



Instituto sobre Alcoholismo
y Farmacodependencia

**CONSUMO
DE DROGAS
EN COSTA
RICA**

Resultados
de la
del Encuesta Nacional
2000-2001

CONSUMO DE DROGAS EN COSTA RICA

**Resultados de la Encuesta
Nacional del 2000-2001**

Julio Bejarano Orozco

Federico Ugalde Montero

616.864
159c

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación. Consumo de drogas en Costa Rica: resultados de la encuesta nacional del 2000 - 2001 / Julio Bejarano Orozco y Federico Ugalde Montero: San José, CR: IAFA, 2003.
72 p.: 28 cm.;ilus.

ISBN: 9968-705- 56-X

1. ALCOHOL. 2. CAFÉ. 3. COCAINA. 4. CONSUMO.
5. COSTA RICA. 6. CRACK. 7. DROGAS. 8. EPIDEMIOLOGÍA. 9. HEROÍNA. 10. INHALANTES. 11. MARIHUANA.
12. MEDICAMENTOS. 13. MUJERES. 14. PREVALENCIA.
15. TABACO. I. Bejarano Orozco, Julio. II. Ugalde Montero, Federico. III. Título.

CONSEJO EDITORIAL

Hannia Carvajal M.

Zulay Calvo A.

Mario Gonzáles E.

Soledad Hernández E.

Rosa I. Valverde Z.

EQUIPO DE TRABAJO

Investigadores principales:

Julio Bejarano O.
Federico Ugalde M.

Coordinador Trabajo de Campo:

Eider Villareal G.

Supervisores:

Franklin Alfaro O.
Franklin Esquivel A.
Jorge Gamboa S.
Diego Rodríguez Z.
Mario Rojas L.
Francisco Serrano S.

Operadores Equipo Móvil:

Rodrigo Aguilar A.
José Antonio Arias D.
Frank Bolaños Z.
Alexander Matamoros B.
Agustín Vega S.

Encuestadores:

Alcides Acuña A.
Marco Vinicio Arce C.
Flory Barboza G.
Rubieth Calvo C.
Yadira Campos V.
Carmen Carranza R.
Guillermo Chacón P. (†)
Seidy Duarte V.
Ronald González Ch.
Mariano Jiménez C.
Raúl Jiménez Q.
Olga Johnson A.
Guillermo López R.
Leda Martínez Q.
Jose María Mena R.
Vilma Mesén A.
Ligia Mora A.
Carlos Nájera C.
Alicia Naranjo L.
Icseel Ordoñez C.
Enrique Ortiz A.
Fernando Segura L.
Marvin Rodríguez Ch.
Eugenia Ulloa N.

Apoyo administrativo:

Sonia Pérez R.
Mario Rojas L.
Federico Ugalde M.

Revisión de estilo:

Jacqueline Araya R.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
METODOLOGÍA.....	8
1. TIPO DE ESTUDIO.....	8
2. OBJETIVO GENERAL	8
3. POBLACIÓN Y MUESTRA	8
4. INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN.....	11
5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	15
6. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	18
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	21
RESULTADOS.....	23
1. SECCIÓN SOBRE ASPECTOS DE SALUD.....	23
1.1 <i>Problemas de salud.....</i>	<i>23</i>
1.2 <i>Estados de tensión.....</i>	<i>23</i>
1.3 <i>Ejercicio físico.....</i>	<i>25</i>
2. OPINIONES SOBRE ASPECTOS DIVERSOS.....	26
2.1 <i>Opinión sobre el principal problema nacional.....</i>	<i>26</i>
2.2 <i>Opinión sobre los temas que deberían ser atendidos por el sistema educativo.....</i>	<i>27</i>
2.3 <i>Drogas acerca de las que más se escucha.....</i>	<i>28</i>
2.3 <i>Fuentes de información sobre drogas.....</i>	<i>29</i>
2.5 <i>Drogas más peligrosas.....</i>	<i>30</i>
2.6 <i>Legalización de las drogas</i>	<i>31</i>
2.7 <i>Opiniones sobre la disponibilidad de las drogas</i>	<i>31</i>
2.8 <i>Opiniones sobre el consumo de drogas en el país</i>	<i>32</i>
2.9 <i>Opiniones sobre el consumo de drogas en personas conocidas.....</i>	<i>32</i>
2.10 <i>Conocimiento de organizaciones que trabajan en el tema de las drogas.....</i>	<i>34</i>
2.11 <i>Opiniones sobre los efectos del turismo</i>	<i>35</i>

3. DROGAS LÍCITAS.....	36
3.1 <i>Consumo de café</i>	36
3.2 <i>Consumo de tabaco</i>	38
3.3 <i>Consumo de medicamentos tranquilizantes</i>	42
3.4 <i>Consumo de medicamentos estimulantes</i>	43
3.5 <i>Consumo de medicamentos opiáceos</i>	44
3.6 <i>Consumo de alcohol</i>	45
3.6.1 <i>Prevalencia y edad de inicio</i>	45
3.6.2 <i>Bebida de inicio</i>	48
3.6.3 <i>Tipos de bebedores</i>	49
4. DROGAS ILÍCITAS	53
4.1 <i>Consumo de marihuana</i>	53
4.2 <i>Consumo de cocaína</i>	54
4.3 <i>Consumo de “crack”</i>	57
5. OTRAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS DROGAS ILEGALES.....	58
5.1 <i>Percepciones sobre el consumo en la familia</i>	59
5.2 <i>Sinceridad de las respuestas</i>	61
5.3 <i>Análisis de componentes principales</i>	61
DISCUSIÓN	634
REFERENCIAS	68
ANEXOS	71

PRÓLOGO

La comprensión del problema de la producción, tráfico y consumo de drogas, revela que esta es una manifestación que está ligada a carencias en diversas dimensiones del desarrollo humano y social, a causas socio-culturales, económicas y políticas, que dan cabida al individualismo, la ausencia de lazos afectivos, la desintegración de la familia, la falta de objetivos trascendentes en el ámbito personal y la desigualdad de oportunidades en educación, salud y empleo, lo cual crea un ambiente favorable para el consumo de drogas, la corrupción, la delincuencia y la violencia social e intrafamiliar.

Una visión integral y de largo plazo se necesita para enfocar el problema de la producción, tráfico y consumo de drogas en nuestro país, ante el gran impacto que tiene en la salud pública y la seguridad ciudadana y, aún más, cuando existe convencimiento de que ninguna respuesta aislada o entidad por sí sola, puede hacer frente a este reto y mucho menos asegurar resultados en función de la disminución del consumo de drogas.

Los esfuerzos en reducción de la demanda deben apoyarse en una política nacional, bien diseñada y fundada. Por ello, con atino y visión de futuro, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia inició en 1990 un proyecto de investigación de gran envergadura, denominado "*Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas*" y desde entonces, quedó manifiesta la necesidad y relevancia de efectuar una investigación semejante, al menos cada cinco años.

Es indiscutible la conveniencia de realizar esta investigación para actualizar los datos sobre la naturaleza y las características de la demanda de drogas y, así, poder disponer de los elementos pertinentes para la oportuna toma de decisiones políticas y técnicas en torno al problema.

El IAFA espera que los hallazgos que se presentan en población general, sean una invitación a todos los interesados e involucrados para adentrarse en la producción de nuevo conocimiento, mediante el desarrollo de estudios complementarios en poblaciones específicas.

Hoy más que nunca, este nuevo conocimiento debe sustentar políticas y programas que incentiven la participación, la co-gestión y la responsabilidad social con el claro objetivo de posibilitar un mayor bienestar. El reto de movilizar a la sociedad en torno al desarrollo de un estilo de vida más saludable, alejado del consumo de drogas, se constituye en un mandato ineludible.

Finalmente, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, agradece al Centro de Prevención de Drogas (CENADRO) por el apoyo financiero y a la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), de la Organización de los Estados Americanos, en la persona de la Dra. Ana McG. Chisman, Directora de Reducción de la Demanda de Drogas de la CICAD, el respaldo y apoyo económico a esta iniciativa, sin los cuales, no hubiera sido posible su conclusión y publicación.

M.Sc. Douglas A. Mata Pernudi
Coordinador Área de Desarrollo Institucional
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

INTRODUCCIÓN

Es probable que exista acuerdo en que la realización de este tipo de estudios resulta una tarea necesaria para la toma de decisiones en el nivel nacional. La importancia de las investigaciones transversales en el campo de la demanda de drogas quizás no llegue a constituir un punto de discordia o uno en el que el debate obligue a un cuestionamiento de su trascendencia.

No obstante lo anterior, esta investigación no estuvo exenta de dificultades, especialmente de orden financiero, que amenazaron sus posibilidades de finalización exitosa. Si bien correspondía efectuar la recolección de los datos en el año 2000, la misma finalizó en los últimos meses del 2001, contrario a lo planificado y provocando algunos atrasos en la ejecución de nuevos análisis en profundidad para áreas y grupos específicos. A esto se sumó una severa escasez de recursos humanos en la Oficina de Investigación durante varios años, la cual provocó que esta publicación no saliera con la celeridad que experiencias previas habían demostrado. No obstante, el nivel de logro ha sido satisfactorio y por ello se somete a la consideración de los profesionales y público en general interesados. Esta investigación es una réplica de estudios nacionales efectuados en los años 1995 y 1990, lo que lo convierte en una de las pocas experiencias de este orden en el medio latinoamericano. En efecto, se reprodujeron las condiciones de investigación de períodos previos para asegurar la posibilidad de hacer comparaciones válidas y determinar de manera certera la evolución del fenómeno del consumo de drogas en el país. Como estudio transversal repetido que es, tuvo por objetivo establecer la naturaleza y las características de la demanda de drogas en una muestra nacional representativa con individuos entre 12 y 70 años de edad.

Por último, con el ánimo de simplificar, en diversas partes de este informe se hace mención de ésta como la encuesta nacional del año 2000, cuando en realidad debería indicarse 2000-2001.

METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio

La presente investigación se enmarca dentro de los estudios transversales repetidos¹. Es también 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. En este sentido se buscó mantener:

- a. La replicabilidad de los métodos de muestreo iniciales.*
- b. El empleo del mismo instrumento de recolección de datos, cuya forma tuvo algunas modificaciones tendientes a recolectar más información.*
- c. 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 fue analizar la información sobre las características del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la población costarricense de 12 a 70 años de edad en el año 2000, utilizando el mismo fundamento metodológico de los estudios sobre consumo de drogas efectuados en 1990 y 1995.

3. Población y muestra

La población meta del estudio nacional 2000 estuvo conformada por todos los habitantes de Costa Rica, costarricenses o no, con edades entre los 12 y 70 años, residentes en una vivienda y con al menos un año de habitarla. Para determinar el tamaño de la

muestra se utilizaron las estimaciones de población para el año 2000, realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)², en el cuadro 1 se presenta el detalle de la muestra por provincias.

CUADRO 1
Distribución de la muestra de acuerdo con el tamaño poblacional, según provincias.
Costa Rica, 2000

PROVINCIA	POBLACIÓN	%	n	SEGMENTOS
San José	1.315.292	36,1	1.646	81
Alajuela	655.944	18,0	822	39
Cartago	408.571	11,2	519	25
Heredia	293.939	8,0	426	21
Guanacaste	285.388	7,8	356	18
Puntarenas	406.448	11,1	457	22
Limón	286.221	7,8	419	20
TOTAL	3.651.803	100,0	4.645	226

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Cálculos de población por provincia, cantón y distrito al 1 de julio. San José, C.R.: INEC, 2000.

Para el cálculo de la muestra, se establecieron los siguientes parámetros:

- Un nivel de confianza en las estimaciones del 95,0%.
- Una prevalencia anual máxima del 40,3%, determinada por el consumo de alcohol según se estableció en el estudio nacional de drogas del año 1995.
- Un margen de no respuesta del 2,5%, según la experiencia de los anteriores estudios en el nivel nacional.
- Un margen de error máximo permisible de $\pm 1,2\%$ y un ajuste del tamaño de la muestra por efecto del diseño en varias etapas.

Desde un inicio se estableció que los privados de libertad o aquellas personas que se encontraban internadas en centros hospitalarios, así como las personas deambulantes o sin residencia fija, no serían incluidas dentro de la muestra.

La asignación del número de individuos fue proporcional al tamaño de cada provincia al grupo de edades correspondiente y a la distribución por sexo. En el nivel cantonal, los segmentos fueron seleccionados aleatoriamente.

En la distribución por cantones, fue necesario reforzar el número de segmentos asignados a Puriscal, Tarrazú, Orotina y Nicoya, ya que el número de habitantes en Turrubares, Dota, San Mateo y Hojancha, era insuficiente para asignar al menos un segmento en estos lugares.

Como en años anteriores, se utilizaron dos marcos muestrales, uno habitacional y otro por persona, los cuales estuvieron basados en la nueva cartografía para la realización del Censo 2000, elaborados por el INEC.

La selección de cada entrevistado fue mediante un proceso multietápico y probabilístico, las cinco etapas de muestreo fueron: la provincia, el cantón, el segmento, la vivienda y la persona (por sexo y edad). En la primera etapa se eligieron todas las provincias del país, luego se realizó una selección aleatoria de los segmentos en cada cantón, en la tercera etapa se hizo una selección sistemática de las viviendas (una cada dos casas, con la primera seleccionada al azar) y, por último, se efectuó la selección de los individuos, según la cuota a cubrir por sexo y grupos de edades.

En cada segmento se obtendrían aproximadamente 20 entrevistas en tres posibles rondas. Algunos segmentos fueron más grandes (25 entrevistas) y otros más pequeños (17 entrevistas).

La selección de los individuos, según grupos de edades y sexo, se realizó en el nivel provincial según se detalla en el siguiente cuadro:

CUADRO 2
Diseño muestral para la selección de los individuos por provincia,
según grupos de edad y sexo. Costa Rica, 2000.

VARIABLE	PROVINCIAS							TOTAL
	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón	
EDAD								
12-19*	438	223	143	117	104	139	127	1 291
20-29	377	200	127	101	90	113	110	1 118
30-39	358	180	111	92	69	88	84	982
40-49	238	109	69	61	45	59	53	634
50-59	140	68	41	33	29	35	28	376
60-70	95	43	27	22	19	23	17	246
TOTAL	1 646	823	518	426	356	457	419	4 645
SEXO								
Masculino	805	422	263	214	183	240	223	2 350
Femenino	841	401	255	212	174	217	196	2 296
TOTAL	1 646	823	518	426	356	457	419	4 645

* En los extremos de la distribución por edades se hicieron agrupaciones con otros rangos, dadas las características del estudio.

4. Instrumento y procedimiento de aplicación

El cuestionario empleado en ésta oportunidad fue básicamente el mismo que se utilizó en 1990 y 1995. Se agregaron dos ítemes para la exploración de los aspectos perceptuales y de opinión de los entrevistados, a saber, el problema del consumo de sustancias en los miembros de la familia y otros aspectos que deberían ser de atención prioritaria en escuela y colegios. Asimismo, se incluyó el instrumento AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para el tamizaje de los problemas por el consumo de alcohol.

Las 140 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, la opinión del entrevistado sobre el principal problema del país y temas que deberían ser de atención prioritaria en el sistema educativo).
- III. Área de salud (práctica de ejercicio, frecuencia de 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 del consumo, edad de inicio, historia del 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 del 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 del consumo, edad de inicio, historia del 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). A diferencia de 1990 y 1995, esta vez no se incluyó el cuestionario CAGE sino el AUDIT
- VIII. Drogas ilícitas (detección del consumo para marihuana, cocaína, "crack", heroína y sustancias inhalables, edades de inicio, historia del 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).

El A.U.D.I.T, o prueba de tamizaje para la identificación de los problemas por el consumo de alcohol, como se indicó anteriormente, se incorporó en la sección correspondiente al consumo de bebidas alcohólicas. Esta prueba fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para identificar a las personas cuyo consumo de alcohol resulta peligroso o dañino para su salud y si existe dependencia alcohólica y ha sido estandarizado transnacionalmente, lo cual permite su utilización en diferentes contextos y es consistente con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10).

CRITERIOS QUE UTILIZA EL A U D I T

Consumo peligroso de alcohol

1. Frecuencia de consumo
2. Cantidad típica
3. Frecuencia de consumo de 5 o más tragos

Consumo dañino de alcohol

1. Sentimientos de culpa luego de beber
2. Lagunas mentales (*blackouts*)
3. Lesiones relacionadas con el consumo

Síntomas de dependencia

1. Incapacidad de detenerse
2. Aumento significativo de la ingesta en desmedro de las actividades normales.
3. Ingesta por la mañana.

Los encuestadores y supervisores de campo participaron en un proceso de capacitación para el manejo del instrumento y la metodología de la investigación. Se efectuaron prácticas y se amplió el manual de aplicación. Dada la importancia del *rapport* y, en general, del establecimiento de condiciones óptimas para la entrevista, se trataron de modo exhaustivo las estrategias tendientes a enfrentar las eventuales resistencias u ocultamiento de información que este tipo de investigación pudiera despertar. Para asegurar la confianza del entrevistado y para minimizar la no respuesta, en varias preguntas las alternativas de respuesta se presentaron mediante tarjetas. Las entrevistas, asimismo, se realizaron en condiciones de confidencialidad y se procuró que cada supervisor de cam-

po las asignara a sus respectivos entrevistadores tomando en cuenta las características del entrevistado. De esta manera, si se consideraba que determinada entrevista debía ser realizada por un entrevistador del mismo sexo del entrevistado, se procedía en consecuencia.

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 hizo un segundo intento por localizarlas. 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 vivienda de partida en cada segmento se escogió aleatoriamente en el Proceso de Investigación del I.A.F.A. El procedimiento establecido indicaba que debía seleccionarse una de cada dos 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.

Cada día, después de concluir la jornada de entrevistas, las cuales se efectuaron entre los meses de octubre y diciembre del 2000, y entre junio y diciembre del 2001, el supervisor revisaba cada formulario para cerciorarse que estuviera completo y exento de errores. Una segunda revisión de los cuestionarios se efectuó en la Oficina de Investigación del I.A.F.A., en forma paralela al proceso de codificación.

Se logró entrevistar al 98,7% de la población objetivo. Por otra parte, los entrevistadores estimaron haber obtenido respuestas sinceras, proporción superior a la observada en 1995 (96.6%).

La confiabilidad del instrumento, para las secciones de consumo de drogas se estableció mediante el procedimiento *alpha* de Cronbach, el cual se detalla en el siguiente cuadro:

CUADRO 3
 Confiabilidad de las secciones de prevalencia de vida y
 consumo mensual *Costa Rica, 2000*

Sección	Coeficiente Alpha
Consumo (Prevalencia de vida)	0,665
Consumo (Prevalencia mensual)	0,630

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) de 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 (tremor, alucinosis, convulsiones tipo gran mal, psicosis alcohólica o *delirium tremens*).
- 5.5 Exbebedor: individuo bebedor moderado, excesivo o alcohólico, así como aquellas personas cuya ingesta anual no ocurre en más de cinco ocasiones, sin llegar a la embriaguez, y quienes tienen al menos un año de no ingerir bebidas alcohólicas.
- 5.6 Embriaguez: Se habla de embriaguez leve cuando la concentración de alcohol en la sangre oscila entre 30 y 60 miligramos (mg) (de 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.

- 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.ⁱ
- 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 incluye 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

ⁱ El consumidor de más de un mes pero de menos de un año es un consumidor reciente, no activo.

sustancias con potencial adictivo y que 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: Estos productos corresponden a las drogas que se utilizan para aliviar el dolor y pueden alterar la conciencia; 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 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 la 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: Los rangos para determinar los niveles de ingreso familiar se fundamentaron en los datos de la Encuesta de Hogares del año 2000³, según quintiles de los ingresos promedios por hogar.
- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| Nivel bajo de ingreso: | Menos de ₡50.000. |
| Nivel medio-bajo de ingreso: | De ₡50.000 a menos de ₡150.000 |
| Nivel medio de ingreso: | De ₡150.000 a menos de ₡400.000 |
| Nivel alto de ingreso: | Más de ₡400.000. |
- 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.
- 5.32 Drogas ilegales: drogas cuyo consumo se penaliza: marihuana, cocaína, heroína y “crack”, entre las más conocidas.

6. Características de la muestra

Un 94% de los entrevistados era costarricense, 5% provenía de Centroamérica o México y sólo una pequeña fracción agrupaba a sujetos de otros países.

En el cuadro 4, se aprecian las principales variables sociodemográficas de la muestra en estudio:

CUADRO 4
 Características sociodemográficas de la muestra
 Costa Rica, 2000 (n= 4 588)

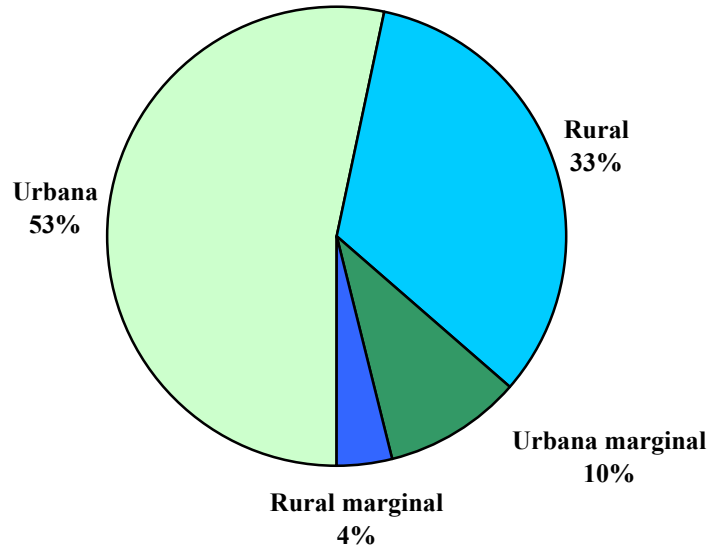
VARIABLE	VALORES PORCENTUALES (%)
SEXO	
Masculino	50,1
Femenino	49,9
EDAD	
12 - 14	9,4
15 - 19	18,1
20 - 24	12,3
25 - 29	11,1
30 - 34	10,8
35 - 39	10,5
40 - 44	7,3
45 - 49	6,5
50 - 54	4,3
55 - 59	4,0
60 - 64	2,3
65 - 70	3,3
ESTADO CIVIL	
Soltero	45,1
Casado	39,3
Viudo	1,8
Divorciado	2,4
Unión libre	10,2
Separado	1,2
OCUPACIÓN	
Sector primario	7,7
Sector secundario	17,5
Sector terciario	15,1
Estudiante	21,3
Ama de casa	27,6
Jubilado	3,4
No tiene trabajo	6,6
Otro	0,8

Continuación Cuadro 4

RELIGIÓN	
Católico practicante	62,5
Católico no practicante	11,7
Protestante	16,5
No tiene	6,7
Otra	2,6
PROVINCIA	
San José	35,1
Alajuela	17,9
Cartago	11,2
Heredia	9,1
Guanacaste	7,7
Puntarenas	9,9
Limón	9,1
ESCOLARIDAD	
Primaria incompleta	18,1
Primaria completa	24,0
Secundaria incompleta	30,6
Secundaria completa	10,8
Universitaria incompleta	7,4
Universitaria completa	6,6
Parauniversitaria	1,0
Sin educación formal	1,3
Otra	0,2
INGRESOS FAMILIARES	
Nivel bajo	21,6
Nivel medio-bajo	50,4
Nivel medio	24,0
Nivel alto	4,0

La información sociodemográfica se asemeja a la de 1995, salvo por algunas diferencias que podrían ser el resultado de variaciones en la composición de la población. Así se tuvo una mayor concentración de individuos jóvenes, más solteros que casados y un aparente aumento en el nivel educativo, dadas las altas proporciones de individuos con educación secundaria y universitaria.

Figura 1
Distribución de la muestra por zona
Costa Rica, 2000



El promedio de habitantes por vivienda fue 4,6. Los valores correspondientes a 1990 y 1995 fueron 5,07 y 4,57 respectivamente. Un 52,3% de los sujetos manifestó que su hogar era habitado por 4 personas, en tanto que un 47,7% indicó que por 5 o más.

Como puede apreciarse en la Figura 1, un 14% de la muestra corresponde a comunidades marginales, tanto urbanas como rurales, cuyos valores porcentuales son superiores a los seleccionados para el estudio de 1995.

7. Limitaciones del estudio

Una primera limitación por destacar se refiere a la interrupción que sufrió el estudio cuando el trabajo de campo fue detenido en el año 2000 y reanudado un año después. Pese a que esta situación no influyó en detrimento de la confiabilidad de los datos, los posibles efectos negativos de esta suspensión y la posterior reanudación fueron indeseables al provocar una alteración en toda la programación del trabajo. Debe aclararse que

toda mención del año 2000 en el texto, los cuadros o las figuras, debe entenderse como 2000 y 2001.

Como se indicó en un informe previo⁴, éste tipo de investigación produce estimaciones sobre consumo de sustancias psicoactivas según lo reportan personas con un año o más de residir en una vivienda. Esta información suele ser confiable; 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 limitaciones adicionales. Una de ellas, de mención general⁵, se relaciona con el sesgo de memoria, o los errores en que incurren los entrevistados cuando deben evocar aspectos que ocurrieron tiempo atrás, a veces más de una década. La confiabilidad de los reportes de los consumidores de drogas ha sido destacada por Van Hasselt et al⁶. Otros⁷ 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 este tipo de sesgos. En esta investigación, más que en el estudio de 1995, los encuestadores concordaron en que las respuestas brindadas por las personas entrevistadas (un 98,7%) eran sinceras. Sobre este particular, existe información que revela la utilidad de la impresión del entrevistador acerca de la sinceridad de los entrevistados al responder⁸.

Otro aspecto que constituye una limitación es que por tratarse de una encuesta de hogares, el estudio no contempla otros grupos, como los pacientes internados en hospitales, los sujetos que reciben atención especializada en centros de tratamiento, la población deambulante y sin residencia fija, entre otras.

RESULTADOS

1. SECCIÓN SOBRE ASPECTOS DE SALUD

1.1 Problemas de salud

Al igual que en 1995, un 55% de los sujetos entrevistados mencionaron no presentar problema de salud alguno. Entre quienes indicaron la existencia de alguna alteración, las señaladas acerca de problemas tales como depresión y ansiedad (2,7%) se asemejan a lo encontrado en 1995, en tanto que las afecciones respiratorias y digestivas fueron mencionadas por una cantidad significativamente mayor de individuos en la ronda correspondiente al año 2000. En 1995 sólo 4 sujetos (0,1%) admitieron presentar problemas de alcoholismo. Cinco años después lo hicieron 7 (0,3%), de lo cual se concluye lo mismo que en aquella oportunidad: la dificultad de muchas personas para reconocerse como alcohólicas o la dificultad para identificar los problemas de bebida como problemas de salud. Esto se corrobora al encontrarse que de la muestra total solamente un 2,8% manifestó haber recibido tratamiento para el alcoholismo y 1,6% haber estado internado por la misma razón.

De cada 10 personas que durante el último año consultaron a un profesional de la salud, 5,3 visitaron a un médico general, 2,3 a un médico especialista y 1,7 a un odontólogo. Estas cifras superan lo hallado en 1995.

1.2 Estados de tensión

Al igual que en 1995, en esta oportunidad también se inquirió acerca de los problemas relacionados con estados de tensión o estrés, en especial aquellos que se derivan de un agotamiento por exceso de trabajo o estudio o por la presencia de intensas preocupaciones durante el último año.

Según se observa en el siguiente cuadro, existen algunas variaciones entre períodos que conviene resaltar:

CUADRO 5
 Distribución porcentual de la muestra según la frecuencia de estados
 de tensión o estrés durante el último año
Costa Rica, 1995-2000

Frecuencia	1995	2000
Nunca	40,3	31,1
Una vez al mes	16,3	21,9
Una o dos veces por semana	17,3	20,5
Tres a cuatro veces por semana	13,0	7,7
Cinco o más veces por semana	13,1	18,8
TOTAL	100	100

La categoría de quienes nunca han experimentado tal condición se redujo en el período 1995–2000, como resultado probable de los aumentos porcentuales en las restantes, con excepción de la categoría correspondiente a *tres o cuatro veces por semana*. Más de dos terceras partes de la población en el año 2000 habría estado sometida a estados de tensión y 26% los experimentarían frecuentemente, es decir más de tres veces por semana. Estos problemas fueron significativamente más importantes en las mujeres, principalmente amas de casa ($p < 0,000$), en las personas de zonas urbanas ($p < 0,000$), entre los grupos con ingresos familiares medios bajos y bajos ($p < 0,000$) y, aunque importante en todos los niveles de edad, es especialmente relevante en el de 30 a 40 años ($p < 0,000$) y entre viudos y separados.

El consumo activo de alcohol y de tabaco está asociado significativamente con la presencia de estados de tensión de frecuencia semanal, lo cual sugiere la importancia de profundizar en el estudio de la relación tensión-consumo de drogas, tema acerca del cual la producción de conocimiento es nula.

1.3 Ejercicio físico

La práctica de ejercicio físico con una intencionalidad orientada hacia el mejoramiento de la salud o la estética personal ha mostrado un crecimiento a lo largo de la década de los noventa, según se puede apreciar en el cuadro 6:

CUADRO 6
Distribución porcentual de la muestra según la frecuencia de la práctica de ejercicio durante el último año Costa Rica, 1990-2000

Frecuencia	1990	1995	2000
Nunca	51,6	53,4	40,1
Una vez al mes	6,0	2,9	5,0
Una o dos veces por semana	20,4	21,4	24,7
Tres a cuatro veces por semana	8,5	8,8	8,2
Cinco o más veces por semana	13,5	13,5	22,0
TOTAL	100	100	100

La práctica de ejercicio al menos tres veces por semana, lo cual se considera positivo para la salud, está asociada al sexo masculino ($p < 0,000$) y es más característica de las zonas urbanas y de personas menores de 40 años ($p < 0,000$). A mayor ingreso familiar, mayor es la frecuencia de esta práctica ($p < 0,000$) y menor entre consumidores activos de alcohol ($p < 0,039$) y de tabaco ($p < 0,056$).

Existe también una asociación significativa entre ser un consumidor regular de frutas y verduras y practicar habitualmente ejercicio físico. Por otra parte, las personas que no consumen activamente tabaco o alcohol son más proclives a ingerir regularmente tal tipo de productos.

2. OPINIONES SOBRE ASPECTOS DIVERSOS

2.1 Opinión sobre el principal problema nacional

A diferencia de los períodos anteriores, el costo de la vida fue señalado como principal problema por una proporción menor de individuos. De hecho la reducción es importante y sostenida a lo largo de la década (véase el cuadro 7). La mención de las drogas como principal problema, muestra una reducción menos acentuada durante todo el período y al igual que en 1990 y 1995, en el 2000 la categoría consumo de drogas fue indicada con mayor frecuencia, representando más de un 80% del total de las menciones sobre el tema en cuestión (consumo, tráfico y producción).

CUADRO 7

Distribución porcentual de la muestra en 1995 y 2000, según su opinión acerca del principal problema nacional
Costa Rica, 1995-2000

Variable	1990	1995	2000
Costo de vida	47,9	35,1	24,3
Drogas	23,3	29,9	24,0
Alcoholismo	5,4	7,4	6,6
Corrupción	0,3	7,0	15,7
Delincuencia	0,6	6,9	10,8
Vivienda	5,0	4,0	5,5
Violencia familiar	*	3,2	10,6
Otros	17,5	6,5	2,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0

(*) Sin información

Llama la atención que el tema de alcoholismo como problema nacional ocupe un lugar de menor importancia que el de las drogas en general y que el del tabaquismo ni siquiera aparezca mencionado como tal, al ser su porcentaje de mención inferior a 1%, como en las encuestas anteriores. Evidentemente, ambos fenómenos aún no son reconocidos como problemas relevantes en la población general.

Frente a la baja en las indicaciones del costo de vida como principal problema, sobresale el aumento en aquellas sobre la corrupción, la delincuencia y violencia familiar, cuyo análisis escapa a los propósitos de este informe.

El tema de las drogas es señalado con más frecuencia por las personas con ingresos bajos y medios-bajos que por los entrevistados con ingresos medios y altos ($p < 0,000$). Al igual que en 1995 más mujeres que varones mencionaron el problema de las drogas como el principal y a mayor nivel educativo menos alusiones en tal sentido ($p < 0,000$). Cuanto más joven la persona, mayor inclinación a mencionar el tema como principal problema; así, en el grupo de 12 a 14 y en el 15 a 19 se dieron los valores más elevados (35,6% y 28,2%, respectivamente).

2.2 Opinión de temas que deberían ser atendidos por el sistema educativo

Este tipo de opinión se recaba por primera vez en esta encuesta, de modo que no se dispone de elementos para comparar con los años 1990 y 1995. Según se aprecia en el cuadro 8 domina la temática de los valores y pese a que ésta podría estar relacionada con la existencia de problemas como la violencia intrafamiliar, el consumo de drogas, la corrupción; las personas entrevistadas plantearon por separado estos últimos. El consumo de drogas y el tráfico ocupa un lugar de importancia, lo cual guarda relación con las menciones de las drogas como principal problema nacional.

Los resultados por sexo son diferentes en el sentido de una mayor inclinación de los varones hacia el tema de las drogas y un mayor interés de las mujeres hacia el tema de la educación sexual ($p < 0,000$). En el tema de los valores prácticamente no hay diferencia porcentual. A mayor edad decrece el interés por el tema de la educación sexual, mientras que el de las drogas disminuye entre los 19 y los 40 y posteriormente aumenta de manera importante hasta representar más de una tercera parte de los individuos con edades superiores a los 40 años. El interés por el tema de los valores está asociado con la edad de manera que dicho interés es mayor conforme aumenta la edad, especialmente después de los 30 años ($p < 0,000$) y también el nivel educativo, situación semejante al aumento en el nivel de ingresos. Por el contrario, los temas sobre drogas y educación

sexual tienden a ser señalados con menos regularidad conforme aumenta el nivel de ingresos y la escolaridad ($p < 0,000$).

CUADRO 8

Opinión de las personas entrevistadas según su criterio acerca de los temas de atención prioritaria en el sistema educativo Costa Rica, 2000

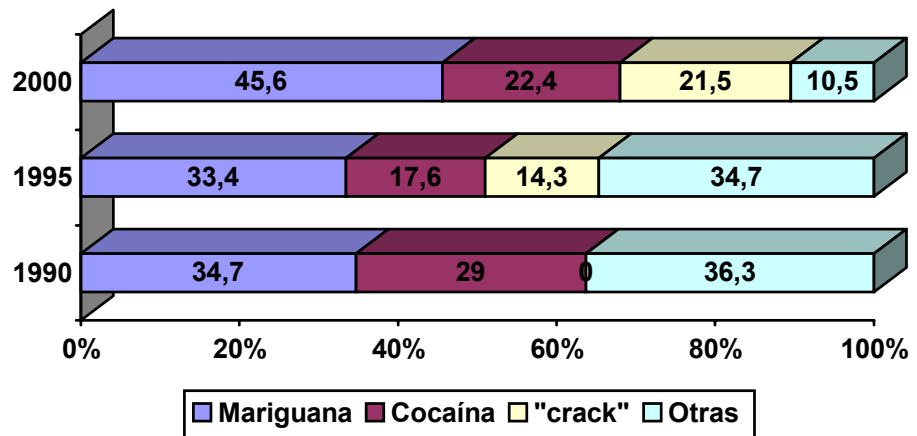
Tema	Valores	
	Absolutos	Relativos
La formación de valores	1682	37,0
El consumo y el tráfico de drogas ilícitas	793	17,5
La educación sexual	579	12,8
El consumo de alcohol y tabaco	438	9,7
La violencia doméstica	401	8,9
La corrupción	356	7,9
La calidad y contenidos de la educación	265	5,9
Otro	12	0,3
Total	4526	100,0

2.3 Drogas acerca de las que más se escucha

Las personas con ingresos familiares bajos tienden a escuchar más acerca de la marihuana y el “crack” que aquellas con ingresos medios y altos ($p < 0,000$), situación semejante a la encontrada en 1995 e inversa al considerarse el nivel educativo; es decir, a mayor escolaridad menor la proporción de personas que escucha hablar de marihuana y “crack”. Mientras más joven la persona (12 a 18 años) más frecuencia de menciones para la marihuana en tanto que al aumentar la edad mayores las de cocaína y “crack”.

En el 2000, las alusiones a drogas como *éxtasis*, heroína, *LSD* no tuvieron importancia estadística alguna, pese a estar algunas de ellas en los medios de comunicación de modo relativamente permanente. Por otra parte, cabe destacar que los aumentos en marihuana, cocaína y “crack”, según se observa en la Figura 2 y al considerarse toda la década, son significativos.

Figura 2
Distribución de la muestra según droga acerca de la cual han escuchado más.
Costa Rica, 1990, 1995 y 2000



2.4 Fuentes de información sobre drogas

En comparación con el año 1995, una proporción significativamente menor de personas en el año 2000 manifestó obtener la información sobre drogas a través de los medios de comunicación colectiva. Un 68% se pronunció en tal sentido.

Las mujeres, al igual que las personas de más de 55 años de edad, conforman el grupo que manifestó conocer sobre las drogas por conducto de los medios ($p < 0,000$). En general, a mayor edad de la persona y con estudios primarios concluidos ($p < 0,000$), mayor es la proporción que opina en el sentido expuesto. De manera similar que en 1995, la posibilidad de recibir información por conducto de instancias gubernamentales o privadas, así como a través de libros, revistas o documentos, es menor en la zona rural.

2.5 Drogas más peligrosas

Al igual que en 1995, la asignación de peligrosidad a determinadas drogas pareciera estar relacionada con su estatus de ilegalidad. Así, al “crack”, a la cocaína y a la marihuana se les otorga más peligrosidad, misma que en la zona urbana es mayor que en la rural. Tal tipo de percepción disminuye en el caso de la marihuana conforme aumenta la edad, pero aumenta con la edad cuando se trata de “crack” o cocaína ($p < 0,000$). En los sujetos con ingresos altos tiende a ser menor la adjudicación de peligrosidad a la marihuana. Nótese que en general la asignación de peligrosidad a esta droga disminuyó entre 1995 y el 2000.

CUADRO 9
Drogas más peligrosas, según los entrevistados
Costa Rica 1995, 2000

Droga	1995	2000
“Crack”	33,5	36,5
Cocaína	28,9	23,0
Marihuana	22,7	12,0
Heroína	5,1	14,3
Alcohol	3,6	6,0
Otras	6,2	8,2
Total	100,0	100,0

Cabe destacar, por el contrario, el aumento en la proporción de individuos que percibieron la heroína como más peligrosa entre un período y otro. Esta percepción pareciera relacionarse con la información que ha dado cuenta del incremento en los decomisos entre 1995 y el año 2001⁹, mismos que fueron del orden de los 9,83 Kg. y los 12.68 Kg., respectivamente. Pese a no estar en el cuadro, en 1995 el tabaco fue percibido por menos del 0,5% de los individuos como la droga más peligrosa. En el 2000, este porcentaje se elevó a 2%, en prácticamente todos los grupos de edad. Este desarrollo, si bien es importante, es bajo si se considera su potencial como generador de enfermedad y muerte.

2.6 Legalización de las drogas

En comparación con el año 1995, en el 2000, una proporción significativamente mayor de individuos ($p < 0,0000$) se mostró a favor de la legalización de las drogasⁱⁱ. En efecto, mientras en el primer año citado lo hizo un 1,6%, cinco años después se manifestó en el mismo sentido un 3,2%. Es significativamente mayor la proporción de hombres que de mujeres que se inclinan por esta posibilidad ($p < 0,001$). Es más frecuente en sujetos con edades entre 20 y 39 años ($p < 0,002$), de zona urbana, de la provincia de San José y mucho más probable si el individuo posee un nivel alto de ingresos o no tiene religión ($p < 0,000$).

Acercas de estos aspectos, cabe preguntarse si el aumento observado es el resultado de la exposición del público a una mayor o mejor cantidad de información, a una relativa ausencia en los medios de informaciones alarmistas sobre la marihuana, droga que como en 1995 fue la seleccionada por un sector considerable de las personas como aquella que debería legalizarse, pese a que la opción “todas” fue mencionada por cerca de la mitad de los individuos. Una mayor difusión de ciertos efectos positivos de la marihuana, los cuales han sido divulgados de manera sostenida en los últimos años, pudo ser un factor coadyuvante.

2.7 Opiniones sobre la disponibilidad de las drogas

La estimación de las personas acerca de la facilidad para conseguir drogas ilegales es impresionantemente alta en todas las provincias del país, al superar en todos los casos el 95%. Esta proporción no es diferente de la encontrada en 1995, lo cual revela

ⁱⁱ El concepto legalización de las drogas se definió en este estudio como 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 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, como parte de una estrategia alternativa frente a las acciones represivas para enfrentar el problema.

que el tema de la disponibilidad es percibido por el público de un modo particular sostenido durante varios años.

Esta manera de percibir es predominantemente mayor en la zona urbana ($p < 0,003$) y en personas que se encuentran empleadas en el sector de los servicios ($p < 0,000$). Tiende a elevarse conforme se incrementa el nivel de escolaridad y el nivel de ingreso ($p < 0,000$).

2.8 Opiniones sobre el consumo de drogas ilegales en el país

En comparación con 1995, en el 2000 una proporción significativamente mayor de individuos ($p < 0,01$) en todo el país (85,7 y 92.6% respectivamente) estimó que el consumo de drogas ilegales había aumentado en los últimos cinco años. Esta percepción, la cual muy posiblemente está vinculada con el tema anterior (disponibilidad), es considerablemente mayor en la zona urbana ($p < 0,001$), entre las personas ocupadas en el sector de los servicios y entre aquellas con mayor nivel educativo e ingreso ($p < 0,000$).

Estos hechos serían coherentes con el tipo de ideas que es común escuchar, en muy diversos círculos, en relación con el aumento que permanentemente tendría el consumo de sustancias psicoactivas en el país..

Las medidas que, de acuerdo con las personas entrevistadas, deberían tomarse con los consumidores de sustancias ilícitas no han variado si se las compara con las recabadas en 1995. En este sentido, predominan las medidas curativas (60%) y las opciones laborales (20,5%), lo cual haría suponer que la percepción del público en relación con la asociación drogas-delito o la necesidad de reprimir al consumidor continúa siendo relativamente baja, al mantenerse en los mismos niveles de 1995.

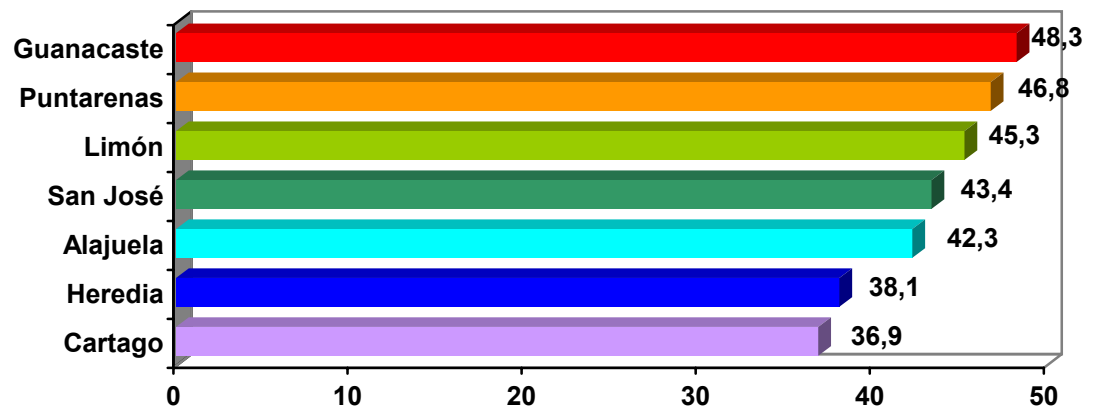
2.9 Opiniones sobre el consumo de drogas en personas conocidas

Un tema de interés desde el estudio de 1995, fue el de la percepción de los sujetos en relación con la cantidad de personas conocidas que consumen drogas. Aunque el

porcentaje de personas que indicó que muchos de sus amigos o conocidos consumen sustancias ilícitas bajó de 15% a 13,5%, la diferencia no es significativa.

Según la provincia de residencia, se observan algunas diferencias estadísticamente significativas (véase la figura 3). Guanacaste, Puntarenas y Limón agrupan las mayores proporciones de individuos que mencionaron que algunos o muchos de sus amigos consumen drogas ilegales. Esto pone de relieve, nuevamente, la importancia de los puertos o localidades de alta concentración turística como zonas donde el tema adquiere especial interés. En estas provincias, al menos un 15% de las personas manifestó tener *muchos* amigos o conocidos que consumen drogas ilegales.

Figura 3
Distribución de la muestra de acuerdo a la proporción de individuos para quienes algunos o muchos de sus amigos consumen drogas, según provincia de residencia.
Costa Rica, 2000



Al analizarse esta relación por grupos de edades se encuentra que a mayor edad disminuye la proporción de sujetos que consideran que muchos de sus amigos o conocidos consumen drogas ($p < 0,0000$).

Las mujeres son más proclives que los hombres a estimar que entre sus amistades y conocidos habrían menos consumidores de drogas ilegales ($p < 0,0000$), situación semejante entre las personas que poseen algún vínculo de pareja (casados o unión libre) en comparación con los que no lo tienen (solteros, viudos, separados). Conforme aumen-

ta el nivel educativo, disminuye la proporción de sujetos que considera que sus amigos no consumen drogas ilícitas ($p < 0,0000$).

No ser practicante de una religión está asociado con una mayor percepción de tener amistades o conocidos consumidores de drogas ilícitas ($p < 0,0000$). Por el contrario, al existir una definición personal como practicante de una religión, se tiende a percibir una mayor cantidad de amigos o amistadas que no consumen drogas.

2.10 Conocimiento de organizaciones que trabajan en el tema de las drogas

A diferencia del año 1995, en el año 2000 una proporción significativamente mayor de personas ($p < 0,0000$) mencionó conocer instituciones relacionadas con la problemática de las drogas (57,6% y 62%, respectivamente).

Existe un mayor conocimiento de organizaciones en la zona urbana que en la zona rural ($p < 0,0000$), entre varones más que entre mujeres y en las provincias aledañas al Valle Central más que en las periféricas (Puntarenas, Limón y Guanacaste) ($p < 0,0000$). Conforme aumenta la edad, hasta los 50 años, es superior la proporción de individuos que indican conocerlas.

El porcentaje de sujetos que mencionó conocer el I.A.F.A. descendió significativamente en comparación con 1995, año en que un 26,3% se pronunció en tal sentido, en comparación con 18,3% del año 2000. Esta disminución pudo ser el resultado de la dramática reducción que sufrió el presupuesto asignado a la institución en los últimos años lo cual se reflejó necesariamente en su capacidad para hacer divulgación y promoción de imagen, aunado a una reducción general de su presencia en los medios si se la compara con la de años anteriores.

También se observó una reducción significativa en la proporción de individuos que valoran positivamente el éxito de los programas públicos en esta materia. Mientras en 1995 un 47,3% lo hacía, en el 2000 el porcentaje disminuyó a 38,2%. En general, se puede afirmar que la percepción del público acerca de la efectividad de los programas que atienden el problema de las drogas es pobre, situación que podría estar relacionada con un menoscabo en la cantidad y calidad de información que recibe acerca de estos tópicos.

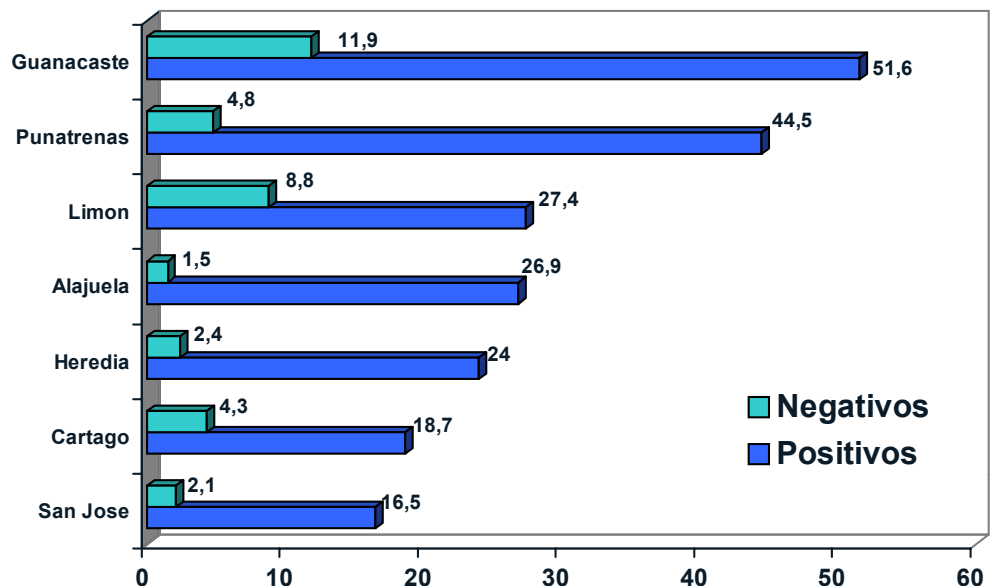
2.11 Opiniones sobre los efectos del turismo

En general, un 66% de la muestra indicó que el turismo no tiene ningún efecto sobre su comunidad. Esta opinión fue significativamente más fuerte en las provincias de San José, Cartago, Alajuela y Heredia ($p < 0,000$). Una cuarta parte señaló que los efectos para su comunidad eran positivos, en virtud de la generación de mayores ingresos y fuentes de trabajo. Sólo un 3,9% de los entrevistados opinó en forma desfavorable, al considerar que el turismo no beneficia al país, y más bien propicia la prostitución, los juegos de azar y el consumo de drogas.

En figura 4, se detallan estas percepciones según la provincia de residencia de los entrevistados. Al compararse las proporciones de personas en cada provincia según su posición en un sentido u otro, sobresale que en Limón y Guanacaste existen los mayores porcentajes de sujetos que conciben como negativos dichos efectos, no obstante, los datos permiten concluir que es mayor el contingente de individuos, en todas las provincias, que los valoran como algo positivo.

Figura 4

Distribución de la muestra por provincias según percepción de los efectos positivos o negativos asociados con el turismo en su comunidad.
Costa Rica 2000



3. DROGAS LÍCITAS

3.1 Consumo de café

La prevalencia de vida en el consumo de esta droga lícita no se ha modificado en los últimos cinco años, y se mantiene que el 75,0% de la población la ha probado regularmente. De igual manera no se aprecian diferencias significativas por sexo

Se encontraron diferencias significativas ($p \leq 0,001$) en cuanto a la zona de procedencia (es mayor el consumo en las zonas rurales: 78,1% que en las zonas urbanas: 73,3%), estado civil (los bebedores de café que tienen una pareja consumen más: 81,0%, en relación con los que viven sin pareja: 69,2%) y nivel educativo (conforme aumenta el nivel educativo, la proporción de consumidores de café disminuye).

Un dato interesante es que a mayor edad, mayor es el consumo de café ($p \leq 0,001$), esto se podría explicar por los efectos adversos cuando se abandona su consumo regular, aparte de ser una bebida de mucha aceptación social.

CUADRO 10

Prevalencia de vida de consumo de café, según sexo y grupos de edad. Costa Rica, 1995-2000

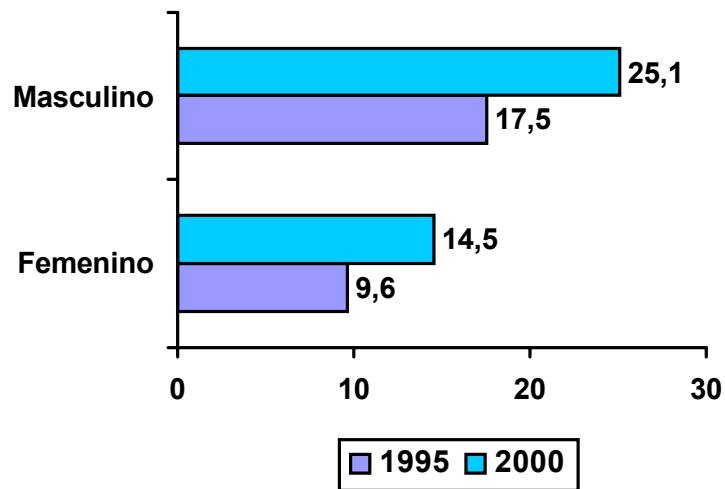
Sexo	1995	2000
Masculino	77,1	76,8
Femenino	73,8	73,1
Grupo de edad		
12 a 19	66,8	65,2
20 a 29	69,2	68,1
30 a 39	77,3	82,6
40 a 49	83,4	84,6
50 a 59	83,5	85,0
60 a 70	86,0	85,1

En relación con el consumo moderado (entre una a dos tazas diarias de café), el 54,6% de la población lo practica, lo que equivale a decir que 1.993.884 costarricenses entre los 12 a 70 años consumen diariamente dos o menos tazas de café. Si estos datos

son comparados con el estudio sobre consumo de sustancias del año 1995, no existe diferencia en el porcentaje de bebedores moderados o excesivos de café.

Por su parte, el 20,3% de los bebedores activos de café consumen en forma excesiva (3 o más tazas diariamente). En la figura 5 se detallan los niveles de consumo excesivo por sexo.

Figura 5
Consumo excesivo de café, según sexo
Costa Rica 1995-2000



Los bebedores excesivos de café son por lo general varones, de zonas rurales, que conviven con una pareja (casados o en unión libre), trabajan principalmente en el sector primario, tienen un bajo nivel educativo y económico. Igualmente se mantiene la relación que a mayor edad, mayor es el consumo excesivo de café ($p < 0,001$).

Un 62,9% de los bebedores excesivos indicaron que les hace falta tomar la cantidad de café que ingieren diariamente, y un porcentaje aún mayor de estos bebedores (86,5%) sufren de diversas molestias (cefalea e irritación principalmente) al suspender el consumo.

3.2 Consumo de tabaco

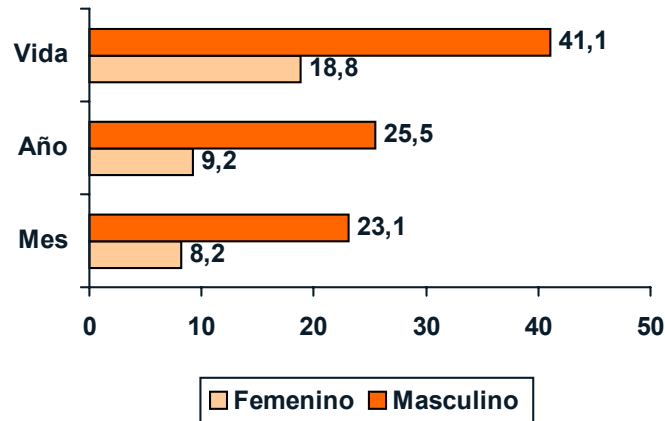
En la última década se han resaltado, con más fuerza que en las anteriores, los efectos nocivos del cigarrillo. Por ejemplo en la Región de las Américas la mortalidad causada por el tabaquismo ha superado la relacionada con el SIDA, los accidentes y el suicidio. Además, las enfermedades asociadas con esta droga tales como el cáncer de pulmón, las enfermedades cardiovasculares y otras, representan aproximadamente el 54% de la carga total por enfermedades¹⁰.

En algunos países latinoamericanos, como Bolivia, la prevalencia de vida es del orden de 55.9%, en tanto que la prevalencia mensual es 28.8%¹¹. En Chile, la prevalencia general es 71,94% y la del último mes 41%¹². Si se analiza la prevalencia de vida en Costa Rica, se encuentran niveles inferiores a los antes citados. En 1995 dicha prevalencia fue 35,2%, mientras que en el año 2000 disminuyó significativamente ($p \leq 0,001$) a 29,9%. En términos absolutos este porcentaje representa 1.091.889 personas de 12 a 70 años que han experimentado con tabaco alguna vez en su vida. Esta disminución sin embargo, no se relaciona con el consumo regular de cigarrillos, el cual será analizado posteriormente.

En Costa Rica, la prevalencia de último año fue igual a 17,2% en tanto que en 1995 fue 18,3%. La del último mes 15,8% en comparación con 17,5% del estudio anterior. Esto pone en evidencia que el consumo activo de tabaco ha experimentado una reducción significativa, incluso si se considera la década en su totalidad.

Por sexo, se encuentran diferencias significativas en el porcentaje de hombres que alguna vez en su vida han fumado (41,1%) contra un menor porcentaje de fumadoras (18,8%).

Figura 6
Prevalencia de vida, de año y de mes de consumo
de tabaco, según sexo.
Costa Rica, 2000



Con respecto a la edad de inicio, se puede mencionar que no existen notorias diferencias a lo largo de los 10 años analizados, si bien hay pequeñas variaciones, éstas no son lo suficientemente grandes para señalar alguna tendencia en esta variable. Si se estudian las edades de inicio del consumo de tabaco según sexo en el año 2000, se observa que los hombres inician el consumo más tempranamente que las mujeres.

CUADRO 11
Edades promedio de inicio en el consumo de tabaco
Costa Rica, 1990, 1995 y 2000

Edad de inicio	1990	1995	2000
Menor de 13 años	18,0	15,5	14,5
De 13 a 15 años	28,4	31,5	33,8
De 16 a 18 años	32,8	30,7	31,9
Mayor de 18 años	20,8	22,3	19,8

En el cuadro siguiente se presenta la distribución de los consumidores activos de tabaco según su estado civil, sin embargo al comparar los datos no se encontraron diferencias significativas entre 1995 y el año 2000 ($p \leq 0,001$) para los solteros, viudos y en unión libre, de manera tal que sí se observa una disminución considerable en la prevalencia de fumado activo en los casados y los divorciados.

CUADRO 12
Prevalencia de fumadores activos de tabaco, según su estado civil
Costa Rica, 1995-2000

Estado civil	1995 (Valores porcentuales)	2000 (Valores porcentuales)
Casado	15,5	12,9
Soltero	17,5	15,7
Viudo	16,4	18,1
Divorciado	25,6	21,7
Unión libre	24,6	26,4

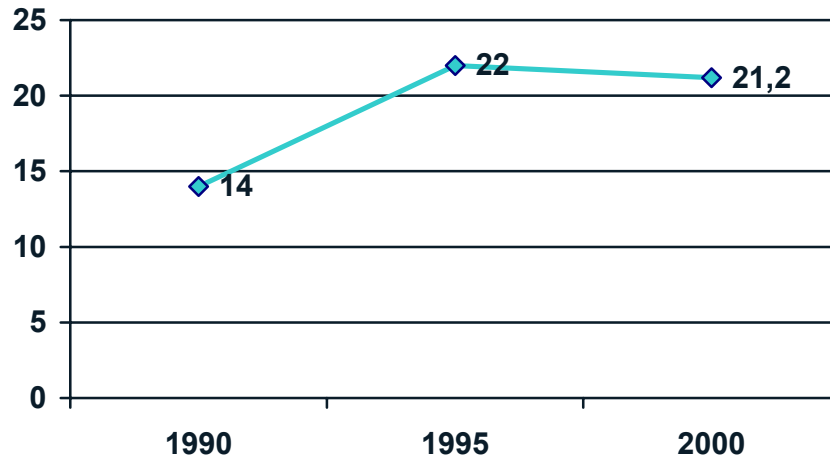
Se puede decir que los fumadores activos son hombres de zonas urbanas (17.5% en contraste de un 12,8% en zonas rurales), principalmente de las provincias de San José y Heredia, trabajadores, en su mayoría, del sector primario y secundario. No se encontraron diferencias significativas por nivel educativo y estado civil, pero a mayor nivel educativo mayor es el nivel de consumo de tabaco.

Una vez iniciado el consumo de tabaco, es mayor la proporción de hombres que mantiene, años después, un consumo activo de cigarrillos en comparación con las mujeres ($p \leq 0,001$). Así, mientras que el 56,2% de los hombres llegan a ser consumidores activos, solo el 43,6% de las mujeres mantienen esta condición.

En promedio, las personas que fuman lo han hecho durante 12,7 años, cifra algo menor a la encontrada en el estudio del año 1995, pero el número promedio de cigarrillos diarios aumentó a 12,6. Por sexo encontramos que no existe mayor diferencia entre el promedio de días que fuman los hombres en relación con las mujeres (24 y 23 respectivamente), pero si hay una diferencia notoria en el número promedio de cigarrillos que consumen diariamente los hombres (13,6) en comparación con las mujeres (10,0).

En relación con la incidencia de fumadores en el año 2000, se puede notar una estabilidad en comparación con el año 1995; sin embargo, al considerarse el decenio completo se encuentra un aumento significativo.

Figura 7
 Incidencia del consumo de tabaco por cada mil habitantes.
Costa Rica 1990-2000



En los últimos años, los profesionales en salud han tomado mayor conciencia sobre los problemas asociados con el tabaquismo (Véase cuadro 13). Específicamente, cada vez más personas son aconsejadas por sus médicos para que dejen de fumar. Igualmente, más personas en los últimos cinco años han realizado por lo menos uno a dos intentos por dejarlo. La principal razón para renunciar al tabaquismo y por la cual mucha gente no fuma sigue siendo los problemas de salud asociados.

CUADRO 13
 Distribución porcentual de los fumadores que
 han intentado dejar de fumar
Costa Rica, 1995-2000

Categoría	1995	2000
El médico le ha recomendado dejar el cigarrillo	31,5	40,1
Ha intentado dejar de fumar	71,8	66,5
Ha realizado de 1 a 2 intentos por dejar el cigarrillo	53,3	64,0

3.3 Consumo de medicamentos tranquilizantes

La prevalencia general del consumo indebido de benzodiazepinas, es decir aquel que tuvo lugar por autoprescripción o sin que mediara una receta médica, se mantuvo en los niveles de 1995. En el 2000 fue de 2% en comparación con 2,2% en aquel año. El cuadro 14 muestra los niveles de prevalencia hallados en el año 2000.

CUADRO 14

Prevalencia de vida, de año y de último mes e intervalos de confianza del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en la población de 12 a 70 años.
Costa Rica, 2000

Tipo de prevalencia	Proporción de prevalencia	Intervalos de confianza
Vida	2,0	1,6 – 2,4
Año	1,2	0,8 – 1,4
Mes	0,7	0,3 – 0,8

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

Al considerarse toda la década anterior, sí es posible establecer un aumento significativo, dado que en 1990¹³ el nivel de prevalencia de vida de uso indebido fue de 0,88%.

El consumo de alguna vez en la vida es significativamente mayor en las provincias de San José, Heredia y Limón que en las restantes ($p < 0,005$) y mayor en la zona urbana que en zona rural ($p < 0,0000$). La experiencia de haber consumido es notablemente mayor entre las personas que durante los doce meses previos presentaron estados de estrés o tensión con una alta frecuencia.

El consumo reciente de este tipo de productos farmacéuticos es considerablemente mayor en sectores de ingresos bajos ($P < 0,03$). De hecho, disminuye drásticamente en el sector de altos ingresos. Las razones principales por las cuales los sujetos explican su consumo de tranquilizantes fueron *para la ansiedad* y como inductores del sueño (30% y 46%, respectivamente).

Al igual que en 1995 y según una tendencia marcada a lo largo de toda la década, en esta ocasión también se hallaron diferencias por sexo, según la cual el consumo es mayor en las mujeres ($p < 0,02$).

La edad de inicio de consumo de tranquilizantes disminuyó sensiblemente entre el período 1995 - 2000. En el primer año fue 31,7 en comparación con 25,4 y una desviación estándar menor (12,27 años frente a 15,15 cinco años antes).

Siete de cada diez personas que consumieron tranquilizantes respondieron afirmativamente haber intentado dejarlos. De ellos, una tercera parte justificó su decisión en el temor a convertirse en dependiente, otra tercera parte indicó la posibilidad de perjuicios para su salud.

3.4 Consumo de medicamentos estimulantes

Al igual que en el caso de los medicamentos tranquilizantes, este tipo de producto requiere de una receta especial para su venta. Como se observa en el cuadro 15, la prevalencia general de uso indebido es de 1,9%, la cual no difiere estadísticamente de la hallada en 1995 (1,2%).

CUADRO 15
Prevalencia de vida, de año y de último mes e intervalos de confianza del consumo de estimulantes sin prescripción médica en la población de 12 a 70 años.
Costa Rica, 2000

Tipo de Prevalencia	Proporción de prevalencia	Intervalos de confianza
Vida	1,9	1,4 – 2,2
Año	0,9	0,6 – 1,2
Mes	0,4	0,2 – 0,6

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

Al igual que en 1995, la mayor parte de las personas que han consumido estimulantes (70%) refieren la ingestión de tiamina con cafeína, producto que si bien es de ven-

ta libre, contiene cafeína, sustancia estimulante que puede provocar algún grado de tolerancia y dependencia si media abuso¹⁴.

Un aspecto de interés, ausente en el estudio de 1995, se refiere al consumo de *éxtasis*. En la encuesta del 2000, un 3,5% del grupo que reportó haber consumido estimulantes, mencionó consumo de *éxtasis* alguna vez. No obstante, al utilizarse como denominador la muestra total, la prevalencia general resulta inferior a 0,1%.

Los datos locales de consumo de *éxtasis* son inferiores a la información de prevalencia (de año) en el nivel mundial, ya que la misma se ha establecido en 0,1%¹⁵. Si la prevalencia de vida en Costa Rica es 0,1% la de año se supone inferior o muy inferior.

La edad promedio de inicio del consumo de estimulantes fue 22 años, observándose al mismo tiempo una mayor experimentación masculina que femenina ($p < 0,03$), una mayor frecuencia de consumo en la zona urbana que en la zona rural ($p < 0,004$) y mayor también en personas con edades entre 19 y 40 años ($p < 0,029$) y con ingresos medios y altos ($p < 0,004$).

Entre los consumidores de estimulantes destacan, como elementos motivadores del consumo, la necesidad de soportar las demandas de la situación laboral (28%) o la imposición de un determinado ritmo de estudios (35%).

3.5 Consumo de medicamentos opiáceos

Estos productos corresponden a las drogas que se utilizan tanto para aliviar el dolor como para alterar la conciencia. Al igual que en 1995, en este estudio los derivados del opio que fueron de interés son el sulfato de morfina, el cual cuenta con controles estrictos, y la codeína y el acetaminofén con codeína, sobre los cuales no existen controles. De las personas que reportaron haber consumido algún medicamento opiáceo, 85,3% manifestó haberlo hecho con éstos últimos y su propósito fue, casi exclusivamente, aliviar algún dolor. El consumo de productos controlados es bajo.

El nivel de prevalencia de vida del consumo indebido de opiáceos se mantuvo sin variación si se compara con el de 1995. Lo mismo puede afirmarse en relación con los consumos de último año y de último mes.

La edad promedio de inicio del consumo de estas sustancias es 17 años, misma que resulta significativamente menor que la hallada en 1995 (26,3 años).

CUADRO 16

Prevalencia de vida, año y último mes e intervalos de confianza del consumo de opiáceos sin prescripción médica en la población de 12 a 70 años
Costa Rica, 2000

Tipo de prevalencia	Proporción de Prevalencia	Intervalos de confianza
Vida	4,5	3,9 – 5,2
Año	3,8	3,3 – 4,4
Mes	2,4	1,9 – 2,8

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

3.6 Consumo de alcohol

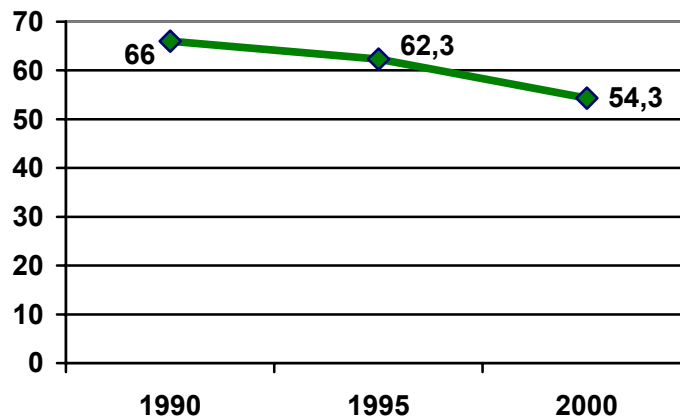
3.6.1 Prevalencia y edad de inicio

En el año 2000, la prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas fue 54,3%. Al igual que en 1995, con respecto a 1990, en esta ocasión se aprecia una reducción en el número de personas que se inició en la bebida. Aunque no siempre se dispone de información actualizada en la mayor parte de los países latinoamericanos, al compararse esta información con los niveles de prevalencia de algunas otras naciones, resultan de menor cuantía. En Chile, por ejemplo, se reportó una prevalencia de 84,36%¹⁶, en tanto que en Bolivia y Perú de 78,8%¹⁷ y 87,2%¹⁸, respectivamente. En Colombia¹⁹ los datos de consumo de último año y último mes (59,8% y 35%, respectivamente) pueden compararse con los datos locales, expuestos más adelante en el cuadro 17, de donde resultan más elevados.

En la siguiente figura, se ilustra la situación nacional a lo largo de la década anterior, la cual es sumamente interesante pues revela una disminución sostenida en el período. Esta disminución de la prevalencia general estaría relacionada con individuos, necesariamente jóvenes, que habrían postergado la edad de inicio, circunstancia que en sí misma muestra el posible efecto acumulativo de los programas de prevención que se han desarrollado en el país desde la década de los años setenta y, en particular, el énfasis puesto en los noventa. Esta posible explicación se efectúa a falta de evaluaciones de largo plazo que pudieran aportar mayores elementos.

Figura 8

Distribución de la muestra según proporción de individuos que refieren consumo de bebidas alcohólicas alguna vez.
Costa Rica, 1990, 1995, 2000



Aunque vinculada de manera muy indirecta, esta información no se correlaciona necesariamente con la situación del abuso de alcohol ni del alcoholismo en Costa Rica. Sin embargo, constituye un dato de trascendencia que además de resaltar el impacto preventivo, daría cuenta de la intervención de ciertas políticas públicas, como por ejemplo la introducción de variaciones en el precio de las bebidas, como las ocurridas a fines del decenio anterior cuando los precios en el mercado sufrieron aumentos significativos. Otros estudios podrían explorar éstas u otras relaciones de interés.

CUADRO 17

Prevalencia de vida, de año y de último mes e intervalos de confianza del consumo de bebidas alcohólicas en la población de 12 a 70 años. Costa Rica, 2000

Tipo de prevalencia	Proporción de prevalencia	Intervalos de confianza
Vida	54,3	52,8 – 55,6
Año	38,9	37,5 – 40,3
Mes	26,6	25,3 – 27,8

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

Si bien la prevalencia de vida se redujo con respecto a 1995, la prevalencia de consumo activo aumentó en 1,8 puntos porcentuales en relación con ese mismo año; sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa.

La edad de inicio se estableció en 17,26 años, ligeramente superior a la hallada en población general chilena²⁰. Este valor es ampliamente más bajo que el obtenido en 1995 (18,01); no obstante, si se considera la década completa (1990 – 2000), se afirma que no hubo variación puesto que en 1990 la edad de inicio fue 17,13 años.

Cabe destacar que antes de los 15 años edad se ha iniciado un 38% de los sujetos en tanto que antes de los 18 un 60%. Al considerarse diferentes grupos de edad a lo largo del decenio 1990 – 2000, se obtiene la información del cuadro 18 en lo que respecta a la edad de inicio.

CUADRO 18

Distribución porcentual de las personas que alguna vez tomaron bebidas alcohólicas, según el grupo de edad correspondiente a la primera ingestión. Costa Rica, 1990, 1995 y 2000

Grupos de edad	Año		
	1990	1995	2000
12 años o menos	9,8	6,1	10,1
13 a 15 años	16,3	15,6	28,4
16 a 18 años	19,7	20,7	35,5
19 años o más	54,2	57,6	26,0

Como puede apreciarse, hay una significativa reducción manifiesta en el porcentaje de personas que empezaron el consumo tardíamente, es decir después de los 19 años. Al analizarse la situación según sexo se encuentran diferencias significativas ($p < 0,000$) que sugieren un inicio más temprano de parte de los hombres. En efecto, es mayor la proporción de mujeres (36,5%) que se iniciaron después de los 19. Asimismo, es considerablemente mayor la proporción de hombres cuya iniciación tuvo lugar antes de los 15 años.

3.6.2 Bebida de inicio

Como en 1990 y 1995, en el 2000 la cerveza persiste como la bebida de inicio para la población nacional. Así, fue la bebida de comienzo para más de la mitad de los sujetos, según se puede apreciar en el cuadro 19:

CUADRO 19
Distribución porcentual de las personas que alguna vez tomaron bebidas
alcohólicas, según bebida de inicio, por año
Costa Rica, 1990, 1995, 2000

Bebida	1990	1995	2000
Cerveza	33,5	45,1	53,0
Guaro	19,1	24,9	21,1
Ron	9,9	9,3	8,6
Vino	6,7	6,8	7,2
Rompopo	14,0	2,7	2,6
Chicha	2,1	0,6	1,8
Otra	14,7	10,6	5,7

Los datos que muestra el cuadro 20 revelan también una supremacía de la cerveza como bebida de preferencia actual, sin embargo, la reducción con respecto a 1995 es estadísticamente significativa. El aumento en la preferencia del vino, con respecto al período anterior también lo es.

CUADRO 20

Distribución porcentual de las personas que alguna vez tomaron bebidas alcohólicas, según bebida de preferencia, por año
Costa Rica, 1990, 1995, 2000

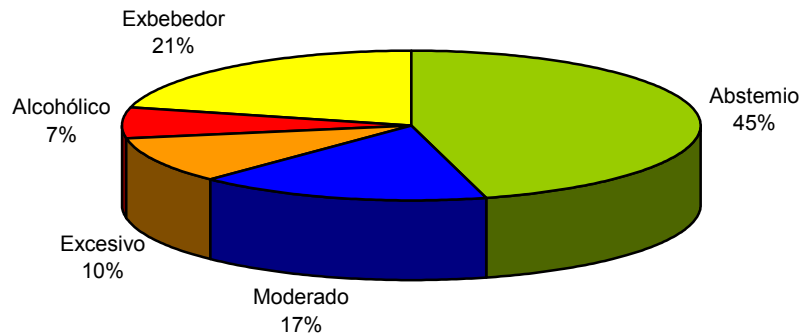
Bebida	1990	1995	2000
Cerveza	43,7	70,0	65,5
Guaro	15,7	10,7	9,8
Ron	9,1	7,4	7,8
Vino	3,6	4,0	6,0
Rompope	13,5	2,0	1,2
Otra	14,4	5,9	9,7

La preferencia por las bebidas no destiladas es mayor en personas menores de cuarenta años. Los sitios en los cuales se acostumbra tomar son los lugares públicos (bares, restaurantes, etc.) en los que se reúnen dos de cada tres personas, principalmente hombres ($p < 0,000$), los tomadores de bebidas no destiladas ($p < 0,000$), los fumadores activos ($p < 0,000$) y los trabajadores de todos los sectores, menos las amas de casa ($p < 0,000$).

3.6.3 Tipos de bebedores

En comparación con el año 1995, la prevalencia de bebedores excesivos y de alcohólicos mantuvo prácticamente sus índices, situación que se esperaba en virtud de la escasa variación que se observa a lo largo del tiempo en la prevalencia de este tipo de bebedores, en particular cuando la información se obtiene de muestras grandes de hogares.

Figura 9
Distribución de la muestra según tipos de bebedores
Costa Rica, 2000



La proporción de abstemios aumentó con respecto al año 1995, situación que podría relacionarse con la disminución que la prevalencia de vida ha experimentado tanto en el último quinquenio como en la década de los noventa. A la par de esto, el porcentaje de sujetos que beben moderadamente se redujo mientras que el de exbebedores se mantuvo igual.

CUADRO 21
Distribución porcentual de la muestra, según tipo de
bebedor de alcohol, por provincia
Costa Rica, 2000

Provincia	Abstemio	Moderado	Excesivo	Alcohólico	Exbebedor
San José	41,1	17,2	10,3	7,9	23,5
Alajuela	51,5	16,1	9,1	5,4	18,0
Cartago	47,5	20,4	9,1	4,9	18,1
Heredia	43,6	21,3	9,6	5,8	19,7
Guanacaste	53,3	14,2	11,3	6,2	15,0
Puntarenas	45,6	11,0	10,1	6,8	26,5
Limón	46,1	13,8	11,0	6,0	23,2

Al considerarse los bebedores problema (bebedores excesivos y alcohólicos) en los cantones con mayor representación de los mismos, se obtiene lo expuesto en el siguiente cuadro.

CUADRO 22
Distribución porcentual de la muestra, según prevalencia de bebedores problema en los cantones más afectados
Costa Rica, 2000

Provincia	Cantón	Bebedores problema
San José	León Cortés	25,0
	San Pedro	24,3
	Moravia	22,2
Alajuela	Guatuso	28,0
	Los Chiles	28,0
	Poás	26,1
Cartago	Centro	19,0
	La Unión	17,4
Heredia	Sarapiquí	20,4
	Centro	17,7
Guanacaste	Liberia	23,8
	Santa Cruz	23,0
	Bagaces	21,7
Puntarenas	Esparza	24,0
	Centro	23,7
	Garabito	20,0
Limón	Guácimo	24,0
	Siquirres	21,7
	Centro	20,5

Los resultados del AUDIT, instrumento de tamizaje que se utilizó para complementar la información sobre ingesta anormal de alcohol, entre los consumidores del último año, revelan un 24,4% de individuos que presentan alguna condición de riesgo según su consumo de bebidas alcohólicas. Este 24,4% está ligado con el 17% de bebedores problema (excesivos y alcohólicos) detectados mediante el cuestionario base empleado en esta investigación.

El AUDIT detecta tres tipos de problemas en relación con la bebida: ingesta peligrosa, ingesta perjudicial y dependencia. En este estudio el 15% de los sujetos tomado-

res del último año presentan consumo peligroso (para lo cual se utilizaron criterios de frecuencia y cantidad: consumo semanal y una cantidad de 5 o más tragos por sentada), en tanto que un 8,5% mostró un consumo perjudicial (sentirse culpable por la forma de tomar, haberse lastimado o haber herido a alguien y haber recibido alguna recomendación para dejar de beber). La dependencia alcohólica (pérdida de control, cese de actividades cotidianas por la bebida e ingesta matutina para aliviar el síndrome de abstinencia) corresponde a un 3,7% de los tomadores del último año. Las discrepancias con los valores obtenidos mediante cuestionario obedecen a la utilización de denominadores diferentes (en un caso la muestra total, en otro los tomadores del último año) debido a consideraciones de orden técnico.

Por otro lado, la experiencia de haber tomado en forma de *tanda*, o episodio de ingestión de alcohol en forma excesiva durante dos días seguidos o más, lo cual constituye una forma riesgosa de beber, fue referida por un 29% de las personas que alguna vez tomaron. Esta proporción es similar a la encontrada en 1995, pero al considerarse la década de los noventa de manera total se aprecia un aumento de diez puntos porcentuales al contrastarse con el resultado de 1990.

Esta experiencia es significativamente más común en hombres que en mujeres ($p < 0,000$) y está asociada en particular con el inicio temprano ($p < 0,000$) del consumo de alcohol. Así, mientras dicha experiencia la refiere el 38% de los sujetos que empezaron a tomar antes de los 13 años, lo hace cerca del 20% de quienes lo hicieron tardíamente (después de los 18). Ocurre más en la zona rural que en la urbana ($p < 0,031$) así como entre fumadores activos ($p < 0,000$), más que entre no activos.

En esta investigación, un 13,2% de las personas detectadas como alcohólicas recibieron alguna forma de tratamiento ambulatorio. En 1995 lo reportó un 21%. Así mismo, un 8,7% de los sujetos dependientes del alcohol ha recibido tratamiento bajo internamiento, porcentaje inferior al 14% que en 1995 indicó en ese sentido. Esta información es inconsistente con el hecho de que el número de centros de atención para personas con problemas de este tipo ha aumentado de manera importante en los últimos años.

Finalmente, la incidencia anual de consumo de alcohol fue de 111,1 por cada mil habitantes. Pese a que en el estudio de 1995 esta fue igual a 120 por mil, la diferencia no es estadísticamente significativa.

4. DROGAS ILÍCITAS

4.1 Consumo de marihuana

En comparación con 1995, en el 2000 operó un aumento visible en la prevalencia de vida y la prevalencia de último año de consumo de marihuana. El consumo activo, o prevalencia del último mes, se mantuvo estable. Los datos más recientes, los cuales se muestran en el cuadro 23, estarían revelando un incremento en la experimentación con esta sustancia y una estabilidad de consumo activo.

CUADRO 23
Prevalencia de vida, de año y de último mes e intervalos de confianza del consumo de marihuana en la población de 12 a 70 años
Costa Rica, 2000

Tipo de prevalencia	Proporción de prevalencia	Intervalos de confianza
Vida	5,5	4,8 – 6,1
Año	1,3	0,9 – 1,6
Mes	0,3	0,1 – 0,5

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

Al hecho anterior se suma la existencia de una edad de inicio significativamente menor que cinco años atrás. En efecto, en el 2000 la edad de comienzo fue 17,7 años (DE=4,67), y no se encontraron diferencias según sexo, en tanto que en 1995 fue 18,55 (DE=5,47). Pese a la ausencia de tales diferencias, el consumo en los hombres es significativamente mayor que en las mujeres, de manera tal que alguna vez ha consumido el 9% de los primeros frente al 2% de las mujeres ($p < 0,000$). Este estudio no detectó consumo activo en mujeres. Los consumidores del último mes son predominantemente solte-

ros católicos, residentes en zonas urbanas ($p < 0,000$) y, además, existe una asociación con el hecho de ser fumadores y tomadores activos ($p < 0,000$). El grupo de ingresos altos registra la menor proporción de abstemios a la marihuana ($p < 0,000$).

Al contrastar con otros países, se tiene que en Bolivia la prevalencia de vida fue de 3,42% y la de mes 0,98%²¹, en tanto que en Chile se estableció en 16,7% y 1,95%, respectivamente²². La prevalencia de vida en Perú es 8%²³, en tanto que en los EEUU la prevalencia anual alcanza un 8,9%²⁴.

Las provincias que agrupan las mayores proporciones de consumidores activos, consumidores recientes y exconsumidores son San José, Limón y Heredia. Así, San José cuenta con 7,6%, Limón 6,2% y Heredia con 5,5%. Alajuela posee el porcentaje menor (2,6%).

Como se halló en 1995, en el 2000 la presencia de molestias una vez que cesa el consumo de marihuana, es experimentada por un número reducido de individuos.

La incidencia anual de consumo de marihuana fue de 8,5 individuos por cada mil habitantes. En comparación con 1995, el aumento es considerable en vista de que ese año se estableció en 1,06 por cada mil. Este hecho podría guardar relación con la existencia de una mayor cantidad de personas jóvenes que experimentan.

4.2. Consumo de cocaína

En comparación con 1995, la prevalencia de vida de consumo de cocaína ha experimentado un incremento significativo, más no así la prevalencia anual y del último mes, las cuales permanecen en niveles semejantes. Si se toma la década de los noventa en su totalidad, se hace idéntica conclusión: ha crecido la experimentación con cocaína, pero no el consumo reciente o el consumo activo. Otros países, como Bolivia, Chile y Colombia exhiben niveles de prevalencia iguales a 1,43%²⁵, 4,02%²⁶ y 1,6%²⁷, respectivamente. En Perú la prevalencia general es 3,2%²⁸ y constituye el mayor nivel de prevalencia tras una década de estudios. En los EEUU es de 12,3%²⁹ y México reporta desde hace algunos años cerca de 5% de consumo de todas las drogas ilegales.

Cuadro 24

Prevalencia de vida, de año y de último mes e intervalos de confianza del consumo de cocaína en la población de 12 a 70 años
Costa Rica, 2000

Tipo de prevalencia	Proporción de Prevalencia	Intervalos de confianza
Vida	1,7	1,4 – 2,1
Año	0,3	0,1-0,5
Mes	0,1	0,05-0,2

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

La edad promedio de inicio de consumo de cocaína en el 2000 fue 19,93 años (DE=5,491), cifra que representa una disminución estadísticamente significativa en relación con lo hallado en 1995 (22,1, DE=5,468).

Los consumidores de alguna vez en la vida son varones con edades entre 19 y 40 años, sin religión, y residentes en zonas urbanas ($p < 0,000$). El haber consumido alguna vez se encuentra fuertemente asociado con ser consumidor activo de marihuana y alcohol así como con la condición de fumador activo ($p < 0,000$). El consumo activo se relaciona con la presencia de mayores estados de tensión o estrés.

La incidencia anual del consumo de cocaína puede considerarse baja. La misma fue igual a 2 por cada mil habitantes, cifra superior a la hallada en 1995 (0,7 por mil habitantes). Esta incidencia es baja en virtud de la población en la cual se obtuvo. En grupos específicos de riesgo o alto riesgo o simplemente en población menor de 25 años, podría ser más alta.

Las provincias en las que existe una proporción mayor de consumidores activos, consumidores recientes y exconsumidores son San José, Cartago y Puntarenas (2,9%, 2,0% y 1,7%, respectivamente), mientras que la que agrupa el menor porcentaje es Alajuela (0,5%).

4.3 Consumo de “crack”

Los niveles de prevalencia de vida, año y último mes de consumo de “crack” se mantuvieron estables durante el quinquenio, lo cual es un elemento de importancia desde el punto de vista epidemiológico, especialmente al considerarse la rápida evolución del consumo observada entre 1990 y 1995 y el impacto sobre los centros de atención del país.

La incidencia de consumo de “crack” no experimentó una variación estadísticamente significativa en el quinquenio al resultar igual a 1,1 por mil en el año 2000 frente a un 0,7 por mil, cinco años atrás.

La edad promedio de inicio fue 22,7 años (DE=7,71). La participación de las mujeres en el consumo de “crack” es significativamente menor que la de los hombres, de hecho es muy baja.

Existe una relación entre el consumo activo de “crack” y el consumo activo tanto de marihuana como de tabaco ($p < 0,000$) y se encuentra asociado también con niveles mayores de tensión o estrés ($p < 0,020$).

CUADRO 25

Prevalencia de vida, de año y de último mes e intervalos de confianza del consumo de “crack” en la población de 12 a 70 años
Costa Rica, 2000

Tipo de prevalencia	Proporción de prevalencia	Intervalos de confianza
Vida	0,7	0,4-0,9
Año	0,2	0,1-0,4
Mes	0,1	0,02-0,2

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

No se detectaron diferencias en el consumo alguna vez en la vida por provincias. La proporción más elevada fue igual a 1.1%

5. OTRAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS DROGAS

Algunos lectores o lectoras podrían considerar que los datos sobre consumo de sustancias ilícitas expuesto en este informe no guardan correspondencia con lo que divulgan los medios o simplemente con sus propias percepciones. Cabe aclarar que los datos en este tipo de investigación se obtienen de muestras representativas de hogares de la población general, con cuotas por sexo y edad.

Las experiencias de investigación durante la década anterior en contextos diferentes (salas de emergencias de hospitales, cárceles, centros de tratamiento) revelaron índices de consumo muy distintos (considerablemente más elevados) que los hallados en este tipo de estudio, de donde se observa cuan importante es que la lectura de estos temas se efectúe de manera crítica pero con apego a la diversidad de condiciones si es posible explorar en contextos disímiles.

Las experiencias de investigación durante los años finales de la década anterior en el sector estudiantil costarricense, constituyen una muestra de lo antes dicho. Así, la prevalencia de fumado alguna vez fue igual 46,4% en estudiantes de 7 a 9 años y el fumado activo estaba presente en un 23%³⁰. La prevalencia de fumado en jóvenes de séptimo año, en 1999, fue de 25% en tanto que la prevalencia de activos de 10,5%. En este mismo grupo 53% había tomado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida en tanto que 2 de cada 10 lo había hecho durante el último mes. Cerca de un 10% se embriagaba cada dos meses durante el último año. En consumo de marihuana alguna vez en la vida agrupaba a un 3,3% de la muestra, en tanto que fumó en el mes anterior un 1,6%³¹.

Evidentemente esta información contrasta en gran medida con los datos sobre la situación en el nivel nacional expuestos en esta investigación.

Cabe destacar en este apartado un tema, de por sí interesante, asociado a las razones que tienen las personas para no consumir drogas. Al igual que en el estudio nacional de 1995, la mayor parte de los individuos (60%) relaciona la abstinencia de las drogas ilícitas con la posibilidad de preservar la salud. Entre las personas con ingresos medios bajos y bajos se menciona más esta posibilidad en tanto que los individuos de condición

media o alta refieren el apego a sus principios para no consumir drogas ($p < 0,000$). El primer argumento tiene más presencia entre menores de edad, en tanto que el segundo en adultos ($p < 0,000$)

La argumentación en favor de mantener la salud también es mencionada por los consumidores de marihuana y cocaína que han realizado al menos un intento por cesar el consumo. Entre los consumidores de “crack” tiene más importancia el tema del precio que el de la salud.

5.1 Percepciones sobre el consumo en la familia

Como lo muestra el siguiente cuadro, el hecho de que 7 de cada 10 personas mencione la inexistencia de problemas de consumo en miembros de su familia, pone de manifiesto la presencia de un sector afectado por el consumo. El dato sobre tabaquismo guarda una importante relación con los hallazgos en materia de prevalencia masculina arrojados por la encuesta. No obstante, los relativos a alcohol introducen un elemento de preocupación por el hecho de que la percepción del bebedor excesivo es baja (6,1%), de donde se podría deducir que las personas detectan fundamentalmente a los sujetos que tienen problemas evidentes con la bebida.

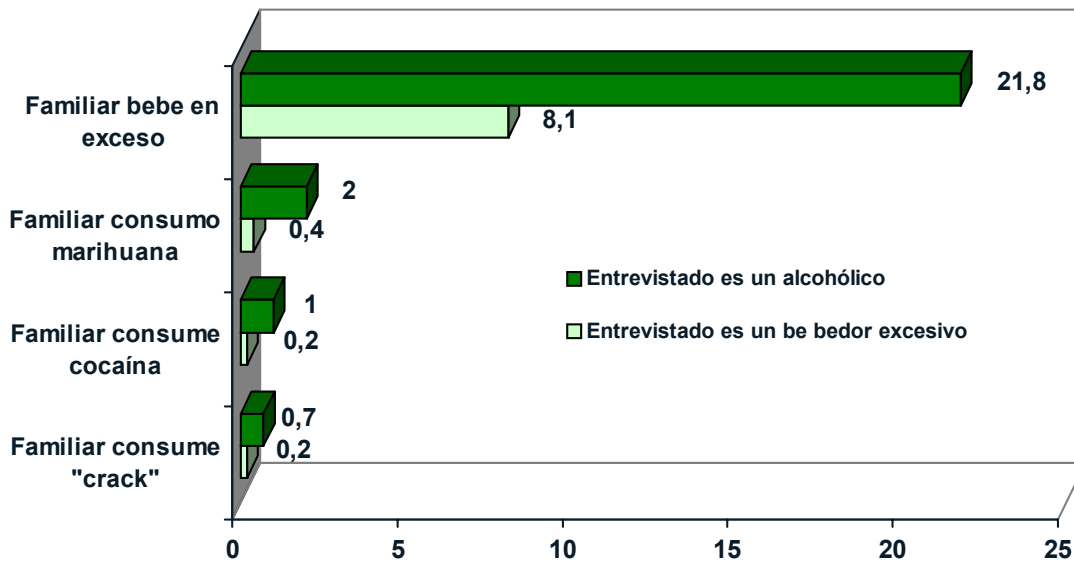
CUADRO 26
Opinión de los entrevistados acerca de la existencia de problemas
por consumo de drogas en miembros de su familia
Costa Rica, 2000

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	%
No existe ningún problema drogas (*)	71,3
Alguno de sus miembros fuman tabaco	21,4
Alguno de sus miembros bebe en exceso	6,1
Alguno de sus miembros consume marihuana	0,4
Alguno de sus miembros consume de cocaína	0,1
Alguno de sus miembros consume de “crack”	0,2
Otro	0,5

(*) Se pregunto por abuso de alcohol, tabaco o drogas

A nivel exploratorio se cruzó la variable tipo de bebedor (excesivo y alcohólico) con los niveles de consumo percibidos (por los bebedores citados) en sus familiares, según se describe en el cuadro anterior. Se encontró que a mayores niveles de ingesta de alcohol por parte del entrevistado, mayor el número de personas dentro de la familia que fueron percibidas como portadoras de una ingestión excesiva de alcohol o consumo reciente de drogas ($p < 0,003$). En la figura 10 se puede observar esta relación con más claridad. Esta información abre un campo de investigación novedosa, tendiente a la exploración futura acerca del consumo de drogas en la familia y de las relaciones entre el ambiente familiar y la ingestión propiamente dicha.

Figura 10
Percepción del entrevistado sobre el consumo de drogas en la familia,
según su propio consumo de alcohol
Costa Rica 2000



5.2. Sinceridad de las respuestas

Para cada cuestionario aplicado, se preguntó a los entrevistadores su impresión acerca de la sinceridad con la cual respondieron los sujetos. La respuesta fue favorable para un 98,7% de los casos. Esta es, desde luego, una estimación subjetiva, sin embargo tiene importancia en la medida que proviene de la percepción de sujetos que poseen una amplia experiencia en este tipo de encuestas y habla de que las condiciones iniciales de confidencialidad y seguridad del entrevistado fueron bien establecidas. En la zona rural se halló una proporción significativamente mayor de individuos cuyas respuestas se estimaron confiables ($p < 0,04$).

Lo anterior guarda relación con los hallazgos acerca de la confiabilidad de las respuestas en las secciones de consumo alguna vez en la vida y consumo activo de todas las drogas (cuyos *alpha* de Cronbach fueron 0,66 y 0,63 respectivamente).

5.3. Análisis de componentes principales

El análisis de componentes principales tiene el propósito de resumir la información de una serie de datos, buscándose las correlaciones más fuertes que pueden definir ejes temáticos. En este caso, se trató de encontrar las principales relaciones entre la prevalencia de vida y el consumo activo de drogas detallado a nivel cantonal. Una vez definidos los ejes temáticos, y según el tipo de análisis realizado, se puede priorizar cuáles cantones presentan mayores niveles de consumo de drogas.

Con el modelo construido, se logró explicar el 58,3% de la variabilidad total en el consumo de drogas. Al final se obtuvieron tres componentes principales, y la información de cada componente se detalla en el siguiente cuadro.

CUADRO 27
Resumen del análisis de componentes principales por tipo
de variable y correlación. Costa Rica, 2000

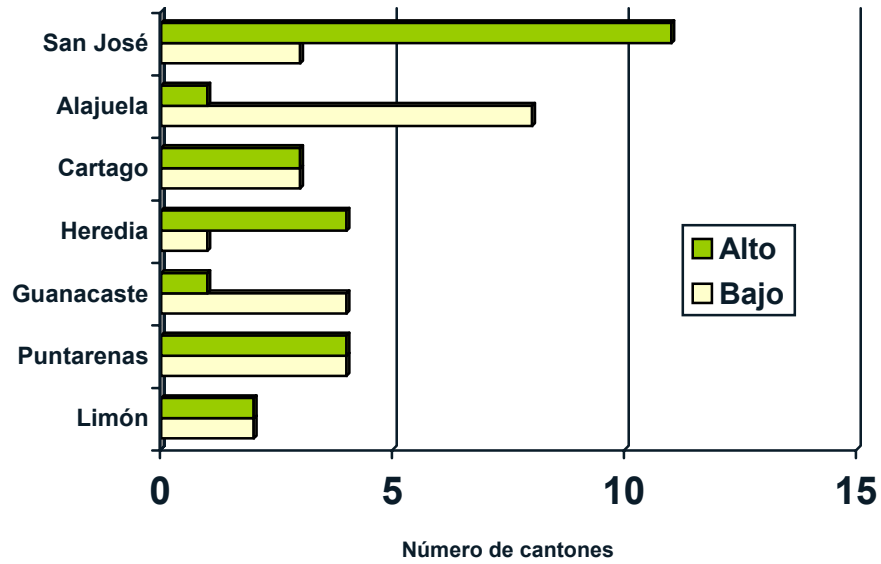
Tipo de droga	Componente 1 "Drogas legales"	Componente 2 "Medicamentos"	Componente 3 "Drogas ilegales"
Tabaco	60,1%	-35,3%	45,4%
Tranquilizantes	21,1%	60,6%	35,0%
Estimulantes	36,9%	47,2%	30,5%
Opiáceos	25,2%	55,6%	15,1%
Bebidas alcohólicas	61,8%	-39,1%	38,5%
Marihuana	0,05%	-13,8%	68,5%
Cocaína	-24,8%	-0,007%	78,0%
"crack"	-38,4%	-0,004%	70,9%
Inhalables	-44,0%	-0,03%	69,7%

Las correlaciones más altas definen cada eje temático; por ejemplo, drogas legales está fuertemente asociado con tabaco y alcohol, otros posibles integrantes de este componente serian los medicamentos pero ellos mismos se asocian en gran medida para constituirse en otro eje temático.

Construidos los tres componentes principales se procedió a obtener el indicador del nivel de consumo por cantón, expresado en el promedio general, el cual es una ponderación de la prevalencia de consumo de drogas según componente principal. Posteriormente con este indicador se clasificó cada cantón de acuerdo con el nivel de consumo: alto, mediano y bajo. En los Anexos 1, 2 y 3, se muestra para cada cantón el índice de consumo con su respectiva ponderación, vinculada con los tres componentes principales. El máximo índice fue dado por las drogas legales e indica el grado de consumo por cantón analizado.

En la figura 11 se puede apreciar que las provincias de Cartago, Puntarenas y Limón tienen una cantidad similar de cantones con alto y bajo consumo de drogas. Por su parte, las provincias de San José y Heredia tienen un mayor número de cantones con alto consumo de drogas. En este sentido, el 55% de todos los cantones de la provincia de San José tienen altos índices de consumo, en tanto que en Heredia es del orden de un 40%.

Figura 11
Número de los cantones con altos y bajos índices
de consumo de drogas, por provincia
Costa Rica, 2000



DISCUSIÓN

Este trabajo permite evaluar una década de investigación en torno al fenómeno de las drogas y, a la vez, conocer las características fundamentales del mismo y las tendencias más relevantes en el país, de lo cual se deduce su importancia relativa y la necesidad de que este proyecto de ejecución quinquenal cuente con los recursos necesarios para brindar al país, periódicamente, insumos confiables de conocimiento en un tema de trascendencia nacional e internacional.

Es posible aproximarse a la importancia del fenómeno, al tomar en consideración las opiniones y las percepciones del público. Este asignó a las drogas, durante toda la década, un lugar prevaeciente como problema nacional. No obstante, dicha percepción se refiere a las sustancias ilícitas, en la dimensión de consumo, más que al tráfico y la producción. Esta situación hace que el tema del abuso de alcohol como problema nacional permanezca relativamente invisibilizado, lo mismo que el tema del tabaquismo, el cual solamente fue percibido como problema por un sector muy pequeño de la población. Esto coloca al abuso y la dependencia del alcohol y del tabaco en un lugar secundario, cuando en realidad su impacto sobre la salud y los costos sociales son de gran envergadura. De aquí proviene la necesidad de que se realicen investigaciones sobre los costos y las consecuencias sociales del consumo, área acerca de la cual prácticamente no se ha investigado en Costa Rica. Junto a esto, destaca un tema cuya magnitud y consecuencias difieren del interés que el público asigna a las sustancias ilícitas: el consumo indebido (sin prescripción) de medicamentos psicotrópicos. Esta investigación pone de manifiesto que no sólo debería estudiarse más, sino que urgen acciones específicas de control por parte de la CCSS y el Ministerio de Salud así como programas educativos dirigidos tanto al público en general como al personal de salud entre los que destaca el personal médico.

El papel del IAFA en la generación de un mayor nivel de conciencia del público en relación con las drogas lícitas, debería constituir una prioridad institucional, toda vez que se trata de un paso relevante para el logro de metas consistentes (actitudes, comportamientos) en materia de reducción de la demanda de drogas.

Junto a lo anterior, la evidencia indica que existen algunos aspectos positivos en relación con la demanda de alcohol y tabaco por parte de la población. Primeramente, la prevalencia de vida de estas dos drogas, experimentó una reducción significativa a lo largo de la década, situación que, como se indicó en el informe de 1995³², se reflejaría años después en una reducción en los niveles de consumo activo de drogas ilegales, en caso de mantenerse semejantes condiciones económicas y socioculturales. Frente a la reducción en la prevalencia de vida indicada, la información epidemiológica del 2000 revela que el consumo activo de tabaco y marihuana bajó, mientras que el de alcohol, cocaína y "crack" se mantuvo.

Un elemento destacable es que, pese a lo comentado en el párrafo anterior, la experimentación con drogas ilegales (marihuana, cocaína y "crack") aumentó de manera significativa, particularmente en cocaína y "crack" ⁱⁱⁱ. Esto podría sugerir que las personas (en su mayoría adultos jóvenes) habrían presentado una mayor exposición a la oferta de estas, bajo esquemas de consumo de carácter netamente experimental. Esta es una posibilidad que pareciera estar relacionada con el fenómeno de la globalización como un todo y, en particular, con el de la *globalización de la cultura joven*, la cual tendría como bastiones principales los desarrollos en las comunicaciones y en la tecnología de la información y afectaría de manera más o menos uniforme tanto a los individuos jóvenes en las sociedades industrializadas como a los de aquellas en desarrollo.

Sin duda, los cambios tanto positivos como negativos que se producen en Latinoamérica como consecuencia de la globalización o de cualquier otra forma de intercambio comercial y cultural ejercen un influencia directa sobre los aspectos de la salud. Se suma a esto el crecimiento desordenado y desorganizado de las ciudades y el desarrollo de una población urbana sin precedentes, al punto que en contraste con los inicios de la década de los setenta, en los que la población urbana en América Latina apenas sobrepasaba el 50% del total, hoy está sobre el 80%.

El desarrollo urbano y las influencias foráneas antes citadas afectan las redes sociales y los estilos de relación entre las personas, el trabajo y las relaciones interfamilia-

res. Hay más despersonalización, una férrea competencia y una cultura consumista que afecta, entre otros, el valor de solidaridad social. Por otra parte, el hecho, demostrado en esta investigación, que las prácticas alimentarias saludables y la actividad física están asociadas con la ausencia de consumo activo de tabaco, alcohol o drogas ilegales, constituye una reiteración de consignas preventivas básicas cuya promoción no debería descuidarse.

En breve, la sociedad costarricense asiste hoy en día a fuertes transformaciones sociales y culturales, así como económicas, entre las cuales la disponibilidad de bienes de consumo tiene lugar central y en particular la de drogas lícitas e ilícitas, mismas que junto al tema de su demanda constituyen temas que se perciben en el nivel social como de gran trascendencia.

En comparación con las estimaciones oficiales del Programa de las Naciones Unidas para el Control de Drogas³³, acerca de la existencia de una tasa mundial anual de consumo de sustancias ilícitas igual a 3,1%, la tasa anual de consumo en el nivel nacional es de 1,4%, lo cual da oportunidad para mencionar algunos logros específicos en esta materia.

Ante la ausencia de evaluaciones específicas, es posible adelantar, tentativamente, que las campañas de prevención impulsadas desde el Estado, por el I.A.F.A, la CCSS y el Ministerio de Salud, han tenido un efecto importante que se refleja con claridad en las reducciones sostenidas, a lo largo de la década, en la prevalencia de vida del consumo de alcohol y de tabaco, y en la de consumo activo de este último, lo mismo que en el mantenimiento en niveles relativamente bajos de consumo activo de drogas ilegales.

Estos logros sugieren que el Estado debería mantener, y de ser posible mejorar, la dotación de los recursos humanos y financieros en la dirección anotada, es decir, impactando sobre la iniciación en el consumo y sobre el consumo activo. Los desafíos en materia de oferta y demanda de drogas en Costa Rica siguen siendo importantes, en especial cuando se conoce que la prevención debería iniciarse a edades cada vez más tempranas y cuando existen recursos financieros limitados que obligan a tomar decisiones certeras

ⁱⁱⁱ *En comparación con los estudios de los años 1990 y 1995, esto se refleja en un aumento en la tasa general de consumo de drogas ilícitas en Costa Rica, misma que pasó de 4% a 5,8%*

en cuanto a su mejor distribución. Este informe constituye una herramienta que permite, al menos parcial y preliminarmente, conocer el posible impacto de las políticas, las estrategias y acciones preventivas concretas cuya evaluación sistemática debería ser prioritaria.

Los logros anotados, de ninguna manera sugieren que la situación de la demanda de drogas en Costa Rica sea halagüeña. Persiste la condición de país con grandes sectores poblacionales en riesgo, sean estos los sectores juveniles, los deprimidos económicamente o aquellos en conflicto con la ley. Y existen, sobre todo, las condiciones de una nación con una apertura que va más allá de lo comercial y que afecta de manera directa y rápida todos los ámbitos de la vida nacional con especial énfasis en los grupos de menor edad. La muestra más elocuente de cómo determinadas drogas y estilos de vida asociados se adoptan en períodos cortos, lo constituyen el fenómeno del “crack” y, aún sin fuerte impacto en términos de salud pública, el *éxtasis*, aunado a la gama de estilos y comportamientos foráneos de corte individualista y consumista que provee la *globalización*.

Finalmente, en el nivel de la formulación de prioridades de investigación, existen poblaciones que no han sido cubiertas o lo han sido de manera parcial. En este sentido se puede citar la población infantil en general y, dentro de ella, la de los niños de la calle, considerándola dentro de una perspectiva más amplia vinculada al estudio del consumo en zonas en condiciones de pobreza. Asimismo, el tema del género, la cultura y el consumo de drogas, debería ser objeto de mayor estudio, en unión con la temática del consumo de drogas y el ambiente de trabajo.

REFERENCIAS

-
- ¹ Johnston, L. (1989) La técnica de encuestas en la evaluación del uso indebido de drogas. **Boletín de estupefacientes**, Vol. XLI, N° 1y 2, , (33-46).
- ² Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2000). **Cálculos de población por provincia, cantón y distrito al 1° de julio**. San José, C.R.: INEC,
- ³ Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2000). **Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, módulo de empleo a julio del 2000**. San José, C.R.: INEC.
- ⁴ Bejarano, J., Carvajal, H., y San Lee, L. (1996). Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la Encuesta Nacional de 1995, San José, C.R.: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- ⁵ N.I.D.A. (1990). **National household on drug abuse**. Main findings 1988, Maryland, USA: DHHS Publication 90-1682.
- ⁶ Van Haselt, V. et al. (1981). Behavioral assessment of drug addictions: strategies and issues in research and treatment. **The International Journal of Addictions**, 16, (1), (43-68).
- ⁷ Ramírez, M. (1994). Modelo de respuesta aleatoria: aplicación en una encuesta sobre drogas. **Psicoactiva** (12): 5-38.
- ⁸ Turner, C., Lessler, J & Gfroerer, J., (Eds) (1992). **Survey Measurement of drug abuse. Methodological issues**. DHHS Publication No. (ADM) 92-1929.
- ⁹ Ministerio de Seguridad Pública, (2003). Reporte estadístico de detenciones y decomisos. San José, C.R.: MSP.
- ¹⁰ OPS/OMS. (2000). **La epidemia del tabaquismo**. Washington, USA.
- ¹¹ Alcaraz, Franklin, et.al. (1998). **Consumo de alcohol, tabaco, Cocaína y otras drogas en Bolivia**, La Paz: CELIN.
- ¹² CONACE (2000). **Tercer estudio nacional sobre consumo de drogas en Chile**. Santiago: Conace.
- ¹³ Bejarano, J; Carvajal , H. y San Lee. L. *Op. Cit.*
- ¹⁴ Madden, J. (1986). **Alcoholismo y farmacodependencia**, México: Editorial El Manual Moderno.
- ¹⁵ PNUFID (2001). **Tendencias mundiales de las drogas ilícitas**, New York: PNUFID.

-
- ¹⁶ CONACE (2000). **Tercer estudio nacional sobre consumo de drogas en Chile**. Santiago: Conace.
- ¹⁷ Alcaraz, Franklin, et.al. (1998). **Consumo de alcohol, tabaco, cocaína y otras drogas en Bolivia**, La Paz: CELIN
- ¹⁸ CEDRO (1999). **El problema de las drogas en el Perú**, Lima: Cedro.
- ¹⁹ Rodríguez, Edgar. (1997). **Consumo de sustancias psicoactivas. Colombia, 1996**. Santa Fe de Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes.
- ²⁰ CONACE (2000). **Tercer estudio nacional sobre consumo de drogas en Chile**. Santiago: Conace.
- ²¹ Alcaraz, Franklin, et.al. (1998). **Consumo de alcohol, tabaco, Cocaína y otras drogas en Bolivia**, La Paz: CELIN.
- ²² CONACE (2000). **Tercer estudio nacional sobre consumo de drogas en Chile**. Santiago: Conace.
- ²³ CEDRO (1999). **El problema de las drogas en el Perú**, Lima: Cedro.
- ²⁴ PNUFID (2001). **Tendencias mundiales de las drogas ilícitas**, New York: PNUFID.
- ²⁵ Alcaraz, Franklin, et.al. (1998). **Consumo de alcohol, tabaco, cocaína y otras drogas en Bolivia**, La Paz: CELIN.
- ²⁶ CONACE (2000). **Tercer estudio nacional sobre consumo de drogas en Chile**. Santiago: Conace.
- ²⁷ Rodríguez, Edgar. (1997). **Consumo de sustancias psicoactivas. Colombia, 1996**. Santa Fe de Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes.
- ²⁸ CEDRO (1999). **El problema de las drogas en el Perú**, Lima: Cedro.
- ²⁹ Office of National Drug Control Policy. Cocaine, Drug Facts <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/drugfact/cocaine/>
- ³⁰ Bejarano, J. (2002). El consumo de tabaco en la población joven costarricense. Hallazgos de la encuesta mundial sobre tabaco en jóvenes **Revista Costarricense de Salud Pública**. Año 10, 18, 19, Jul/Dic 2001 (10-25).
- ³¹ Bejarano, J., Ugalde, F. y Obando, P. (1999). **Diagnóstico de situación sobre consumo de sustancias. Estudiantes de 7 año**. Documento inédito.
- ³² Bejarano, J., Carvajal, H., y San Lee, L. (1996). Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la Encuesta Nacional de 1995, San José, C.R.: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

³³ NIDA Invest. (2002). **Global drug use and NIDA**, US Dept. of Health and Human Services, Summer/Fall.

Anexos

ANEXO 1. Cantones de alto consumo

Análisis de componentes principales, sitios de alto consumo en
drogas legales, ilegales y medicamentos, por cantón.
Costa Rica, 2000

Cantón	Promedio General	Drogas legales Índice	Drogas ilegales Índice	Medicamentos Índice
San José	3,878	95,0	56,7	59,1
Desamparados	3,915	98,9	55,9	57,9
Tarrazú	3,913	97,8	55,4	59,4
Aserrí	3,827	96,6	55,4	56,0
Goicoechea	3,772	92,1	56,6	56,3
Alajuelita	3,761	86,3	58,4	59,7
Coronado	3,745	92,0	55,8	55,7
Acosta	3,770	95,7	54,9	54,3
Tibás	3,773	92,9	56,2	55,9
Moravia	3,833	97,0	55,2	56,1
Montes de Oca	3,855	97,4	55,9	56,2
Valverde Vega	3,927	94,6	54,3	64,5
Cartago	3,781	93,6	56,1	55,8
Paraíso	3,737	89,8	56,0	57,3
La Unión	3,740	92,5	56,3	54,5
Barva	3,763	91,7	54,3	58,4
Santo Domingo	3,941	98,0	57,6	58,6
San Rafael	3,769	92,4	55,4	57,1
Belén	3,772	95,7	54,9	54,3
Nandayure	3,770	95,7	54,9	54,3
Puntarenas	3,804	90,4	56,8	59,5
Esparza	3,877	100,0	54,9	55,8
Buenos Aires	3,754	88,2	54,7	61,2
Garabito	3,930	98,9	56,0	58,7
Siquirres	3,875	96,9	55,7	58,0
Guacimo	3,837	92,9	55,4	60,1

ANEXO 2. Cantones de mediano consumo

Análisis de componentes principales, sitios de mediano consumo de drogas legales, ilegales y medicamentos, por cantón.
Costa Rica, 2000

Cantón	Promedio General	Drogas legales Índice	Drogas ilegales Índice	Medicamentos Índice
Escazú	3,647	86,8	54,9	56,5
Santa Ana	3,634	86,2	57,0	54,3
Curridabat	3,719	90,8	56,1	55,3
León Cortés	3,670	89,4	54,9	55,1
Alajuela	3,720	88,1	55,3	58,9
San Ramón	3,638	89,0	54,3	54,3
Atenas	3,667	89,1	54,3	55,8
Chiles	3,720	92,4	55,4	54,3
Guatuso	3,620	88,0	54,3	54,3
Oreamuno	3,659	90,2	54,3	54,3
Guarco	3,697	89,8	56,2	54,9
Heredia	3,732	91,6	55,8	55,5
Santa Barbara	3,699	91,0	54,9	55,1
San Isidro	3,677	89,1	54,9	55,8
San Pablo	3,620	87,0	55,4	54,3
Sarapiquí	3,624	86,5	55,7	54,7
Liberia	3,679	90,3	55,0	54,7
Bagaces	3,688	88,6	54,3	57,5
Cañas	3,630	86,0	55,9	55,4
Abangares	3,719	90,1	55,8	56,3
Tilarán	3,667	87,2	55,5	56,6
Montes de Oro	3,673	89,1	55,4	55,1
Aguirre	3,717	90,2	56,0	55,8
Corredores	3,735	93,4	54,3	55,3
Limón	3,677	87,9	55,4	56,5
Matina	3,628	84,8	55,3	57,0

ANEXO 3. Cantones de bajo consumo

Análisis de componentes principales, sitios de bajo consumo de
drogas legales, ilegales y medicamentos, por cantón.
Costa Rica, 2000

Cantón	Promedio General	Drogas legales Índice	Drogas ilegales Índice	Medicamentos Índice
Puriscal	3,581	80,2	56,0	58,4
Mora	3,464	76,3	57,6	54,3
Pérez Zeledón	3,619	84,8	55,2	56,7
Grecia	3,610	84,8	55,8	55,6
Naranjo	3,200	65,2	54,3	54,3
Palmares	3,436	78,0	54,3	54,3
Poás	3,529	81,5	54,3	55,9
Orotina	3,458	79,3	54,3	54,3
San Carlos	3,393	75,3	54,8	54,3
Alfaro Ruíz	3,455	77,0	54,9	55,9
Upala	3,589	85,6	54,3	55,1
Jiménez	3,290	69,6	54,9	54,3
Turrialba	3,455	78,7	54,7	54,3
Alvarado	3,462	79,4	54,3	54,3
Flores	3,618	86,0	55,5	55,1
Nicoya	3,328	72,2	54,3	54,3
Santa Cruz	3,490	79,4	54,9	55,4
Carrillo	3,479	79,8	54,3	54,9
La Cruz	3,533	82,6	54,3	55,1
Osa	3,439	77,8	54,7	54,3
Golfito	3,381	73,4	55,5	54,8
Coto Brus	3,532	80,2	54,3	57,4
Parrita	3,560	84,8	54,3	54,3
Pocosí	3,541	81,8	54,9	55,8
Talamanca	3,483	79,3	54,9	55,1