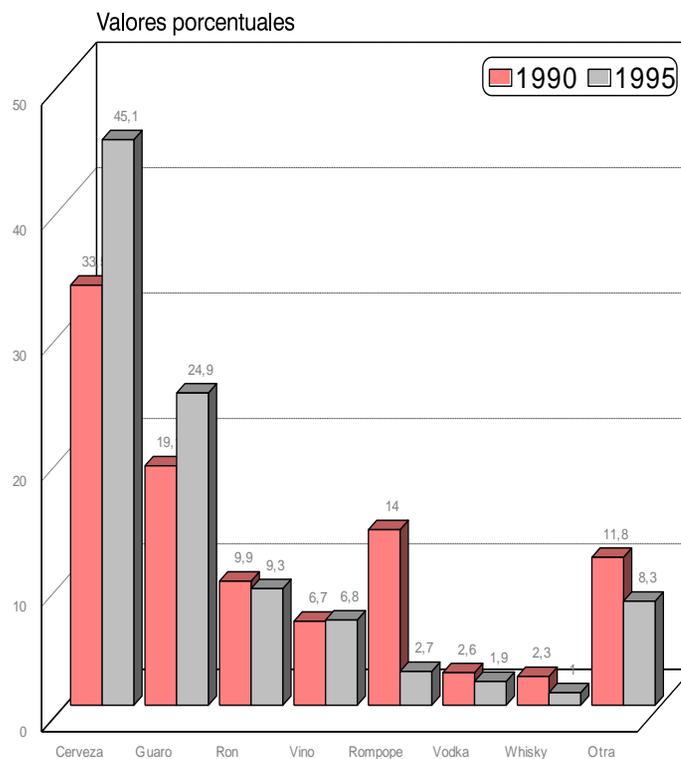


6.2 Bebida de inicio y de consumo actual.

En el quinquenio, han operado variaciones importantes en lo referente a la bebida de inicio de la población costarricense. La figura 21 permite observar dichas variaciones, las cuales acentúan el papel de la cerveza como bebida de comienzo. Este fenómeno podría atribuirse al importante movimiento de la industria cervecera en procura de expandir el mercado, lo cual se ha evidenciado mediante campañas masivas. Los indicadores per cápita en la población mayor de quince años son congruentes con esta situación. Mientras en 1990 el consumo per cápita de cerveza fue de 43,21 litros, en 1994 fue de 53,49⁵¹.

La baja en el rompopo, como bebida de inicio, se produce a expensas de la cerveza y el guaro.

Figura 21
Distribución de la muestra según
bebida alcohólica de inicio.
Costa Rica 1990 - 1995.



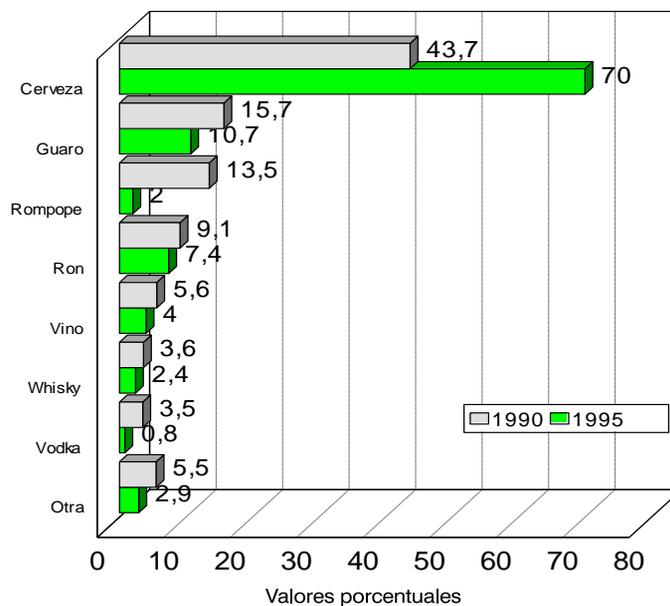
Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y la bebida de inicio, de manera que, entre las personas que comenzaron a tomar antes de los 18 años, un 44,1% lo hizo con cerveza, un 27,6% con guaro y el resto con otras bebidas ($p=0,0002$). Asimismo, la iniciación con cerveza agrupa a más cantidad de personas de sectores de ingresos medios y altos. De las personas que se iniciaron con guaro, un 75% es de ingresos bajos ($p=0,0000$).

La información anterior adquiere más significado si se toma en consideración que la predilección por la cerveza, como bebida de consumo actual, es mayor en 1995 que en 1990 (figura 22).

Nótese cómo, en un período relativamente corto, ha disminuido la predilección por las bebidas diferentes a la cerveza. Esta bebida es preferida en prácticamente todos los grupos de edad, pero mayoritariamente en el de 20 a 30 años ($p=0,0000$), de zona urbana y entre personas con estudios secundarios y universitarios ($p=0,0000$). Este fenómeno no es privativo de Costa Rica. Según la encuesta nacional de adicciones de México⁵², la cerveza es la bebida alcohólica que prefiere el 80% de las personas entrevistadas.

Figura 22

Distribución de los consumidores recientes de bebidas alcohólicas según bebida de preferencia .
Costa Rica 1990-1995.



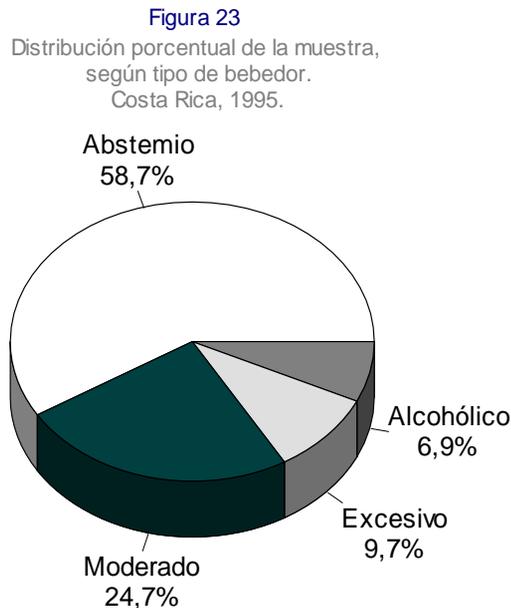
La ingestión de alcohol durante veinte días o más del último mes es más frecuente entre personas mayores de 30 años ($p=0,0023$), en especial con edades superiores a 39, momento a partir del cual la proporción de individuos es significativamente mayor. La práctica de ejercicio físico, según se ha definido en esta investigación, tiende a ser menor en las personas que consumieron bebidas alcohólicas más cantidad de días en el último mes.

Por otra parte, los individuos que refieren haber hecho algún intento por dejar de beber son predominantemente varones, casados, con educación primaria completa o incompleta ($p=0,0000$), que mayoritariamente empezaron a tomar antes de los 18 años. Sin embargo, en el último año, los intentos por cesar el consumo de alcohol no superaron las dos ocasiones, situación que se presentó en individuos varones de los sectores primario y terciario de la actividad laboral. La razón fundamental para intentar dejar de beber fue el efecto negativo que la ingesta provocaba en la salud, razón que esgrimieron principalmente personas con educación básica (1° y 2° ciclos) y pertenecientes al sector primario.

Las personas que continúan tomando bebidas alcohólicas argumentan que no les afecta tomar (55%) o que les gusta (30%); un 7,5%, proporción que coincide con la de los alcohólicos, refiere que es incapaz de dejar la bebida o que es dependiente. Más individuos varones que mujeres, con estudios universitarios, trabajadores del sector de los servicios y de la zona urbana, comparten los criterios antes citados ($p=0,0000$).

La gente que no toma o ha dejado de hacerlo ofrece razones similares a las de aquellas que han intentado dejar de tomar, es decir, plantean las implicaciones del consumo sobre la salud. Esta posición es más fuerte entre mujeres amas de casa ($p=0,00001$) y más frecuente en casadas que en solteras.

6.3 Tipos de bebedores



Según se aprecia en la figura 23, la prevalencia de alcohólicos en el país ha experimentado un aumento en relación con el año 1990, al tiempo que se observa una relativa estabilidad en la proporción de bebedores excesivos. Cinco años atrás, los alcohólicos representaban el 5,47% de la población; y los bebedores excesivos el 9,64%.

Las provincias en las cuales se hallan mayores cantidades de bebedores problema (excesivos y alcohólicos) son Guanacaste, Limón y San José, y se concentran en zonas urbanas. Al comparar estos resultados con los hallazgos de 1990, se observa que, si bien Limón y San José continúan agrupando a grandes sectores de individuos con ingesta problemática, sobresale en un primer lugar la provincia de Guanacaste, posición de la cual distaba considerablemente hace cinco años. Una primera aproximación a este fenómeno tiene que ver con la posibilidad de que el desarrollo turístico de la provincia durante los últimos veinte años haya impactado sensiblemente sobre los hábitos de ingestión de alcohol de su población, los cuales se manifiestan actualmente de la manera citada. Mientras en 1991 Guanacaste poseía el

10,8%⁵³ del total de patentes para la venta de bebidas alcohólicas, en 1992 ese porcentaje ascendió a 11,6%.^{xiii}

En ese mismo sentido, según los datos de una encuesta reciente⁵⁴, la provincia de Guanacaste recibe a más del 71% del turismo nacional y ocupa el segundo lugar, después del valle central, de la demanda turística internacional⁵⁵. Es importante que el tema del impacto del turismo sobre determinados hábitos de consumo sea objeto de mayor exploración.

Cuadro 20
Distribución porcentual por provincia, según tipo de consumidor
de bebidas alcohólicas.
Costa Rica, 1995

PROVINCIA	TIPO DE BEBEDOR			
	Abstemio	Moderado	Excesivo	Alcohólico
San José	51,0	31,8	10,3	6,7
Alajuela	61,3	22,2	9,9	6,5
Cartago	59,0	26,3	7,2	7,2
Heredia	57,6	26,9	10,9	4,4
Guanacaste	66,8	13,1	11,4	8,5
Puntarenas	71,2	16,7	6,8	5,1
Limón	56,6	25,1	9,0	9,0
COSTA RICA	58,7	24,6	9,7	6,9

^{xiii}En cinco de las siete provincias del país, se observaron disminuciones en el número de patentes durante ese período.

La edad está relacionada significativamente con el tipo de bebedor, cualquiera que sea este. Así, cerca de un 44% de los bebedores excesivos y de los alcohólicos se encuentran entre los 30 y los 44 años ($p=0,0000$), lo cual indica que la probabilidad de encontrar ingesta problemática en edades diferentes es menor.

Cuadro 21
Distribución porcentual según tipo de consumidor de bebidas alcohólicas,
por nivel de escolaridad.
Costa Rica, 1995.

NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE CONSUMIDOR			
	Abstemio	Moderado	Excesivo	Alcohólico
Primaria	66,4	17,9	8,2	7,3
Secundaria	55,5	27,4	10,8	6,3
Universitaria	32,5	49,0	14,2	4,1
Ninguna	69,2	17,3	3,6	9,7

De acuerdo con el cuadro 21, conforme aumenta el nivel educativo, es menor la proporción de personas abstemias ($p=0,0000$) y mayor la de bebedores excesivos ($p=0,003$).

A diferencia de la situación en 1990, en la actualidad es mayor la proporción de bebedores excesivos con la condición de estudiante y menor la de amas de casa (2,9% de los excesivos eran estudiantes en 1990, frente a un 5,6% en 1995; las amas de casa representaban un 19,3% de este grupo en contraposición a un 4% cinco años después). Asimismo, hoy es mayor la cantidad de personas alcohólicas que ostentan tales condiciones (estudiantes y amas de casa).

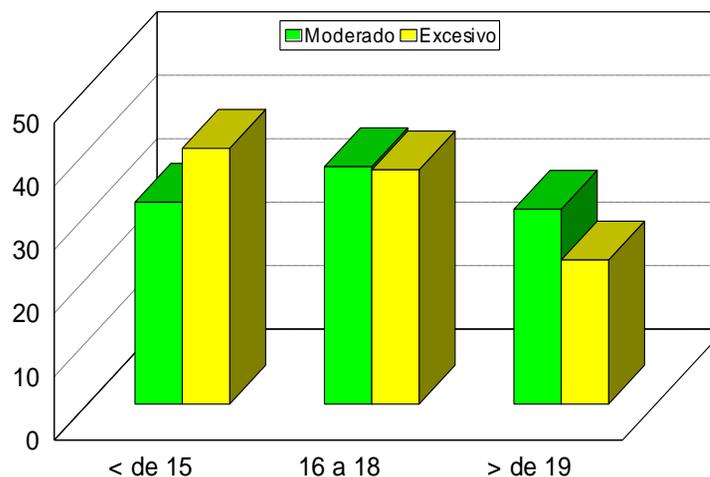
De todas las personas que alguna vez tomaron, un 3% refiere haber recibido tratamiento para los problemas derivados del consumo de alcohol.

Entre aquellos individuos detectados como alcohólicos con base en sus respuestas al cuestionario, un 21% afirmó haber recibido tratamiento. Un porcentaje inferior (2,2%) fue internado alguna vez para ser tratado por esos problemas. De las personas que fueron detectadas en este estudio como alcohólicas, un 14% reportó haber sido tratado bajo internamiento. Estos porcentajes podrían estar revelando que la asistencia o atención especializada que dichas personas deberían tener es insuficiente o llega a la menor parte de ellas.

Existe una asociación significativa entre tener problemas con el consumo de bebidas alcohólicas y haber iniciado la ingesta a temprana edad. Así, un 55% de las personas detectadas como alcohólicas iniciaron el consumo de licor antes de los 15 años (61,5% de los varones alcohólicos y 22,7% de las mujeres alcohólicas). Entre los bebedores excesivos, un 40% se inició antes de esa edad, en tanto que, de los bebedores moderados, lo

hizo el 31%. Esto tiende a apoyar el viejo precepto de que retardar el inicio en el consumo de una droga puede proteger contra niveles posteriores de abuso.

Figura 24
Edades de primer consumo de alcohol en bebedores moderados y excesivos. Costa Rica, 1995



En nueve de cada diez alcohólicos, y en igual número de bebedores excesivos, las bebidas de elección son la cerveza y el guaro. Al igual que en 1990, el hecho de ingerir alcohol moderadamente facilita el consumo de una gama más amplia de bebidas, aunque la cerveza ocupa un lugar de privilegio.

En relación con la forma de beber de la mujer, se encontró que dos de cada tres bebedoras moderadas prefieren tomar cerveza; un número igual se desempeña como ama de casa y un 20% ostenta algún nivel de educación universitaria. En las bebedoras excesivas, por el contrario, se aprecia la predilección, además de la cerveza, por bebidas destiladas tales como el guaro y el whisky; dos de cada diez son universitarias, como las moderadas, 43% se desempeña como ama de casa y un porcentaje similar en el sector laboral de los servicios o como estudiante (14%).

Por último, es importante señalar que la aplicación del instrumento CAGE permitió cumplir con el objetivo propuesto en el presente estudio, al establecer que la probabilidad de que un individuo alcohólico sea detectado es del 87,3%, lo cual indica que la sensibilidad del instrumento es aceptable. Asimismo, la especificidad es elevada, en virtud de que la probabilidad de que un individuo no alcohólico sea detectado es de un 92%.

6.4 Incidencia

Según se expuso previamente, la incidencia se refiere al número de nuevos consumidores de alcohol en un período de tiempo determinado (un año, en este estudio). Es la razón entre el número de individuos que experimentaron con alguna droga por primera vez en el año anterior a la aplicación del instrumento, y el total de la población en riesgo, entendida como la población no consumidora.

La incidencia del consumo de alcohol en Costa Rica es de 120 por mil. Cabe resaltar que esta tasa es superior a la encontrada en 1990, la cual fue de 116 por cada mil. Lo anterior significa que, en Costa Rica, entre junio de 1994 y junio de 1995, 104 mil personas se iniciaron en el consumo de alcohol.

En la población costarricense de décimo y undécimo años de educación secundaria, la incidencia es de 461 por mil, la cual se considera sumamente elevada por tratarse de personas que se encuentran en edad de inicio de consumo de alcohol. En 1992, Colombia⁵⁶ registró una incidencia anual muy superior a la costarricense (356 por mil). Aunque no necesariamente relacionadas, recuérdese que la prevalencia general de consumo de alcohol en Colombia es de 90%.

DROGAS ILÍCITAS

1. La situación en general

La prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales en 1995 es prácticamente la misma de 1990 (4%). Sin embargo, las variaciones más importantes no se refieren al número de personas que se iniciaron en el período sino a las que ya consumían e incrementaron su consumo, según se expondrá más adelante. Los consumidores activos de sustancias ilícitas no representan más del 0,3% de la muestra estudiada.

El consumo de drogas ilícitas está focalizado fundamentalmente en los varones. En las mujeres, el consumo de marihuana, "crack" y cocaína no supera el 8% del total de consumidores. La proporción de consumidoras activas de marihuana es de 10% del total y no se registró consumo actual de "crack" ni de cocaína.

2. Consumo de marihuana

En comparación con 1990, en la actualidad la prevalencia general del consumo de marihuana ha mostrado un aumento discreto; no obstante, el consumo reciente (0,5%) es menor: la variación del consumo anual y mensual durante el período citado es superior al 1,1%.

Cuadro 22
Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza del consumo
de mariguana en los individuos de 12 a 70 años.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

TIPO DE PREVALENCIA	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA	INTERVALOS DE CONFIANZA
VIDA	3,9	3,1 - 4,6
AÑO	0,5	0,3 - 0,8
MES	0,3	0,1 - 0,5

El nivel de confianza de los límites es de 95% y el denominador en los tres indicadores es la muestra total.

Nota: La prevalencia de último mes comprende el consumo de 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. La prevalencia de año comprende lo anterior más el consumo de más de un mes y menos de un año. La de vida incluye a todos los que consumieron alguna vez.

Al comparar estos datos con los de otros países, se tiene que, en la población peruana, las prevalencias de vida en 1986 y 1988 fueron de un orden superior⁵⁷ (8,3 y 5,3%, respectivamente). En Colombia, según un estudio realizado en 1992⁵⁸, la prevalencia general se estableció en 5,3%, más elevada que la encontrada el mismo año en Bolivia (3,1%)⁵⁹, la cual es ligeramente inferior a la de Costa Rica. Según lo reportan Míguez y Pecci⁶⁰, en 1990 Paraguay tuvo una prevalencia general de 3,7%, idéntica a la de Costa Rica en ese mismo año. Dos de las prevalencias más elevadas en el continente se encuentran en los Estados Unidos⁶¹ (33,2% en 1991) y en Chile, país en el cual fue de 12,9% en 1995⁶².

La edad promedio de inicio en el consumo de mariguana es de 18,55 años, ligeramente inferior a la encontrada en 1990 (19,1). Sin embargo, el valor de la mediana es idéntico en ambos períodos (18 años). Llama la atención que, tanto en uno como en otro año, la edad promedio de inicio en la mujer es inferior; así, en 1990 fue de 18,5%, mientras que, en varones, 19,9%; en 1995 fue de 18%, en comparación con 18,61% de los varones. No obstante, el consumo femenino es significativamente menor que el de los varones; es decir, de todas las personas que alguna vez fumaron mariguana, sólo un 8,8% eran

mujeres ($p=0,0000$). Por otra parte, no se hallaron diferencias por sexo en cuanto a ser un consumidor activo o un exconsumidor.

Cuadro 23
Consumidores de mariguana, por edad al momento de la entrevista.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

TIPO DE CONSUMIDOR	EDAD				TOTAL
	12 a 20	21 a 29	30 a 38	39 y más	
Activo	20,0	30,0	40,0	10,0	100
No activo	--	57,1	14,3	28,6	100
Exconsumidor	6,2	26,8	45,4	21,6	100

* Consumidor de más de un mes pero menos de un año.

Los consumidores recientes de mariguana son, predominantemente, varones solteros y con estudios primarios o secundarios (88,3%).

Según puede observarse en la figura 25, la probabilidad de hallar un consumidor reciente de mariguana es mayor entre individuos con ingresos altos que entre personas de ingresos medios o bajos.

La ausencia de molestias por la cesación o disminución del consumo de marihuana está presente en más del 70% de los consumidores. Por otro lado, quienes dejaron de consumir argumentaron razones de conservación de la salud para hacerlo, mientras que cuatro personas de cada diez personas que consumían al momento

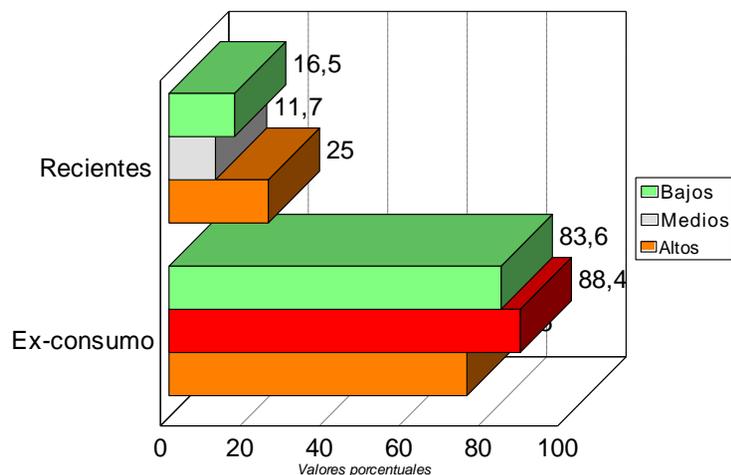
de la entrevista afirmaron practicarlo porque les *daba ganas o por diversión*; 17,6% acusó ser dependiente y 6,0% indicó problemas familiares como explicación de su consumo.

La incidencia anual del consumo de marihuana es de 1,06 por mil. En estudiantes costarricenses de décimo y undécimo años, según un estudio de 1993, la incidencia era de 10 por mil⁶³. En la población general de Chile, la incidencia es de 22 por mil habitantes⁶⁴.

3. Consumo de cocaína

En comparación con el año 1990, en la actualidad el consumo de por vida de cocaína ha experimentado un incremento que, si bien se encuentra dentro del margen de error, revela la presencia de un problema vigente cuyas manifestaciones más importantes se relacionan con el consumo de "crack",

Figura 25
Consumidores recientes y exconsumidores de marihuana, según nivel de ingresos. Costa Rica, 1995.



según se detallará más adelante. El consumo reciente de clorhidrato de cocaína, es decir, el del último año y el del último mes, se mantiene igual que en 1990 (ver cuadro 24).

Cuadro 24
Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza
del consumo de cocaína en los individuos de 12 a 70 años.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

TIPO DE PREVALENCIA	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA	INTERVALOS DE CONFIANZA
VIDA	0,9	0,5 - 1,2
AÑO	0,2	0,08 - 0,4
MES	0,1	*

El nivel de confianza de los límites es de 95% y el denominador en los tres indicadores es la muestra total.

**Número insuficiente de casos para establecer intervalos con aproximación a la curva normal.*

Nota: La prevalencia de último mes comprende el consumo de 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. La prevalencia de año comprende lo anterior más el consumo de más de un mes y menos de un año. La de vida incluye a todos los que consumieron alguna vez.

De acuerdo con el cuadro anterior, cerca de 21.000 personas entre 12 y 70 años de edad habrían consumido cocaína por lo menos una vez en su vida. De cada cinco personas que cumplen esta condición, dos consumieron durante el año previo a la aplicación del cuestionario y, de todos los sujetos que experimentaron con cocaína alguna vez, el 11% la consumió en el mes anterior^{xiv}.

Al comparar con otros países y según lo reporta Ferrando⁶⁵, el consumo de por vida en el Perú fue de 1,3% en 1988; en Paraguay, se estableció en 0,3% a inicios de la década actual⁶⁶ y, en Bolivia, en 1,3%⁶⁷ en 1992. Una proporción semejante se halló en Colombia⁶⁸ (1,5%). En Chile, la prevalencia

^{xiv} La incidencia anual de consumo de cocaína es de 0,70 por 1.000. En Chile, por ejemplo, es de 6 por 1000.

general encontrada en 1995 fue de 2,4%⁶⁹, mientras que en los Estados Unidos de Norteamérica fue de 11,5%⁷⁰. Como ocurre con el consumo de cocaína desde la década de los años ochentas, las prevalencias de consumo en encuestas de hogares se mantienen en América Latina en el rango de 0,3% (tal es el caso de México a principios del decenio actual⁷¹) y 4% .

La edad promedio de inicio de consumo de cocaína es de 22,1 años, superior a la hallada en 1990 (21,7 años). La mediana, sin embargo, es semejante en ambos períodos, aunque ligeramente inferior en la actualidad: 21,5 años en 1990 y 21 años en 1995.

Las diferencias por sexo, aunque no son estadísticamente significativas, revelan una inclinación o tendencia hacia un consumo femenino más temprano. Así, en 1995, la mediana en varones fue de 21,5, frente a 19 años en las mujeres. En 1990, la diferencia resultó menor, puesto que fue del orden de los 22 y los 21 años, respectivamente.

Los consumidores de cocaína de alguna vez en la vida son, en su gran mayoría, personas que residen en áreas urbanas o urbano-marginales (69,2 y 30,8%, en cada caso). Nueve de cada diez entrevistados son varones ($p=0,0000$), solteros o en unión libre ($p=0,01$) y la mayoría tiene estudios universitarios.

Las provincias que agrupan la mayor cantidad de experimentadores son Guanacaste, San José y Heredia ($p=0,08$). En 1990, lo eran Puntarenas y Limón, después de San José.

El número limitado de consumidores activos de cocaína impide hacer una inferencia estadística; no obstante, pueden mencionarse las siguientes características: en proporciones idénticas, se ubican en San José, Heredia, Guanacaste y Limón. En 1990, sobresalía Puntarenas y la presencia de Heredia era menor. Los consumidores activos son varones solteros, con una escolaridad máxima de secundaria, la mitad de ellos con una actividad laboral ubicada dentro del sector terciario. Los consumidores experimentales se ubican en el sector secundario ($p=0,0000$).

Los grupos de edad en los cuales se encuentran los consumidores activos y no activos se detallan en el cuadro 25.

Cuadro 25
Consumidores de cocaína, por edad al momento de la entrevista.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

TIPO DE CONSUMIDOR	EDAD				TOTAL
	12 a 20	21 a 29	30 a 38	39 y más	
Activo	--	50,0	50,0	--	100
No activo*	--	50,0	50,0	--	100
Más de un año	5,6	38,9	44,4	11,1	100

* Consumidor de más de un mes, pero menos de un año.

Según se aprecia en el cuadro 26, la mayoría de los consumidores activos corresponde a personas con altos ingresos. Por otra parte, el consumo de los entrevistados con bajos ingresos es, principalmente, de tipo experimental.

Cuadro 26
Consumidores de cocaína, según nivel de ingresos familiares.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

NIVEL DE INGRESOS	TIPO DE CONSUMIDOR			TOTAL
	Activo	No activo*	Exconsumidor	
Bajos	21,4	7,1	71,4	100
Medios	---	33,3	66,7	100
Altos	33,3	---	66,7	100

4. Consumo de "crack"

La evolución del consumo de "crack" en Costa Rica ha sido muy importante durante el último quinquenio. Aunque a principios del decenio existía el consumo de esta droga, el cual se focalizaba en zonas y grupos específicos⁷², no se detectaron consumidores residentes en hogares.

Como puede observarse en el cuadro 27, sólo la prevalencia de vida de consumo de "crack" es idéntica a la prevalencia general de todas las drogas ilegales hallada en 1990, lo cual, en términos absolutos, es indicativo de que 9.362 personas en el país lo han consumido alguna vez en sus vidas^{xv}.

Cuadro 27
Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza
del consumo de *crack* en los individuos de 12 a 70 años.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

TIPO DE PREVALENCIA	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA	INTERVALOS DE CONFIANZA
VIDA	0,4	0,1 - 0,6
AÑO	0,3	0,1 - 0,5
MES	0,2	0,04 - 0,3

El nivel de confianza de los límites es de 95% y el denominador en los tres indicadores es la muestra total.

Nota: La prevalencia de último mes comprende el consumo de 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. La prevalencia de año comprende lo anterior más el consumo de más de un mes y menos de un año. La de vida incluye a todos los que consumieron alguna vez.

^{xv} La incidencia anual de consumo de "crack" es de 0,69 por mil, muy semejante a la clorhidrato de cocaína.

Obsérvese que las prevalencias de año y de mes son muy cercanas a la prevalencia de vida, lo cual indica, en este caso particular, que de cada diez sujetos que alguna vez probaron "crack" cinco reúnen la condición de usuarios activos, lo cual muestra, a su vez, el *poder adictivo* de esta sustancia.

En otros países, especialmente de Sudamérica, no existe consumo de "crack". En ellos, la droga equivalente es la PBC o el basuco, acerca de los cuales se comentó previamente. En Estados Unidos, la encuesta nacional de hogares sobre abuso de drogas reportó una prevalencia de vida de 1,4%; 0,5% de último año y 0,2% de último mes. Obsérvese que la proporción de consumidores activos es semejante a la costarricense.

La edad promedio de inicio en el consumo de "crack" es de 24,4 años. En hombres, es de 24,3, mientras que en mujeres es de 25 años.

Debido al bajo número de consumidores de "crack" encontrado en este estudio, no es posible realizar una inferencia estadística. Sin embargo, a continuación se describen algunas características de las personas que reportaron consumo, tanto de vida como reciente.

Los consumidores de alguna vez son esencialmente varones ($p=0,003$), en unión libre ($p=0,004$), que residen en áreas urbanas o urbano-marginales. Seis de cada diez individuos tienen algún año aprobado de estudios secundarios y se desempeñan laboralmente en el sector secundario de la economía ($p=0,01$).

Los consumidores activos de "crack"^{xvi} presentan las mismas características de los consumidores de alguna vez en la vida, por la razón explicada anteriormente.

^{xvi} Nuevamente, se aclara que el número de casos no permite hacer una inferencia estadística.

Cuadro 28
Consumidores de "crack", según edad al momento de la entrevista.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

EDAD	TIPO DE CONSUMIDOR			TOTAL
	Activo	No activo*	Exconsumidor	
12 a 20 años	100	---	---	100
21 a 29 años	60,0	20,0	20,0	100
30 a 38 años	33,3	50,0	16,7	100
39 y más	---	---	---	---

*Consumidor de más de un mes pero menos de un año.

5. Consumo de inhalables

La prevalencia general del consumo de sustancias inhalables es igual a la encontrada en 1990 (0,2%). El número reducido de casos en una encuesta de este tipo (recuérdese que, en niños y adolescentes de la calle, el consumo es bastante más elevado) impide efectuar una inferencia estadística; no obstante, la mayor cantidad de casos se ubica en zonas urbanas o urbano-marginales, principalmente en la provincia de San José. Todos los que declararon que habían consumido inhalables son varones, solteros, con estudios primarios y trabajadores del sector secundario de la economía. El 86% de los individuos que alguna vez experimentaron con inhalables tiene ingresos bajos.

6. Consideración adicional sobre las drogas ilegales.

Cabe reiterar que los datos expuestos hasta este momento corresponden a una encuesta realizada en hogares. Por ello, quedan por fuera grupos cuya presencia dentro del panorama de consumo de

drogas hace que las cifras pudieran variar. En efecto, la recolección de datos efectuada en sitios centinela, tales como salas de urgencias de hospitales nacionales, centros de tratamiento y centros de detención, desde el año 1992, pone de manifiesto información que complementa los hallazgos hasta ahora expuestos. Durante el año 1995⁷³, se han encontrado prevalencias de vida de consumo de marihuana de 8,7% (en el Hospital San Juan de Dios) y de 4,2% (en el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas). Las de cocaína han sido de 4,3 y 1,8%, respectivamente. Nótese que las diferencias en relación con la encuesta de hogares son notables y significativas; en la sala de emergencias es cerca de un 400% superior. La prevalencia de vida de consumo de "crack" en la sala de emergencias del H.S.J.D. es aún mayor (4,9%) y la diferencia con respecto a la encuesta de hogares es superior en más de un 1.000% .

Por otra parte, las personas que no consumen sustancias ilícitas lo hacen, fundamentalmente, para proteger su salud y en consideración a valores familiares, según puede apreciarse en el cuadro 29.

Cuadro 29
Razones principales que explican el no consumo de drogas en la población,
según nivel de ingresos familiares.
Costa Rica, 1995.
(Valores porcentuales)

NIVEL DE INGRESOS	RAZONES						TOTAL
	Malo para la salud	Por mis principios	No defraudar familia	Por mi Iglesia	No me gusta	Otra	
Bajos	57,3	22,1	5,7	2,4	9,5	3,0	100
Medios	49,9	27,4	3,5	1,8	13,7	3,7	100
Altos	47,1	29,7	3,2	--	14,2	5,8	100

$p=0,00004$

6.1 Observaciones de los encuestadores

Pese a la naturaleza y el tipo de estudio al cual se adscribe la presente investigación, durante el proceso de capacitación a los encuestadores se procuró que, además de la aplicación del cuestionario, intentaran recolectar la mayor cantidad de información acerca de la manera en que las personas percibían el fenómeno de las drogas u otros elementos señaladores que pudieran mejorar la interpretación de los datos. Se ofreció un número limitado de aspectos por considerar durante la observación, de manera que fuera una tarea sencilla y, luego de la finalización del trabajo de campo, se desarrollaron algunas sesiones de trabajo grupal para la descripción y análisis del material recolectado.

Los enumeradores coinciden en que los lugares con mayor cantidad de individuos en estados de intoxicación por abuso de sustancias ilícitas son Cartago, Ciudad Nelly y los barrios Cristo Rey, López Mateos, Pavas, y Roosevelt en Limón. Un número importante de ciudadanos cartagineses considera que la existencia de discomóviles está relacionada con el consumo de drogas ilícitas, al tiempo que otros sujetos estiman que el consumo de cerveza ocurre a edades cada vez más tempranas: *“la cerveza la están tomando hasta los chiquitos que gatean”*.

El equipo de trabajo que cubrió la zona de San Vito de Coto Brus pudo observar la preparación de un terreno para la siembra de marihuana, situación que fue corroborada por personeros de la Guardia de Asistencia Rural. No obstante, los entrevistados no hicieron mención acerca de la presencia de consumidores, situación idéntica a la reportada en Potrero Grande y Tejar de Cartago.

En la zona de Guanacaste, se reportó consumo de drogas ilegales en los barrios marginales y en las zonas costeras. La bebida abusiva de alcohol y el desempleo se mencionaron como problemas importantes en el resto de los pueblos de la citada provincia, especialmente en Carrillo, Nicoya y Tilarán. En Cañas y Abangares, algunos ciudadanos reportaron un elevado consumo de "crack".

La temática del tráfico de drogas fue definida por algunos entrevistados como alarmante en barrios de San José, como Alajuelita, Desamparados, Hatillo y Los Angeles. En San Sebastián, los encuestadores observaron una cantidad apreciable de consumidores de drogas ilícitas. En Bataán de Limón, se refirió la disponibilidad para la venta de una gran variedad de sustancias ilícitas.

En la provincia de Puntarenas, los lugares en los que los ciudadanos entrevistados mencionaron mayores problemas de consumo fueron: Barranca, Puntarenas centro y Montes de Oro.

Finalmente, un entrevistado citó la existencia de cultivo de *plantas para extraer heroína* en la provincia de Cartago.

DISCUSIÓN

El consumo de drogas en Costa Rica, durante la primera mitad de la década de los años noventa, presenta características generales que permiten apreciar aspectos tanto positivos como negativos en torno a su evolución. Resulta importante dar cuenta de las reducciones observadas en el número de bebedores excesivos de café, en la prevalencia general del consumo de alcohol y en la estabilidad del nivel nacional de consumo de drogas ilegales. El aumento en la prevalencia de consumidores de por vida de tabaco y cocaína, así como la eclosión en el consumo de "crack" y medicamentos psicotrópicos, revela la faceta preocupante de un fenómeno en el cual el consumo de drogas lícitas muestra estrechas interrelaciones con el de las ilegales.

Si bien podría pensarse que el lapso transcurrido entre el estudio nacional de 1990 y el actual es breve, los hechos demuestran que un quinquenio es un intervalo suficientemente extenso para que operen transformaciones de gran trascendencia en materia de consumo de sustancias. La disminución en la prevalencia de vida del consumo de alcohol es una muestra de ello. La explicación de esta baja podría encontrarse, posiblemente, en los niveles de conciencia de las personas más jóvenes acerca de la ubicación de dicha droga como una sustancia más, relación presente hace varios años en el discurso preventivo de la instituciones del Estado, y en la necesidad de postergar el inicio de consumo. Por otro lado, se ha podido determinar la existencia de más alcohólicas entre las amas de casa y el sector de los estudiantes, situación (en el caso de las primeras) que se estableció en 1990 al conocerse que el número de bebedoras excesivas aumentaba de modo importante.

Asimismo, teóricamente, es posible que esta reducción en la prevalencia vitalicia de consumo de alcohol se refleje en un inicio más tardío y en un menor consumo activo de otras drogas, en el caso de que las condiciones económicas y socioculturales pasadas se mantengan durante los próximos años.

Sin

embargo, esto podría no ser así, al conocerse, por citar un ejemplo, una reciente resolución de la Sala Constitucional^{xvii} mediante la cual se eliminan los impuestos a las bebidas alcohólicas (destiladas y fermentadas), lo cual implicaría que la nueva legislación^{xviii} establezca una reducción en los tributos asignados a la cerveza, hecho que necesariamente fomentaría una iniciación más temprana y un aumento en los indicadores *per cápita*.

La situación se torna aún más compleja si se considera que el consumo de tabaco de alguna vez ha aumentado, circunstancia que indica la existencia de más consumidores nuevos, principalmente en el sector de los individuos jóvenes. Si a lo anterior se agrega el aumento observado en el consumo de medicamentos psicotrópicos sin prescripción médica, se pone de relieve que la población costarricense presenta un importante grado de exposición y de vulnerabilidad hacia las drogas y hacia sus consecuencias. Cabe destacar que, según lo reportan Eppelin y Rivera⁷⁴, el problema de la automedicación estaría relacionado con patrones consumistas fomentados por el sistema médico y social.

En lo que a drogas ilegales respecta, la marihuana continúa en un primer lugar como droga ilícita más consumida, posición que ha ocupado tradicionalmente, a pesar del movimiento de las restantes. No obstante, la evolución del consumo de "crack" en sólo un lustro no tiene precedentes. Si bien en hogares la prevalencia es relativamente baja, otros estudios en poblaciones específicas, ya citados en secciones previas, muestran indicadores más preocupantes.

¿Cuál papel se puede asignar a la modernización de la sociedad, a los procesos de intercambio de información y, en general, al proceso de globalización en el surgimiento de nuevos consumidores de drogas? ¿Cuál papel cabe esperar de los procesos de apertura de mercados en el aumento de los problemas asociados con el abuso de alcohol, tabaco, psicofármacos y sustancias ilegales? ¿Podría predecirse

^{xvii} Expediente 12362, publicado en la *Gaceta* N°187 del 03/10/95.

^{xviii} *Ley de creación de impuestos para el financiamiento del IDA y del IFAM.*

el impacto de la promoción, distribución y venta de productos farmacéuticos capaces de producir dependencia, concretamente la de los estimulantes anorexígenos destinados a un público deseoso de lucir cuerpos estilizados según el mandato y presión impuestos por las modas foráneas? Si bien la tendencia hacia la globalización, la cual ha ido en aumento sostenido desde comienzos de la década de los años ochentas, tiene su reflejo más importante en la economía, también lo presenta en la cultura y en la política. En efecto, una consecuencia de la creciente globalización se refleja en la cultura. Los medios de comunicación, así como el flujo de personas y bienes entre países, han hecho posible que determinados estilos de vida, normas y valores cruzaran las fronteras de los países centrales y penetraran en sus vecinos o en aquellos de otro continente, en unos con más fuerza que antes, en otros como algo novedoso, de manera que, como notaran Stokke y Mármora⁷⁵, los niveles de aspiraciones y las formas de consumo han sido afectados sensiblemente. “La globalización del mercado, de los estilos de vida y patrones de consumo de Occidente no mejoran la probabilidad de un desarrollo sostenible en el futuro”⁷⁶.

Así, aunque el papel del Estado como ente regulador del mercado es indiscutible, una tendencia característica de los últimos años es el rol decisivo (casi exclusivo) de este último en el destino económico de la mayor parte de las naciones.

Este reflejo, producto del intercambio antes citado, y el cual requiere de una mayor exploración y discusión, no solamente se estaría reflejando parcialmente en el consumo, propiamente dicho, sino en las ideas y las concepciones de las personas en torno a él. En efecto, el tema de las *drogas* tiene una significativa presencia entre la población costarricense y, según los resultados la presente investigación, la gran mayoría parecer tener una opinión formada sobre aspectos tales como la peligrosidad de las drogas, la legalización de su consumo y la ubicación que se les asigna como parte de los problemas nacionales, entre otros. El cuestionamiento central en torno a estas posiciones del público y el papel que podría caber al Estado en materia preventiva, se relacionan con la calidad de la información que reciben las personas y la responsabilidad de las instituciones en cuanto a las posibilidades reales de brindar

educación para la formación de individuos mejor dispuestos para el abordaje crítico de los problemas que, de manera directa o indirecta, deben enfrentar.

El presente estudio pone de manifiesto, como otros también lo han destacado, la importancia que debe asignarse a la velocidad con que ocurren determinadas transformaciones y la conveniencia de desarrollar planes de acuerdo con esas transformaciones. En este sentido, cabe plantearse: ¿cuáles son las implicaciones de incrementar el nivel de conciencia de las personas acerca de los peligros en torno al abuso de sustancias lícitas? ¿Puede la oferta de información veraz y científica asegurar mejores posibilidades de desarrollo para las personas? ¿Cómo asegurar posiciones más críticas o favorecer efectos menos negativos como consecuencia de la exposición de los individuos, especialmente los niños, a la publicidad de las sustancias lícitas y a las inexactitudes y sensacionalismo con que se maneja el tema de las ilícitas?

Por otra parte, la situación de la mujer continúa siendo preocupante. El estudio actual, así como otros reportes de investigación del I.A.F.A. dan cuenta de que el consumo de tranquilizantes continúa siendo importante en este grupo, el cual parece estar afectado por una serie de condiciones adversas que le imponen tanto sus relaciones en el nivel familiar como las vicisitudes de la vida moderna: las nuevas aspiraciones frente a la falta de oportunidades, la insatisfacción recurrente y un sostenido estado de frustración que parece reflejarse en el consumo de benzodiazepinas y en los indicadores de alcoholismo, los cuales son más elevados que en 1990. En este mismo sentido, según han podido determinarlo Gutiérrez y colaboradores⁷⁷, más de una tercera parte de ellas obtiene muy escasa satisfacción y gratificación por las funciones que realiza. Así, es posible establecer algunos vínculos entre este fenómeno y el consumo de sustancias. Las investigaciones de Frankenhaeuser y Gardell⁷⁸ muestran que, tanto la sobrecarga de trabajo, como el poco estímulo en muchas actividades destinadas principalmente a las mujeres, como por ejemplo el trabajo doméstico, son fuente de estrés y deterioro.

Los datos presentados en el presente informe deben considerarse como una entrega inicial. La riqueza del estudio permitirá profundizar en diferentes áreas en las que el Departamento de Investigación ha incursionado anteriormente, las cuales se ofrecerán, durante los próximos años, al público interesado.

Para finalizar, es importante señalar que la información expuesta pone de relieve la necesidad de que, tanto el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, como todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en este campo, desarrollen la mayor cantidad de esfuerzos en el área preventiva, mediante la coordinación con otros organismos que realizan labores específicas en otros sectores y cuyo concurso es fundamental para el logro de una mejor calidad de vida para la población costarricense. Tales esfuerzos de coordinación deben también orientarse hacia la exploración de las vinculaciones entre el turismo y el consumo de drogas lícitas e ilícitas, así como hacia una mayor profundización en sectores específicos de la sociedad costarricense (grupos de clase media, marginal, infantiles, etc.).

REFERENCIAS

-
- ¹ Jiménez, F. y Bejarano, J. **Estudio nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas**, San José, C.R.: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia , 1991.
- ² Bejarano, J. y Carvajal, H. “El consumo de drogas en la mujer costarricense”. **Revista de Ciencias Sociales**, 65: 43-55, 1994.
- ³ N.I.D.A. **National household on drug abuse**. Main findings 1988, Maryland, USA: DHHS Publication 90-1682, 1990.
- ⁴ Van Haselt, V. et al. Behavioral assessment of drug addictions: strategies and issues in research and treatment. **The International Journal of Addictions**, 16, (1), 1981, (43-68).
- ⁵ Ramírez, M. Modelo de respuesta aleatoria: aplicación en una encuesta sobre drogas. **Psicoactiva** (12): 5-38, 1994.
- ⁶ Míguez, H. y Pecci, C. **Estudio nacional sobre salud mental y hábitos tóxicos en el Paraguay**. Asunción, PY: Comité Paraguay-Kansas, 1991.
- ⁷ Ferrando, D et al. Opiniones sobre drogas en el Perú. Lima, Perú: CEDRO, 1993.
- ⁸ _____. “Opinión y uso de drogas entre los estudiantes de secundaria”. Revista de CASAMEN, 1 (1): 40-48, 1993.
- ⁹ _____. Opiniones sobre drogas en el Perú. Población urbana. Lima, Perú: CEDRO, 1993.
- ¹⁰ Bejarano, J.; Amador, G. y Vargas, L. **Consumo de drogas y percepciones de riesgo en el estudiante costarricense de 10º y 11º años, 1993**, San José, C.R.: IAFA, 1994.
- ¹¹ Bejarano, J. ; Carvajal , H. y San Lee, L. **El fenómeno de la farmacodependencia en el estudiante de primer ingreso a las universidades estatales de Costa Rica: percepciones de riesgo y consumo**. San José, C.R.: IAFA, 1993.
- ¹² Ferrando, D. et al; *Op. cit.*
- ¹³ Bejarano, J.; Amador, G. y Vargas, L. **Consumo de drogas y percepciones de riesgo en el estudiantes costarricense de 10º y 11º años**,_San José, C.R.: IAFA, 1994.

-
- ¹⁴ Dusek, D. y Girdano, D. **Drogas: un estudio basado en hechos**. México, MEX.: Ed. SITESA, 4ª edición, 1990, (149)
- ¹⁵ Aguilar, V. *et al.* **El consumo y la satisfacción del consumidor de café en Costa Rica**. Centro de Investigaciones en Tecnología de Alimentos. Costa Rica, 1993.
- ¹⁶ Ídem.
- ¹⁷ Williams, B. ; Chan, K. y otros. **International profile. Alcohol and other drugs**. Toronto: ARF y OMS, 1994.
- ¹⁸ Morales, M. *et al.* **Calidad en la prescripción y utilización de benzodiazepinas**. San José, C.R.: Ministerio de Salud, CCSS , UCR, OPS, 1994.
- ¹⁹ Bejarano, J. **Las drogas, aspectos introductorios y fundamentos para la prevención**. San José, C.R.: EUNED, 1994.
- ²⁰ Eppelin, C. y Rivera, S. Prescripción de benzodiazepinas y farmacodependencia. San José, C.R.: Tesis, Universidad de Costa Rica, 1993.
- ²¹ Sandí, L. **Benzodiazepinas: indicaciones clínicas y dependencia**. San José, C.R.: I.A.F.A., 1994.
- ²² Bejarano, J.; Amador, G. y Vargas, L. **Consumo de drogas y percepciones de riesgo en el estudiante costarricense de 10º y 11º años. 1993**. San José, C.R.: I.A.F.A., 1994.
- ²³ Míguez, H. y Pecci, C. **Estudio nacional sobre salud mental y hábitos tóxicos en el Paraguay**. Asunción, PY.: Comité Paraguay-Kansas, 1991.
- ²⁴ DHHS. National Household Survey, Main findings, 1991, Washington, U.S.: USDHHS, Pub. N° 93-1980, 1993
- ²⁵ Saavedra, A. "Dependencia de benzodiazepinas". **Psicoactiva**, 8, (8): 65-98, 1994.
- ²⁶ IDA. **Epidemiological trends in drugs abuse** (Highlights and Executive Report). Maryland, US.: NIH Pub. N° 95-3990, 1995.
- ²⁷ Morales, M. *et al*, *Op. Cit.*
- ²⁸ Rodríguez, E. *et al*, *Op. Cit.*
- ²⁹ CIEC, *Op. Cit.*
- ³⁰ Madden, J. S. **Alcoholismo y farmacodependencia**. México: Ed El Manual Moderno, 1986.
- ³¹ Ídem.

- ³² Ferrando R., Delicia. *Uso de las drogas en las ciudades del Perú. Encuesta de hogares: monografía de investigación #5*, 1990.
- ³³ CIEC, *Op. Cit.*
- ³⁴ Rodríguez, E. *et al.*, *Op. Cit.*
- ³⁵ DHHS, *Op. Cit.*
- ³⁶ Ídem.
- ³⁷ Ídem
- ³⁸ Rodríguez, E *et al.*, *Op. Cit.*
- ³⁹ Míguez, H. y Pecci., C. *Op. Cit.*
- ⁴⁰ Ferrando R., Delicia, *Op. Cit.*
- ⁴¹ Míguez, H. y Pecci, C. **Estudio nacional sobre salud mental y hábitos tóxicos en el Paraguay.** Asunción, PY: Comité Paraguay-Kansas, 1991.
- ⁴² CIEC. **Estudio de prevalencia del consumo de drogas en Bolivia. Encuesta nacional de hogares 1992.** La Paz, BOL.: Development Associates, Inc., 1992.
- ⁴³ Ferrando, D. **Uso de drogas en las ciudades del Perú.** Lima, PER.: Cedro, 1990.
- ⁴⁴ Rodríguez, E. *et al.* **Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.** Santa Fé de Bogotá, COL.: DNE, 1993.
- ⁴⁵ DHHS. **National household survey on drug abuse.** Maryland, USA: DHHS Pub. No.93-1980, 1992.
- ⁴⁶ Rodríguez, E. *et al.* *Op. Cit.*
- ⁴⁷ Ferrando, D., *Op. Cit.*
- ⁴⁸ Rodríguez, E. *et al.* *Op. Cit.*
- ⁴⁹ CIEC, *Op. Cit.*
- ⁵⁰ Míguez, H. y Pecci, C., *Op. Cit.*
- ⁵¹ San Lee, L. **Compilación estadística y algunos indicadores sobre el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica, 1990-1994.** San José, C.R.: I.A.F.A., 1996.

⁵² CONADIC. **Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, 1992-1994**. México, MEX: CONADIC, 1995.

⁵³ Jiménez, F.; San lee, L. y Villarreal, E. **_Compilación estadística y algunos indicadores sobre el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica, 1985-1990**. San José, C.R.: I.A.F.A., 1991.

⁵⁴ Herrera, M. “Turistas costarricenses se sienten marginados”, **La Nación**, 22 de febrero de 1996, página 6A

⁵⁵ ICT. **Plan estratégico de desarrollo turístico sustentable de Costa Rica (1993-1998)**. San José, C.R.: ICT, 1994.

⁵⁶ Rodríguez, E. et al. *Op Cit*.

⁵⁷ Ferrando, D. **Uso de drogas en las ciudades del Perú**. Lima, Perú: CEDRO, 1990.

⁵⁸ Rodríguez, E. *et al.* **Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia**. Sta.Fé de Bogotá, COL.: s.e., 1993.

⁵⁹ CIEC. **Estudio de prevalencia del consumo de drogas en Bolivia. Encuesta Nacional, 1992**. La Paz, BOL.: Development Associates Inc., 1992.

⁶⁰ Míguez, H. y Pecci, C. **Estudio nacional sobre salud mental y hábitos tóxicos en el Paraguay**. Asunción, Paraguay: Comité Paraguay-Kansas, 1991.

⁶¹ DHHS. **National household survey on drug abuse (Main findings, 1991)**. Maryland, USA: DHHS Pub. N° 93-1980, 1993.

⁶² Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. **Estudio nacional sobre consumo de drogas**. Santiago, Ch.: s.e. 1995.

⁶³ Bejarano, J.; Amador, G. y Vargas, L. **Consumo de drogas y percepciones de riesgo en el estudiante costarricense de 10° y 11° años, 1993**. San José, C.R.: I.A.F.A., 1993.

⁶⁴ Fuentealba, R. **Estudio nacional de consumo de drogas**. Santiago, CH.: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, 1995.

⁶⁵ Ferrando, D., *Op. Cit*.

⁶⁶ Míguez, H. y Pecci, C., *Op. Cit*.

⁶⁷ CIEC, *Op. Cit*.

⁶⁸ Rodríguez, E. *et al.*, *Op. Cit*.

⁶⁹ Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, *Op. Cit*.

⁷⁰ DHHS, *Op. Cit.*

⁷¹ CONADIC. **Programa contra la farmacodependencia, 1992-1994.** México DF, MEX: Conadic, 1994.

⁷² Bejarano, J. **Abuso de drogas. Características de consumo y algunos aspectos psicológicos asociados en una muestra de pacientes,** San José, C.R.: I.A.F.A., 1994.

⁷³ Bejarano, J.; Sáenz, M. y Ugalde, F. **Resultados de la cuarta ronda de estudios en salas de emergencia, centros de detención y centros de tratamiento. Costa Rica, 1995.** San José, C.R.: CICAD-IAFA-Ministerio de Justicia, 1995.

⁷⁴ Eppelin, C. y Rivera, S. *Op. Cit.*

⁷⁵ Stokke, O. y Mármora, L. **Los dilemas del desarrollo sostenible.** San José, C.R.: FLACSO. Cuadernos de Ciencias Sociales 63, 1993.

⁷⁶ Stokke, O. y Mármora, L. *Op. Cit.* pág. 29.

⁷⁷ Gutiérrez, M. et al. **Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible.** San José, C.R.: Lara S. y Asoc., 195.

⁷⁸ Frankenhaeuser, M., y Gardell, B., en Breilh, J. **La triple carga.** Quito, ECU: Ediciones Ceas, 1991.