



Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

# Consumo de Drogas en Costa Rica

resultados de la  
encuesta nacional  
2006



**Consumo de Drogas en Costa Rica**  
**resultados de la encuesta**  
**nacional 2006**

**San José, Costa Rica**  
**Marzo, 2009**

R  
304  
I59c

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Area de Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación  
Consumo de Drogas en Costa Rica: resultados de la encuesta nacional 2006. San José, CR. : IAFA, 2009.  
79 p.: 28cm., tablas, gráf.

ISBN: 978-9968-705-77-6 (Impreso)  
978-9968-705-76-9 (Digital)

1. ALCOHOL. 2. CAFÉ. 3. CERVEZA. 4. COCAÍNA  
5. CONSUMO. 6. COSTARICA. 7. CRACK. 8. DROGAS.  
9. EPIDEMIOLOGÍA. 10. ÉXTASIS. 11. GUARO. 12. HEROÍNA.  
13. INHALABLES. 14. LSD. 15. MARIGUANA. 16.  
MEDICAMENTOS. 17. MUJERES. 18. PREVALENCIA. 19.  
TABACO. 20. VINO. i. Bejarano Orozco, Julio. ii. Fonseca  
Chávez, Sandra. iii. Sánchez Chaverri, Gerardo. iv. Título.

## CONSEJO EDITORIAL

***Hannia Carvajal M.***  
***Zulay Calvo A.***  
***Soledad Hernández E.***  
***Rosa I. Valverde Z.***

## EQUIPO DE TRABAJO

### EQUIPO DE TRABAJO

Investigadores: **Julio Bejarano O.  
Sandra Fonseca Ch.  
Gerardo Sánchez Ch.**

Recolección de datos y  
trabajo de campo: **Estadística y Mercadeo S.A.**

Apoyo Estadístico: **Francisco Cumsille,  
Alejandro Retamoso,  
Daniel Sucases**

Apoyo Administrativo: **Mario Rojas L.  
Sonia Pérez R.**

Digitación de datos: **Alberto Altamura A.  
Arlene Arias G.  
Kimberly Trigueros M.  
Mario Rojas L.  
Miguel Arroyane V.  
Oscar Alvarado F.  
Raquel Guevara S.  
Silvia Umaña F.  
Sonia Pérez R.  
Yadira Campos V.  
Yahaira Retana P.**

Diseño portada: **Ernesto Cortés A.**

## INDICE

<b>I. Prólogo</b> .....	8
<b>II. Introducción</b> .....	9
<b>III. Aspectos Metodológicos</b> .....	10
1. Tipo de estudio.....	10
2. Objetivo general.....	10
2.1 Objetivos específicos.....	10
3. Método y definición población.....	11
4. Muestreo.....	12
5. Trabajo campo.....	13
6. Instrumento.....	14
7. Expansión y estimación.....	16
8. Definición términos.....	17
<b>IV. Resultados</b> .....	21
<b>1. Aspectos sociodemográficos</b> .....	21
<b>2. Aspectos de salud</b> .....	23
2.1 Ejercicio físico.....	23
2.2 Problemas de salud.....	24
2.3 Estados de tensión.....	24
<b>3. Drogas lícitas</b> .....	26
3.1. Consumo de café.....	26
3.2. Consumo de tabaco.....	29
3.3. Consumo de alcohol.....	35
3.4. Consumo de medicamentos tranquilizantes.....	42
3.5. Consumo de medicamentos estimulantes.....	43
3.6. Consumo de medicamentos opiáceos.....	45

<b>4. Drogas ilícitas</b> .....	46
4.1 Consumo de alguna droga ilícita .....	46
4.2 Consumo de marihuana .....	48
4.3 Consumo de cocaína .....	53
4.4 Consumo de crack .....	57
<b>5. Otras consideraciones sobre las drogas ilegales ( Expectativas y percepciones vinculadas a las drogas ilícitas)</b> .....	59
5.1 Curiosidad por probar alguna droga ilícita .....	59
5.2 Ofrecimiento de drogas .....	59
5.3 Razón principal no consumir drogas ilícitas .....	60
5.4 Tipo de medidas para consumidores drogas ilegales .....	60
5.5 Percepción de consumo de drogas ilegales en el país .....	61
<b>6. Opiniones sobre aspectos diversos</b> .....	61
6.1 Temas deben ser atendidos sistema educativo .....	61
6.2 Principal problema nacional .....	62
6.3 Principal problema comunidad .....	64
6.4 Fuentes de información sobre drogas .....	65
6.5 Existen pandillas que consumen o trafican drogas .....	65
6.6 Drogas más peligrosas .....	66
6.7 Opinión sobre las personas que venden drogas en la Comunidad .....	67
6.8 Acciones del estado en materia de drogas .....	67
6.9 Éxito de las instituciones que atienden problemas de drogas .....	68
6.10 Opiniones sobre los efectos del turismo .....	69
<b>7. Consumo de drogas en la familia</b> .....	70
<b>8. Módulo laboral</b> .....	70
<b>V. Conclusiones</b> .....	73
<b>VI. Referencias</b> .....	77

## I. PROLOGO

El consumo de drogas en Costa Rica, constituye uno de los problemas de salud más importantes ya que incide sobre aspectos trascendentales de la vida pública y privada.

La inseguridad ciudadana, la violencia doméstica y comunal, los accidentes traumáticos, así como los aspectos orientados al mejoramiento de la calidad de vida de la población, se relacionan íntimamente con el consumo y el abuso de sustancias.

En los últimos tres años Costa Rica ha redoblado sus esfuerzos en la planificación y ejecución de medidas para hacer frente a este importante fenómeno de las drogodependencias. Se cuenta con una nueva Estrategia Nacional sobre Drogas, vigente desde el año 2008 hasta el 2014, en la cual se incluye la política para implementar el Sistema Nacional de Tratamiento para el consumo problemático de drogas que fue aprobado por las máximas autoridades del Ministerio de Salud y el Consejo de Gobierno.

Para poder orientar estos planes y programas ha sido trascendental la realización de estudios que permitan conocer un fenómeno tan complejo y los mismos deben llevarse a cabo en diferentes poblaciones y en todas las zonas y regiones del país para así brindar los elementos que permitirán tomar las medidas necesarias para disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores que permitan impactar este problema social.

Las investigaciones en el campo permiten realizar acciones basadas en la evidencia científica, tanto en la promoción de la salud, como en la prevención y la atención de las personas afectadas. Estas acciones deben dirigirse a la población en general independientemente de edad, sexo, género y tomando en cuenta las características nacionales, regionales y locales. En estudios previos se alertó sobre el consumo en la mujer y sobre la importancia de impactar en poblaciones específicas, lo cual ha provocado que se diseñaran estrategias de respuesta a dichas situaciones.

Los programas, acciones, y actividades en materia de prevención deberán ser globales e integradores, así como coherentes y direccionados en forma asertiva, coordinados entre diferentes instituciones y sectores, con estrategias institucionalizadas o sea permanentes en el tiempo y que puedan lograr transformaciones deseables en la sociedad dándole el carácter de política pública. En este sentido, las acciones hacia el sistema educativo se convierten en una prioridad debido a la necesidad de formar a niños y adolescentes desde los primeros años de infancia. Así mismo el desarrollo de estrategias dirigidas a jóvenes en condiciones de alta vulnerabilidad social que permitan evitar el inicio temprano de consumo de drogas legales e ilegales y la modificación de los patrones de consumo abusivo, haciendo énfasis en la intervención personal, familiar y comunal.

El presente estudio es el resultado de un gran esfuerzo institucional que pretende mantener permanentemente informada a la población costarricense acerca de las tendencias del consumo de sustancias en la población general.

El mismo se realizó con la colaboración de la Comisión Interamericana contra el abuso de drogas CICAD de la OEA y del Instituto Costarricense Sobre Drogas (ICD), el cual aportó al IAFA parte del contenido presupuestario para realizarlo.

Se considera que este estudio, el cual es la cuarta investigación de un proyecto iniciado en 1990, contribuirá a una acertada toma de decisiones relativas al diseño de planes y programas de prevención en Costa Rica y permitirá la identificación de relaciones significativas que orienten el diseño y la realización de nuevos estudios dirigidos a diversas poblaciones.

Dra. Giselle Amador Muñoz  
Directora General

## II. INTRODUCCIÓN

Esta investigación constituye el cuarto estudio de la serie que se iniciara en 1990. En aquella oportunidad se estableció que, en virtud de los recursos disponibles y por la evolución del fenómeno del consumo de sustancias, la periodicidad debería ser de cinco años, lapso que permitiría actualizar adecuadamente la información. Hoy día se hacen esfuerzos por acortarlo, no excesivamente, para obtener un panorama más preciso de un fenómeno cuyo desarrollo, en especial desde 1995, ha tenido algunos rasgos notables, como la evolución del consumo de “crack”, marihuana y cocaína y, de mayor consideración, el alcohol y tabaco.

El momento actual es relevante en la medida que los organismos internacionales reportan variaciones sumamente importantes en diferentes regiones. Estabilización en el consumo de algunas drogas como la cocaína y los opiáceos; estabilización o disminución en el de éxtasis y anfetaminas y aumento en el de marihuana. Recientemente la Oficina

de las Naciones contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2005) creó un *Índice de drogas ilícitas (ICD)*, el cual genera un valor para la integración de las variables de producción, tráfico y uso indebido. Frente a valores IDI de 18,8 para Oceanía, 24,40 para Norteamérica, 28,6 para América del Sur, 52,67 para el Cercano Oriente y Oriente Medio (Asia Sudoccidental); la Subregión centroamericana obtuvo una valoración de 7,62. Este valor del índice únicamente supera el de ciertos sectores de África (Oriental, Central y Occidental) y de Asia (Meridional, Oriental y Sudoriental). El promedio mundial de 11,36 brinda una idea más clara de las diferencias indicadas.

No obstante lo anterior, los datos que presenta este informe, son elocuentes de lo que sucede en Costa Rica con respecto a la demanda de drogas. Destacan los problemas asociados al abuso de alcohol y el tabaquismo y los niveles de prevalencia, especialmente en los hombres, en el consumo de marihuana y cocaína.



### III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

**1. Tipo de estudio:** los datos de este estudio se obtuvieron mediante la cuarta ronda de investigaciones sobre consumo de drogas en la población general, la cual se efectuó en el último trimestre del año 2006.

La realización de una primera ronda en 1990 con un total de cuatro réplicas, le confiere a este conjunto de estudios la denominación de *investigación transversal repetida* (Johnston, 1989, Kennet and Gfroerer, 2005), o bien, el de *estudio de tendencias* (*Trend Studies*, n.d.). De igual manera, es un estudio de prevalencia efectuado mediante la implementación del método de encuesta en hogares, que mantuvo constantes tres elementos fundamentales: la replicabilidad de las técnicas de muestreo, el diseño del instrumento de recolección de datos con tan sólo algunas adiciones y modificaciones orientadas a ampliar y mejorar el espectro de información por recolectar, y la continuidad de los convencionalismos relativos a la edición, depuración y análisis de los datos.

En la ronda actual se incorporaron algunos elementos metodológicos adicionales, específicamente en el procedimiento de selección de la muestra y en los instrumentos utilizados, sugeridos por CICAD/OEA y dirigidos a generar resultados comparables con los obtenidos en otros países del continente americano.

**2. Objetivo General:** Proveer información sistemática que contribuya a la formulación de políticas nacionales sobre la demanda de sustancias psicoactivas, a la comparabilidad geográfica del fenómeno del consumo de drogas en el continente y dentro del país y al monitoreo histórico del mismo. Pretende determinar, asimismo, la percepción sobre la situación de consumo de drogas y temas conexos entre la población residente en territorio costarricense.

**2.1 Objetivos específicos:**

- Determinar los niveles de prevalencia y la incidencia del consumo de drogas.

- Conocer las percepciones de riesgo con respecto a determinadas prácticas de consumo, así como hacia la comunidad y la familia, en términos de la disponibilidad y la oferta de drogas.

- Conocer aspectos generales de la salud de los entrevistados.

- Establecer la opinión del público sobre aspectos relacionados con las drogas y otros temas.

### **3. Método y definición de población:**

Para lograr el objetivo propuesto en concordancia con los estudios de prevalencia realizados en rondas anteriores y tomando en cuenta que esta investigación se inserta en el marco de un programa continental de estudio de la demanda y consumo de sustancias psicoactivas, el método utilizado para generar la información que permitiera el logro de los objetivos señalados fue el de la Encuesta de Hogares aplicada en todo el territorio costarricense.

La población de interés fue definida como el total de personas residentes en Costa Rica en el 2006, aunque la población objetivo contempló a aquellas personas con edades comprendidas desde los 12 a los 70 años cumplidos. En virtud de las restricciones que

impone la segmentación territorial utilizada para la selección de conglomerados de viviendas y los desplazamientos recientes de personas, la población objetivo fue reducida al total de individuos cuyo domicilio en el último año estuvo asociado a una vivienda particular o familiar. Así, en la población efectiva o investigada finalmente quedó definida como el total de personas con edades desde los 12 a los 70 años, residentes en territorio nacional y cuyo domicilio se mantuvo constante en el último año.

**Tabla 1.** Representatividad por provincia de residencia de la muestra efectiva de informantes del estudio nacional respecto a la población proyectada de 12 a 70 años. Costa Rica, 2006

Provincia de residencia	Población proyectada de 12 a 70 años	% de población proyectada de 12 a 70 años	Muestra efectiva	% de muestra efectiva
San José	1.179.796	35,93	1.753	35,94
Alajuela	622.183	18,95	924	18,95
Cartago	372.405	11,34	553	11,34
Heredia	323.879	9,86	481	9,86
Guanacaste	209.440	6,38	311	6,38
Puntarenas	274.262	8,35	407	8,35
Limón	301.996	9,20	448	9,19
<b>Costa Rica</b>	<b>3.283.961</b>	<b>100,00</b>	<b>4.877</b>	<b>100,00</b>

**4. Muestreo:** El tamaño de la muestra se determinó mediante la utilización de las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) para el año 2004.

Para determinar el tamaño de la muestra se estableció que las estimaciones nacionales de prevalencia serían calculadas con no menos de un 95% de confianza en que el error de muestreo sería inferior o igual a 1,4% si

se aplicara un muestreo aleatorio. Se consideró, a partir de estudios anteriores, que la prevalencia de vida en el consumo de alcohol debía ser muy cercana al 50%, siendo aquella la sustancia con mayor valor de prevalencia general. Se previó igualmente una tasa de respuesta de 97,5%. Se realizó, asimismo, un ajuste del tamaño de muestra por efecto del diseño en varias etapas.

Los privados de libertad así como las personas que se encontraban internadas en centros hospitalarios y los individuos sin residencia fija, no fueron incluidos dentro de la muestra. Es una práctica generalizada reemplazar las viviendas integradas en condominios por viviendas individuales en segmentos censales adicionales. Aunque la importancia de la residencia en condominios, se considera marginal, deberá ser evaluada para estudios futuros.

La asignación del número de individuos fue proporcional a la población de cada provincia valiéndose de la homogeneidad en el tamaño de los segmentos censales. En cada provincia los segmentos fueron seleccionados aleatoriamente.

El diseño utilizado fue el de muestreo estratificado de conglomerados. En los estratos iniciales, las provincias, fueron seleccionados segmentos censales al azar. En cada segmento censal seleccionado se escogió de forma sistemática la mitad de las viviendas. Eso significa que una de cada dos viviendas formó parte de la muestra de viviendas en cada segmento censal.

Finalmente, usando tablas de Kish para evitar la subrepresentación de grupos de edad, en cada vivienda se seleccionó a un informante.

**5. Trabajo de campo:** El trabajo de campo lo desarrolló una empresa consultora (EYMSA) en el período de junio a octubre del año 2006, luego de un proceso de capacitación que se brindó a los entrevistadores. Dada la importancia de la existencia de *rapport* (compenetración o afinidad) entre informante y entrevistador, y de condiciones que asegurasen la confianza del sujeto en el uso discrecional de la información, se trataron de manera exhaustiva las estrategias tendentes a enfrentar las eventuales resistencias u ocultamiento de información que suelen mostrar los informantes en este tipo de investigación. El uso de tarjetas con las opciones de respuesta para algunas preguntas fue un recurso utilizado como medio de asegurar la confianza del informante y minimizar la renuencia del entrevistado.

Durante el trabajo de campo, el cuestionario se aplicó en una sola sesión. Para los informantes escogidos que no pudieron ser entrevistados al

primer intento, se realizaron hasta tres visitas para localizarlos. Para llenar las Tablas de Kish, el funcionario de campo solicitaba al miembro de la vivienda que lo recibía, los datos acerca de la edad y el sexo de todos los residentes en la vivienda, que satisficieran las características de la población investigada, de mayor a menor edad. Hecho eso, se seleccionaba al informante.

Para seleccionar las viviendas de cada segmento censal, se escogió al azar una de arranque, valiéndose del mapa con que se proveía al entrevistador. El procedimiento establecido obligaba a la escogencia de una casa de por medio (o una de cada dos) efectuando el recorrido hacia la derecha al ver de frente la vivienda de arranque. En caso de no cubrirse la cuota establecida al recorrer todo el segmento, se continuaba con el procedimiento hasta completar las viviendas requeridas.

Como lo sugiere la descripción del procedimiento de muestreo descrito en la sección anterior, el promedio de entrevistas efectuadas en cada segmento censal seleccionado fue de 30. Esto es consistente con el hecho

que los segmentos censales levantados por el Instituto de Estadística y Censos (INEC) se diseñan para contener, unas 60 viviendas.

Un supervisor fue el encargado de revisar que los formularios llenados por los entrevistadores contuvieran todas las respuestas y estuvieran exentos de errores. Posteriormente, en las instalaciones de la Oficina de Investigación del I.A.F.A., se procedió a realizar una segunda revisión de las boletas contestadas, en forma paralela a las labores de codificación.

**6. Instrumento:** Para este estudio se integraron en un mismo instrumento de recolección de datos la versión del cuestionario utilizado en las rondas anteriores de este proyecto y el cuestionario propuesto por la OEA, en el contexto del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC). Esto no solo lo convirtió en un cuestionario más extenso sino en uno con capacidad de aportar mejores elementos para el análisis de los datos sobre la demanda de drogas, tanto local como internacionalmente.

Las 170 preguntas del cuestionario se ubicaron en nueve secciones, a saber:

I. Información general (ubicación, fecha, día de la semana en que se aplicó el instrumento, tabla de sorteo para selección de los individuos, características y resultado de la visita a cada vivienda dentro de una sección de historial de campo).

II. Información sociodemográfica (incluye los datos sociodemográficos básicos, además del país de origen. Se incluyeron además, preguntas sobre la opinión del entrevistado acerca del principal problema del país y su comunidad, así como su visión de temas que deberían ser de atención prioritaria en el sistema educativo. Esta encuesta contempló, como parte del instrumental normalizado de la OEA, la aplicación de un módulo de aspectos laborales que inquiriere sobre el tipo de empleo, algunas características del lugar de trabajo, ausencias por enfermedad, accidentes y otras causas, sanciones, reglamentación sobre el consumo y la prevención del consumo de drogas.

III. Área de salud (práctica de ejercicio físico, 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, nivel de prevalencia, intentos por cesar el consumo)

VI. Alcohol (detección del consumo, edad de inicio, nivel de prevalencia, 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). Se incluyó el AUDIT (ver más abajo) y criterios adicionales para la determinación de un diagnóstico según los criterios DSM-IV y CIE10.

El AUDIT, (*Prueba de Tamizaje para la Identificación de 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 para determinar si existe dependencia alcohólica. Esta prueba ha sido estandarizada internacionalmente,

lo cual permite su utilización en diferentes contextos y es consistente con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

VII. Medicamentos psicotrópicos (detección del consumo por razones no médicas, edad de inicio, características e historia de la ingesta, consumo reciente, formas de acceso al producto). Las drogas estudiadas fueron tranquilizantes, estimulantes y opiáceos.

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 por las cuales no consume drogas o dejó de hacerlo y criterios adicionales para la determinación de un diagnóstico según los criterios DSM-IV y CIE10. Esta sección incluye, al mismo tiempo, preguntas sobre expectativas y percepciones acerca de estas drogas.

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, acción policial). Esta sección incluye una escala sobre percepciones de riesgo que evalúa la opinión del sujeto en cuanto a la asignación de riesgo por experimentar o consumir frecuentemente diversas drogas.

Finalmente, se recaba la opinión del entrevistador sobre su estimación acerca la sinceridad de las respuestas del sujeto entrevistado. Como en años anteriores, 99% de los enumeradores consideró que las respuestas de los entrevistados fueron confiables.

**7. Expansión y estimación:** Para la generación de resultados nacionales o provinciales se aplicaron factores de expansión proporcionales al total de la población considerando simultáneamente la provincia donde residía el informante, el grupo quinquenal de edad al que pertenecía y su sexo, según la proyección de población generada por el Centro Centroamericano de Población

(CCP) de la Universidad de Costa Rica al 30 de junio del 2006.

Las estimaciones y resultados de la investigación fueron generados usando el programa SPSS versión 12.0.

## **8. Definición de términos**

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

**8.2 Abuso:** consiste en un patrón desadaptativo de utilización de una droga el cual se manifiesta por consecuencias adversas significativas y recurrentes, expresadas durante un período de 12 meses.

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

**8.4 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.

**8.5 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.

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

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

**8.8 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.

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

**8.10 Cristiano o protestante:** incluye a miembros de denominaciones cristianas no católicas como evangélicos, adventistas, pentecostales, mormones y otros.

**8.11 Dependencia:** consiste en un conjunto de tres o más síntomas cognitivos, de comportamiento y fisiológicos, que revelan que una persona continúa utilizando la droga pese al surgimiento de problemas significativos relacionados con ésta.



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

**8.13 Drogas ilegales:** drogas cuyo consumo se penaliza: marihuana, cocaína, heroína y “crack”, entre las más conocidas.

**8.14 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.

**8.15 Embriaguez:** Se habla de embriaguez leve cuando la concentración de alcohol en la sangre oscila entre 30 y 60 miligramos (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.

**8.16 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.

**8.17 Estimulantes:** en esta investigación, se consideraron únicamente algunos anfetamínicos y cafeína en forma de tiamina-cafeína. Los primeros se emplean para disminuir el apetito y aumentar el estado de alerta, la actividad y disminuir el sueño. Asimismo, son sustancias con potencial 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.

**8.18 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.

**8.19 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.

**8.20 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 2000, según ingresos promedios por hogar.

Nivel bajo de ingreso:

Menos de ₡79.000.

Nivel medio-bajo de ingreso:

De ₡158.000 a menos de ₡236.000

Nivel medio de ingreso:

De ₡237.000 a menos de ₡472.000

Nivel alto de ingreso:

Más de ₡473.000.

**8.21 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 médica y se usa para eliminar la tos y para disminuir el dolor.

**8.22 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.

**8.23 Población en alto riesgo de presentar problemas de alcoholismo:**

en este estudio, este grupo está constituido por los bebedores excesivos.

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

**8.25 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.<sup>1</sup>

**8.26 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

---

<sup>1</sup> El consumidor de más de un mes pero de menos de un año es un consumidor reciente, no activo.

últimas 24 horas, la última semana y más de una semana; pero menos de un mes.

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

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

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

**8.30 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.

**8.31 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.

**8.32 Zona urbana:** áreas en que las viviendas están aglomeradas en cuadrantes, con calles, aceras y todo tipo de servicios urbanos, como luz, agua, buses, etc.

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

**8.34 Zona Marginal:** áreas en que se observan condiciones de vida, económicas y sanitarias deplorables, tanto en medios rurales como urbanos.

## IV. RESULTADOS

### 1. Aspectos sociodemográficos

En la tabla 2 se aprecian las principales variables sociodemográficas de la muestra en estudio.

El total de la muestra fue de 4.877 individuos entrevistados, de los cuales un 92,8% indicaron ser costarricenses, 5,6% de Centroamérica o México, un menor porcentaje (0,8%) agrupaba sujetos de otros países. El resto no declaró su país de origen.

De los y las entrevistadas un 42,9% eran casados y un 34,7% solteros, seguidos por un 12,2% en unión libre. De ellos un 96,7% saben leer y escribir, y un 43,5% trabaja remuneradamente, seguido por un 31,7% amas de casa (de la muestra de mujeres un 60% mencionan esta ocupación).

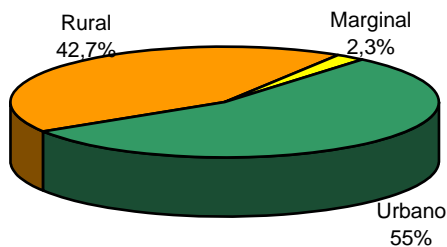
**Tabla 2.** Distribución de la muestra según características sociodemográficas.  
Costa Rica, 2006  
(Valores absolutos y porcentuales)

Variable	Valor absoluto	Valor porcentual
<b>Sexo</b>		
Masculino	2345	48,1
Femenino	2532	51,9
<b>Edad</b>		
12-14	185	3,8
15-19	511	10,6
20-24	579	11,9
25-29	470	9,7
30-34	419	8,6
35-39	479	9,7
40-44	512	10,4
45-49	423	8,6
50-54	389	8,0
55-59	283	5,8
60-64	268	5,5
65-70	359	7,4
<b>Ocupación</b>		
Sector primario	301	6,2
Sector secundario	452	9,3
Sector terciario	1281	26,3
Estudiante	647	13,3
Ama de casa	1543	31,7
Jubilado	320	6,5
No tiene trabajo	310	6,3
S.I.	23	0,4
<b>Religión</b>		
Católico practicante	2783	57,1
Católico no practicante	554	11,4
Protestante	862	17,7
No tiene	454	9,3
Otra	212	4,3
S.I.	12	0,2
<b>Escolaridad</b>		
Primaria incompleta	762	15,6
Primaria completa	1409	29,0
Secundaria completa	1381	28,4
Secundaria incompleta	478	9,8
Universitaria completa	312	6,4
Universitaria incompleta	334	6,8
Parauniversitaria	56	1,1
Sin educación formal	103	2,1
Otra	16	0,3
S.I.	26	0,5
<b>Ingresos familiares</b>		
Nivel bajo	854	17,5
Nivel medio bajo	2525	51,8
Nivel medio	839	17,2
Nivel alto	377	7,7
S.I.	282	5,8

Además es importante anotar que un 47,8% eran jefes de hogar, de ellos un 34,7% aprobó la primaria completa y el promedio de personas que habitan en la casa es entre 3 y 4 personas.

Como se puede apreciar en la figura 1, un 55% de los y las entrevistadas son del área urbana, un 42,7% del área rural y un 2,3% de comunidades marginales tanto del área urbana como rural.

**Figura 1.** Distribución porcentual de la muestra por zona Costa Rica, 2006

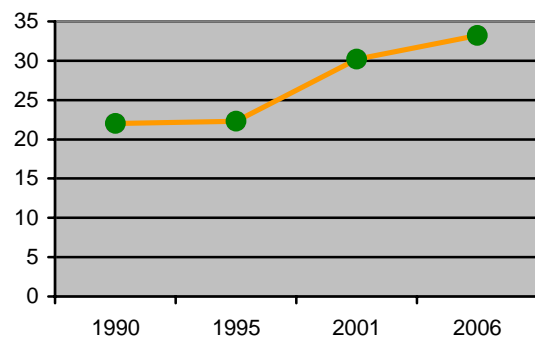


## 2. Aspectos de Salud

**2.1 Ejercicio físico:** Tal como se documentó en el informe correspondiente a la ronda anterior (2001), cinco años después el ejercicio físico practicado con una finalidad específica de mejoramiento de salud o la apariencia personal ha mostrado una mayor predilección de parte de las

personas. En efecto, la proporción de individuos que mencionó realizar dicha práctica tres o más veces por semana experimentó un incremento (pasó de 30,2% en el 2001 a 33,3% en el 2006).

**Figura 2.** Distribución porcentual de la muestra, según práctica de ejercicio físico tres o más veces por semana Costa Rica, 1990, 1995, 2001, y 2006



Este tipo de práctica, positiva para la salud, está asociada significativamente ( $p < 0,0011$ ) al sexo masculino (42,2% contra 32,7% en las mujeres), a personas menores de 30 años y de ingresos medios y altos ( $p < 0,0011$ ).

Finalmente es importante destacar el alto porcentaje de informantes que refieren ingresos familiares inferiores a  $\$157.000$  mensuales y que no desarrollan una actividad física de este orden. El bajo ingreso per cápita podría ser la causa de determinados estilos de vida que restrinjan la posibilidad de

practicar actividades para el mejoramiento de la salud. Esta posibilidad puede frustrar el éxito de iniciativas preventivas basadas sobre la propuesta de estilos de vida saludables.

## **2.2 Problemas de salud:**

Las opiniones de hombres y mujeres con respecto a su estado de salud en el último año, muestran rasgos diferenciales interesantes. 81,3% de los primeros y 72,5% de las segundas lo consideran *bueno o muy bueno*. Una proporción mayor de mujeres lo consideran *regular, malo o muy malo*.

Un 38,4% de las personas mencionó no presentar problema de salud alguno en el último año. En el 2001 lo hizo un 55%, lo mismo que en 1995. Esto estaría indicando que operó una reducción significativa en la proporción de personas que indicaron no presentar problemas de salud.

El grupo de personas que manifiesta no haber presentado problemas en su salud pertenece al grupo de edad menor de 30 años, de extracción urbana, con al menos estudios secundarios y predominantemente solteros de sexo masculino ( $p < 0,001$ ), y

residir en áreas urbanas de Cartago, Heredia o Puntarenas.

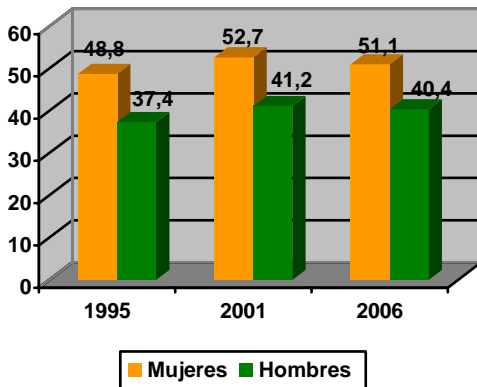
Es interesante destacar que entre las personas que reportaron indicios suficientes para ser considerados dependientes del alcohol (según criterios del DSMS IV) y que bebieron el último año (7,5% del total) sólo cuatro personas (1%) refirieron el alcoholismo como el principal problema de salud sufrido en el último año.

Los problemas de depresión fueron citados por 3% de las mujeres y 1% de los hombres en el 2006, valores semejantes a los de cinco años atrás.

**2.3 Estados de tensión:** Al igual que en dos de las tres rondas anteriores, en esta ocasión también se inquirió con respecto a la presencia de estados de estrés o tensión como resultado del agotamiento derivado del trabajo o del estudio o de intensas preocupaciones durante el último año. La proporción de personas que negó la presencia de esta condición (30,5%) se mantuvo igual que en el año 2001, pero diez puntos porcentuales por debajo de lo encontrado en 1995.

La existencia de estados de tensión o estrés son significativamente más elevados (73,7% vrs. 64,8%) entre las mujeres que en los hombres ( $p < 0,001$ ). En la figura 3 se puede apreciar el porcentaje de personas que indicaron experimentarlos al menos una vez a la semana en el último año, luego de agruparse las categorías *una o dos veces, tres a cuatro veces y cinco o más veces por semana*.

**Figura 3.** Distribución porcentual de la muestra, según presencia estados de tensión o estrés con frecuencia semanal según sexo Costa Rica, 1995, 2001, 2006



Estas condiciones son más graves (frecuencia semanal del fenómeno, durante el último año) conforme menor es el nivel de escolaridad ( $p < 0,02$ ) tanto en hombres como en mujeres. En general, los estados semanales de tensión muestran una mayor prevalencia

entre solteros (33,5% hombres y 44,8% mujeres) y hombres viudos (33,3%). De los 26 a los 55 años se observa la mayor prevalencia de estados semanales de tensión. Intervalo que coincide con las etapas de mayor productividad de las personas.

Solamente se detectó una correlación significativa ( $p < 0,001$ ) entre el consumo activo de tabaco o alcohol y la frecuencia de estados de tensión. A mayor frecuencia de estos mayor consumo activo. Según se puede observar en la tabla 3.

**Tabla 3.** Distribución porcentual de la muestra, según consumo activo de tabaco y alcohol por frecuencia de estados de tensión en el último año Costa Rica, 2006

Frecuencia estados tensión	Consumo activo tabaco	Consumo activo alcohol
Ninguna	12,3	20,7
Mensual	12,7	23,9
Semanal	17,7	26,9

Un nivel frecuente de estrés se asocia positivamente (tau de Kendall = 0,17); ( $p < 0,001$ ) con una percepción de la propia salud regular, mala o muy mala en el último año. Por otro lado, entre quienes no informaron estados de tensión y entre quienes los padecen



semanalmente se observan los mayores porcentajes de inactividad física, un 37,7% de los primeros y 38,9% de los segundos nunca hacen actividad física para mejorar su salud o bienestar general, contra un 33% de quienes declaran estados mensuales de tensión.

En consonancia con el tema de la evaluación del estado de salud, antes explorado, más de la mitad de los hombres (58.1%) y casi 8 de cada 10 mujeres (75,7%) recibieron alguna atención médica durante el último año.

### **3. Drogas lícitas**

#### **3.1. Consumo de Café**

El 77,7% de la población indica que bebe café. Mientras que no se detectan diferencias significativas por sexo, sí se aprecia que los adultos consumen café en una proporción mayor que los menores de edad, 80,4% contra 63,2% ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, eso no significa que para todos los

adolescentes el café sea la única fuente de cafeína. Para el 2006 se reportó en Costa Rica un consumo activo de bebidas energizantes del 22,7% entre colegiales (Bejarano, J., Fonseca, S. *Juventud y Drogas 2006*). Más de 2 de cada 10 colegiales de séptimo, noveno o undécimo año ingirieron bebidas energizantes en algún momento de los 30 días anteriores a la entrevista. Entre quienes reportaron el consumo activo de bebidas energizantes, en promedio, esos productos formaron parte de la ingesta en 8,96 días del último mes. El contenido de cafeína de una lata de 250 mililitros de bebida energizante es equivalente al de una taza de café, unos 80 miligramos (*Red Bull: la boisson energisante* y *Wikipedia, Red Bull*). Determinar la coincidencia del consumo de café y bebidas energizantes es un tema que deberá ampliarse en futuros estudios, tanto para jóvenes como para población general.

**Tabla 4.** Evolución reportada del consumo de café, prevalencia, promedio diario y consumo anual en población de 12 a 70 años Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006

Año	Prevalencia reportada en %	Promedio diario de tazas consumidas	Consumo anual de miles de millones de tazas
1990	82,2	2,51	1,55
1995	75,4	2,41	1,59
2001 <sup>a)</sup>	75,0	2,36	1,82
2006	77,7	2,39	2,20

<sup>a)</sup> Se usó estimación de población del 2000.

De la tabla 4 se puede observar la evolución de varios aspectos del consumo de café según los datos generados por los Estudios Nacionales realizados desde 1990. La prevalencia reportada del consumo de café muestra un repunte en el 2006. Sin embargo, el promedio diario reportado de tazas consumidas en el 2006 se estabiliza en el valor relativamente bajo del 2001. Este hecho sugiere que la pauta en el consumo de café se ha estabilizado. El repunte en la proporción de consumidores, la estabilización del consumo y el incremento en el tamaño de la población (de personas de los 12 a los 70 años) permitieron que por primera vez se reportara para un Estudio Nacional un consumo anual que supera el umbral de los 2 mil millones de tazas.

Los bebedores de café reportan un promedio de 2,39 tazas de café al día. El consumo es significativamente mayor entre hombres bebedores que entre mujeres bebedoras ( $p < 0,003$ ), sin importar que sean adolescentes o adultos. También es mayor la diferencia entre adultos bebedores y menores de edad bebedores, donde los primeros reportan un consumo mayor de tazas diarias de café. (Ver tabla 5). Además, hay un efecto de interacción ( $p < 0,032$ ) entre el sexo y el grupo de edad que causa que la diferencia entre adultos y menores (bebedores de café) sea mayor entre los hombres que las mujeres.

**Tabla 5.** Reporte del promedio de tazas diarias de café consumidas según grupo de edad y por sexo, por bebedores de café de 12 a 70 años  
Costa Rica, 2006

<b>Grupo de edad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Menores (12 a 17 años)	1,79	1,72	1,76
Adultos (18 a 70 años)	2,70	2,26	2,47
<b>Total</b>	<b>2,58</b>	<b>2,20</b>	<b>2,39</b>

Entre quienes beben café, el no tomar la misma cantidad de café al día afecta a una menor proporción de hombres que de mujeres, independientemente del grupo de edad. A un 40,3% de los hombres, le hace falta el café si deja de consumirlo por un día. En tanto ocurre de igual manera en un 45,0% de las mujeres ( $p < 0,003$ ). Al considerar el efecto del cese del consumo por edad, se observa que

apenas un 21,5% de los consumidores menores de edad refieren efectos por cesar el consumo, a la vez que tal proporción se eleva a un 45,7% entre los adultos en general ( $p < 0,001$ ). Tanto entre los más jóvenes como entre los adultos, la proporción de personas que reportan los efectos de cesar el consumo de café por un día es significativamente inferior entre los hombres que entre las mujeres -- 17,9% vs. 26,0% entre menores ( $p = 0,029$ ) y 43,9% vs. 47,5% entre adultos ( $p = 0,038$ ).

La presencia de molestias causadas por el cese en el consumo de café se resume a continuación. Los porcentajes se calcularon solamente sobre las personas afectadas por la suspensión de café por un día en cada grupo.

**Tabla 6.** Distribución porcentual de las molestias reportadas al dejar de consumir café por un día, por los bebedores de café, según grupo de edad y sexo  
Costa Rica, 2006

Tipo de molestia	Menores de edad		Adultos	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Dolor de cabeza	49,1	71,0	55,3	67,0
Ansiedad	10,8	--	11,2	8,2
Sueño	5,7	5,0	6,6	4,4
Náuseas	--	--	0,7	1,2
Hambre o sed	6,4	--	1,0	--
Mal humor	--	--	0,9	0,6
Ninguno	28,0	24,0	23,7	18,3
No especifica	--	--	0,6	0,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Casi una quinta parte (21,3%) de los consumidores de café que detienen su consumo por un día no reportan molestia alguna al hacerlo. Los que reportan molestias indican que el dolor de cabeza y, en menor medida, la ansiedad y el sueño, son las manifestaciones más frecuentes.

Entre aquéllos que reportaron no ser consumidores de café, hay un 2,0% que indicó el uso de tiamina-cafeína. Y de estos consumidores del fármaco, un 46,5% son consumidores activos de alguna de esas sustancias sin prescripción. Tales datos sugieren la existencia de un grupo de personas que

sin ser aficionados al café como bebida, sí valoran los efectos inmediatos que se derivan del uso del agente psicoactivo contenido en el mismo.

**3.2 Consumo de tabaco:** Los diferentes informes del I.A.F.A. en los cuales se han analizado los datos sobre consumo de tabaco, provenientes de las encuestas nacionales en hogares, han destacado la importancia relativa del tema, sus implicaciones en diferentes niveles y han servido para la formulación de planes de acción contra el fumado y de base para el desarrollo de estudios novedosos que ilustran el

impacto económico y social del tabaquismo en el medio nacional. Una de estas investigaciones (Castillo, 2003) permitió establecer que las consultas por las diversas enfermedades que se derivan del tabaquismo activo o pasivo representan costos sumamente elevados para el sistema de salud costarricense. Las estimaciones para el 2003 de los gastos por hospitalizaciones, atenciones de urgencias, consulta externa e incapacidades son del orden de los 23 mil millones de colones (US\$60 millones al tipo de cambio de ese año).

La prevalencia general de fumado en el 2006 fue de 31,5%. Este valor indica que la proporción de personas que ha fumado alguna vez, se mantiene estable desde el 2001, año en el cual sí se observó una disminución en relación con el período anterior. La tabla 7 muestra esta diferencia, así como una posible tendencia a la estabilización.

**Tabla 7.** Distribución porcentual de las muestras en diferentes estudios, según niveles de prevalencia de vida del consumo de tabaco  
Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006

<b>Año</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Diferencia con período anterior</b>
1990	33,3	--
1995	35,2	No
2001	29,9	Sí
2006	31,5	No

Al comparar con otros países se tiene que, por ejemplo, Paraguay muestra una prevalencia de 39,3% (Barreto, 2004), donde el nivel de consumo masculino duplica al femenino. En Chile, la información revela una condición de mayor prevalencia al ser el consumo en la vida de 72% y el consumo activo igual a 42,5%, valor que supera la cifra nacional, misma que se puede apreciar en la tabla 8.

**Tabla 8.** Distribución porcentual de la muestra, según niveles de prevalencia de consumo de tabaco por año, según sexo. Costa Rica, 1995, 2001 y 2006

<b>Tipo de prevalencia/Sexo</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>
<b>Vida</b>			
Hombres	53,5	41,1	41,0
Mujeres	17,1	18,8	21,5
<b>Total</b>	<b>35,3</b>	<b>30,0</b>	<b>31,4</b>
<b>Año</b>			
Hombres	29,6	25,5	23,2
Mujeres	7,2	9,2	9,4
<b>Total</b>	<b>18,3</b>	<b>17,2</b>	<b>16,4</b>
<b>Mes</b>			
Hombres	28,5	23,1	21,3
Mujeres	6,6	8,2	8,1
<b>Total</b>	<b>17,5</b>	<b>15,7</b>	<b>14,8</b>

En Costa Rica el consumo activo muestra una estabilización en 15% de la población, lo cual representa una cifra cercana al medio millón de personas. Los mayores logros, en términos de control y prevención parecieran observarse con mayor claridad en la reducción de los niveles de prevalencia de vida y de último año, a lo largo del período de una década. Aunque el consumo activo de los hombres es mayor que el de las mujeres, su reducción durante el período es estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Con el consumo anual sucede algo semejante: se reduce significativamente

en los hombres y aumenta, también significativamente, en las mujeres ( $p = 0,005$ ); pero su nivel de prevalencia es bastante inferior. Esta es una tendencia que ocurre en el nivel mundial, en especial en algunas naciones industrializadas (Thun & Luiza da Costa e Silva, 2003). No obstante, la proporción de fumadores en Costa Rica es menor si se compara con estas naciones. En Norteamérica fuma más de una cuarta parte de la población. España ostenta el mayor índice de fumado habitual en Europa al acercarse a 35% la proporción en mayores de 16 años (INE, 2006). En China, se conoce la existencia de al menos 300 millones de fumadores (una cuarta parte de sus 1200 millones de habitantes) equivalentes a la totalidad de la población de los EEUU.

El consumo local del último mes en 2006 es ligeramente mayor que el de países como El Salvador, el cual es de 12% (Díaz, 2006). En Costa Rica, la proporción de fumadores del último mes es uniforme a los distintos niveles de ingreso con un predominio masculino ( $p < 0,001$ ) con una mayor proporción al consumo actividad en los grupos de edad de 18 a 30 años (19,5%) y de 51 a 55

años (19,5%) ( $p < 0,001$ ), principalmente residentes de zonas urbanas (17% vrs. 11,6%; ( $p < 0,001$ ) y de las provincias de San José, Heredia y Cartago (17%, 16,2% y 15,9%, respectivamente;  $p = 0,002$ ).

El fumado activo es mayor cuanto mayor sea el consumo diario de tazas de café; entre quienes consumen tres o más tazas de café al día es de 26,2% y entre quienes toman dos o menos de 11,8% ( $p < 0,001$ ) y entre aquellas personas que mencionaron presentar *mucho estrés* (tres o más veces por semana), 18% vrs. 12,4% de quienes lo presentaron menos veces o ninguna; ( $p < 0,001$ ).

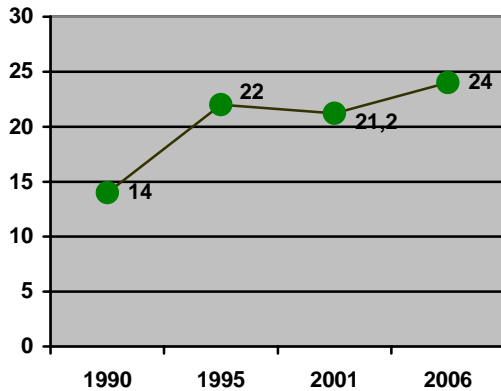
Se asocia fuertemente también con el consumo activo de alcohol (33,6% entre bebedores vrs. 8,8% no bebedores; ( $p < 0,001$ ) y el consumo activo de alguna droga ilícita (63,6% vrs. 14,5% entre los que no la consumen activamente; ( $p < 0,001$ ). Como dato de interés el consumo activo disminuye conforme aumenta el número de ocupantes de la vivienda ( $p < 0,001$ ), aunque no está asociado al hecho de estar “solo” (soltero, divorciado, separado, viudo) o “con alguien” (casado, unión libre), quienes están

casados o son viudos muestran los menores porcentajes de fumado activo ) 11,9% y 7,1%; ( $p < 0,001$ ).

Hay menos fumadores activos entre quienes practican ejercicio físico de manera adecuada ( $p < 0,003$ ). Estos fumadores fueron menos proclives a visitar a un profesional de la salud que los no fumadores activos 60% vrs. 68%;( $p < 0,001$ ).

La incidencia del tabaquismo es de 24 por mil habitantes, lo cual equivale a decir que durante el año anterior a la realización de la encuesta 24 personas de cada mil se iniciaron en el consumo. Esta incidencia, la cual puede apreciarse en la figura 4 y compararse con las rondas previas, revela estabilidad desde 1995 y es relativamente baja si se compara con los resultados en poblaciones jóvenes, en virtud que las edades de inicio del tabaco suelen ser tempranas y en esta encuesta las personas con edades superiores a 15 años exceden el 80%, de manera que la probabilidad de haberse iniciado en el año previo a la encuesta es muy baja.

**Figura 4.** Distribución de la muestra, según incidencia por mil habitantes del consumo de tabaco por año de estudio Costa Rica 1990, 1995, 2001 y 2006



Pese a la importancia que el consejo médico tiene en la toma de una decisión orientada a la cesación del tabaquismo, en este estudio se aprecia que tan solo un 44% de las personas fumadoras (activas o no) han sido objeto de éste, pero es significativamente mayor la proporción de hombres que de mujeres (47% vs. 40%:  $p=0,009$ ) que lo han recibido. No se observa diferencia por

sexo al considerar solamente a los fumadores recientes (55% en general recibió consejo médico en los últimos doce meses) o activos (también 55%).

Por otra parte, la mitad (52,4%) de los hombres y de las mujeres fumadoras activas ha intentado dejar de fumar en los últimos doce meses pero sólo la mitad de los primeros refieren que lo han logrado, en comparación con 63% de las mujeres, lo cual constituye una diferencia significativa ( $p<0,0011$ ). Hay que considerar que más de un 85% de los hombres y de las mujeres tenían cinco años o más de tabaquismo.

La edad promedio de inicio en los hombres que han fumado fue de 15.84 años, la cual es significativamente inferior ( $p<0,001$ ), que la de las mujeres (17.07 años). La tabla 9 muestra la estabilidad de los valores allí expuestos a lo largo del tiempo.



**Tabla 9.** Distribución porcentual de la muestra, según edad de inicio del consumo de tabaco, por año  
Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006

Edad de inicio	1990	1995	2001	2006
Menos de 13 años	18,0	15,5	14,5	14,7
De 13 a 15 años	28,4	31,5	33,8	35,4
De 16 a 18 años	32,8	30,7	31,9	29,3
Mas de 18 años	20,8	22,3	19,8	19,9

Un hallazgo interesante en relación con el consumo activo y el inicio, es que la probabilidad de llegar a ser un consumidor activo no está relacionada con qué tan temprano la persona se inició. Persiste, sin embargo, la urgencia de atender el inicio temprano en el consumo, mismo que tiene lugar antes de los 18 años de edad para 8 de cada 10 individuos, según se aprecia en la tabla 9.

En este estudio sobresalen como consumidores de 10 ó menos cigarrillos un 60% de los hombres, un 80% de las mujeres y como grandes fumadores, cuyo consumo excede las 10 unidades diarias un 37,5% y un 19,2% de los hombres y mujeres respectivamente.

Tanto los hombres como las mujeres que fuman un paquete o más de cigarrillos son a la vez grandes

tomadores de café y mayores de 18 años ( $p < 0,001$  y  $p < 0002$ ).

Las personas que reúnen los criterios de ser grandes fumadores, es decir que fuman más de diez unidades al día, o que fuman apenas se despiertan o durante las primeras horas de la mañana, o que lo hacen aún estando en cama por alguna enfermedad o aquellos a quienes un profesional de la salud les ha recomendado dejar de fumar, son personas, con un promedio de edad 35,5 años y una media de 8 años aprobados de educación formal. Además, entre ellos la mayoría (39,9%) no practica ejercicio físico como forma de mejorar su bienestar general o salud un 79% de los hombres y 63% de las mujeres que fumaron alguna vez en la vida presentan al menos una de estas condiciones, las que podrían estar dando cuenta de

dependencia de nivel de nicotínica leve o moderada, este grupo se reduce si se considera únicamente aquellos y aquellas que refirieron fumado temprano por la mañana después de haberse despertado, junto con un patrón de consumo elevado, en cuyo caso la proporción de hombres fue de un 15% y de 7% en mujeres (general: 12%).

### 3.3 Consumo de alcohol:

Los niveles de consumo de alcohol en Costa Rica, alguna vez en la vida, han experimentado una reducción sostenida desde el año 1990. Esto significa que, en comparación con los 15 años anteriores, actualmente en el país más personas jóvenes habrían postergado su decisión de iniciar el consumo, dando como resultado una baja en la experimentación, como lo muestra la tabla 10. Un logro que bien puede asociarse con las actividades preventivas llevadas a cabo en los últimos veinte años y quizás más tiempo.

**Tabla 10.** Distribución porcentual de las muestras de diferentes estudios, según niveles de prevalencia de vida del consumo de alcohol  
Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006

Año	Prevalencia	Diferencia con período anterior
1990	66,0	--
1995	62,3	Sí
2001	54,3	Sí
2006	51,2	Sí

Frente a tales reducciones en el nivel de prevalencia de vida, se observan proporciones con menor variación en algunos de los niveles de consumo reciente (último año) y consumo activo (últimos 30 días). En el caso de los hombres se redujo el consumo anual en comparación con 1995, mientras que el comportamiento general a lo largo de esos quince años en el consumo reciente entre las mujeres ha mostrado una disminución constante de alrededor de 1,5 por mil mujeres cada año. Una situación algo distinta se aprecia en el consumo activo, mismo que disminuyó significativamente en el 2001 en los hombres ( $p < 0,0011$ ) pero se mantuvo sin variación en las mujeres durante el mismo período.

En general, se puede decir que aunque está en disminución desde hace una década ( $p < 0,0011$ ) el consumo reciente está presente en casi cuatro de cada diez costarricenses (1 millón doscientas mil personas) y el consumo activo en aproximadamente una cuarta parte (800 mil individuos).

**Tabla 11.** Distribución porcentual de la muestra según niveles de prevalencia de consumo de alcohol por año, según sexo Costa Rica, 1995, 2001 y 2006

Tipo de prevalencia/Sexo	1995	2001	2006
<b>Vida</b>	78,0	65,3	61,6
Hombres	47,0	43,2	40,4
Mujeres	<b>62,2</b>	<b>54,3</b>	<b>51,2</b>
<b>Total</b>			
<b>Año</b>			
Hombres	52,0	50,0	44,0
Mujeres	29,0	28,1	27,4
<b>Total</b>	<b>40,3</b>	<b>39,0</b>	<b>36,0</b>
<b>Mes</b>			
Hombres	38,0	37,0	32,0
Mujeres	14,1	16,3	17,0
<b>Total</b>	<b>24,8</b>	<b>27,0</b>	<b>24,3</b>

La edad de inicio del consumo de alcohol fue, entre quienes en el 2006 reportaron haberlo probado, de 17,32 años. Este valor general es prácticamente igual al hallado en el 2001 (17,26 años) y no se ha modificado

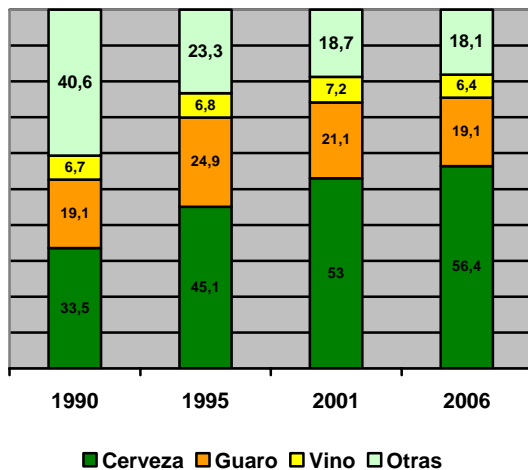
desde 1990. Como la estimación de la edad promedio en la población investigada es de 35,03 años, se estima que el tiempo promedio transcurrido desde su iniciación en el consumo de alcohol en el 2006 es de 17,71. No obstante, la observación de los datos según el sexo, revela que en el 2006 (16,46 años para los hombres y 18,71 para las mujeres) la edad de inicio de los hombres es mayor ( $p < 0,001$ ) que en 1990 (16,07 años) en tanto que la de las mujeres se mantiene igual (18,63 en 1990).

En grupos de edad como los que comprende este estudio, las edades de inicio pudieran parecer relativamente altas, cuando se conoce que la iniciación es un fenómeno típico de la edad escolar y, en especial, colegial. Esto se corrobora en el hecho de que el inicio, en promedio, en los jóvenes costarricenses de educación secundaria ocurre a los 13 años (Bejarano y Fonseca, 2007). No obstante, también debe tenerse en cuenta que al considerar grupos de edad de 12 a 70 años, como en este estudio, un examen de la edad de inicio en las cohortes de cuarenta años de edad y más desde 1990, revela un descenso sostenido del comienzo de la ingesta, de

19,54 años en dicho año, a 18,6 en el 2006.

La bebida de inicio para los y las costarricenses, como en los últimos quince años, sigue siendo la cerveza, la cual ha mostrado un incremento sostenido y significativo ( $p < 0,0011$ ), como se observa en la figura 5

**Figura 5.** Distribución porcentual de la muestra, según bebida de inicio, por año de estudio  
Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006



Junto a este aumento en la demanda de cerveza como bebida de inicio se observa también una baja en la de guaro ( $p < 0,01$ ), el cual regresó al nivel que tenía en 1990. Esto pudiera obedecer parcialmente al aumento en el precio de las bebidas destiladas desde la entrada en vigencia de la ley 7972, del 2000, a la par de constituir un fenómeno mundial que ubica a la cerveza como bebida de inicio

(Newman, 2006) y predilecta por poseer un precio más reducido y resultar, consecuentemente, más asequible que las destiladas. Aunque de momento no es el caso de Costa Rica, la introducción de la cerveza de baja graduación alcohólica en otros países pareciera servir el propósito de un inicio menos censurable (Gryaznevich, 2005).

Según fue indicado previamente, la edad de inicio no muestra variantes importantes a lo largo de los años. La observación de la proporción de personas que se inició en cada grupo de edad, muestra un único descenso en el conjunto de individuos que comenzó después de los 18 años de edad, mismo que en el 2001 y el 2006 cayó abruptamente si se compara con 1995 y 1990, como se aprecia en la tabla 12. En el 2006, un 21% de los hombres y el 38% de las mujeres se iniciaron después de los 18 años. Del punto de vista sociodemográfico las características de estos grupos no difieren grandemente de las de quienes lo hicieron antes de los 19 años. En 1995, se detectó un 41% de hombres y un 59% de mujeres con esta condición, la de haberse iniciado en el consumo de alcohol luego de haber cumplido los 18

años. En general, se aprecia desde el 2000 un aumento en la proporción de los consumidores que, cuando se iniciaron contaban con menos de 18 años, la cual podría ser el resultado de los factores citados con anterioridad, además de una mayor permisividad

social que pareciera estar asociada con los escasos controles en la aplicación de la prohibición de la venta a menores.

**Tabla 12.** Distribución porcentual de la muestra, según edad de inicio del consumo de alcohol, por año. Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006

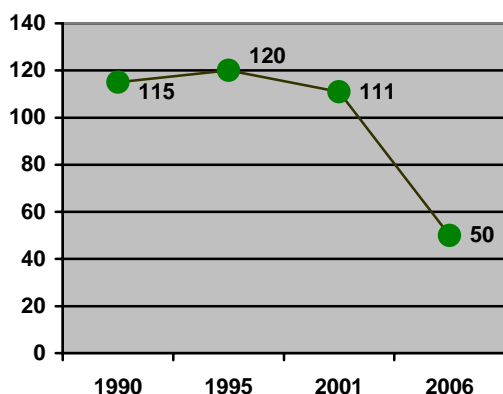
Edad de inicio	1990	1995	2001	2006
12 años o menos	9,8	6,1	10,1	9,3
De 13 a 15 años	16,3	15,6	28,4	28,3
De 16 a 18 años	19,7	20,7	35,5	35,0
Mas de 18 años	54,2	57,6	26,0	27,4

De los consumidores activos, un 68% refirió ser tomador de cerveza, un 26% de guaro u otro destilado y un 6% de vino. De estos tomadores, más de 8 de cada diez acostumbraba tomar cerveza con una frecuencia semanal (específicamente los fines de semana), en tanto que seis de cada 10 hacía lo propio con bebidas destiladas o vino. Este patrón de consumo en fines de semana, para cualquiera de las bebidas,

es característico tanto de los hombres como de las mujeres que tomaron durante los últimos treinta días y puede considerarse típico también de los consumidores del último año. En efecto, la probabilidad de ser un consumidor activo, y a la vez poseer un patrón de ingesta durante los fines de semana si se refiere consumo en los últimos 12 meses es elevada ( $p < 0,0011$ ).

La incidencia del consumo de alcohol, referida a la cantidad de personas que inició el consumo por primera vez en el período de los doce meses que precedieron la encuesta, fue de 49 por cada mil habitantes. En la figura 6 se observa como la proporción de incidentes experimentó una reducción significativa entre el 2001 y el 2006 ( $p < 0.0001$ ).

**Figura 6.** Distribución de la muestra, según incidencia por mil habitantes del consumo de alcohol, por año de estudio Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006



Este fenómeno de disminución de la incidencia pudiera estar relacionado con la reducción en el nivel de prevalencia de consumo antes citado (Beaglehole, Bonita y Kjellström, 2003). La postergación del inicio del consumo destaca como una explicación sólida de este hecho o que dicho inicio tuviera una

antigüedad superior a los doce meses de la fecha de la encuesta.

### Tamizaje de problemas con el alcohol.

**AUDIT.** Los resultados del Audit en la dimensión de consumo riesgoso, revelan que 14,0% de las personas tomadoras del último año presentan alguna condición de riesgo por tomar de esta manera (consumo de cinco o más tragos por ocasión y una frecuencia semanal de ingestión). En el 2001 la proporción fue de 15%, pero la diferencia no es estadísticamente significativa. El consumo perjudicial, es decir aquel informado por personas con sentimientos de culpa por su forma de tomar, por haberse lastimado o herido a alguien y por haber recibido alguna recomendación para dejar de beber, agrupó a un 7,9% lo cual resultó ligeramente inferior al valor encontrado en 2001 (8,5%)

Así, la proporción de personas que ingieren alcohol de manera riesgosa y perjudicial agrupó a un 22% de los bebedores del último año, en tanto que la dependencia alcohólica se situó, en este estudio, en 4,4% de los individuos que refirieron consumo en los últimos doce meses. Este último valor es significativamente superior ( $p < 0,0001$ ) al encontrado en 2001 (3,7%). La

dependencia alcohólica, se estableció por la presencia de pérdida de control sobre la bebida, alteración de las actividades cotidianas por la ingestión de alcohol e ingesta matutina para aliviar los síntomas de la abstinencia. La distribución de cada categoría aportada por el Audit, según el sexo se observa en la tabla 13.

**Tabla 13.** Distribución porcentual de la muestra de tomadores del último año, según resultados del Audit, por sexo Costa Rica, 2006

Sexo	Consumo		Dependencia
	Riesgoso	Perjudicial	
Hombres	19,6	10,6	5,9
Mujeres	3,4	3,4	2,0

Resulta de interés notar que más de tres de cada 10 hombres que refirieron haber tomado en el último año presentan una condición de peligro (consumo riesgoso) o de gran peligro (consumo perjudicial, dependencia) por el consumo de alcohol, en tanto que en no más de una mujer entre cada 10 se detectaron estas condiciones. Esta situación se asemeja, con mucho, a las diferencias entre hombres y mujeres halladas en el resto del continente (Taylor, *et al* 2007).

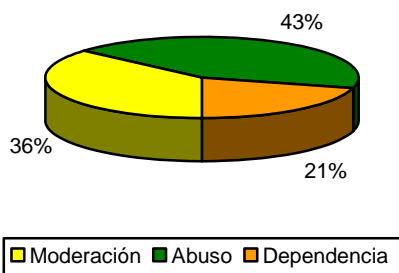
En consonancia con lo anterior, los resultados del Audit total<sup>2</sup> revelan que un 27% de los individuos (33% de los hombres, 17% de las mujeres) presentaban algún grado de afectación en relación con su consumo de alcohol. En términos poblacionales esta afectación estaría operando, de manera directa, y en un *continuum* que va desde el consumo riesgoso hasta la dependencia, en novecientos mil individuos. El porcentaje actual, 27,7%, es significativamente mayor ( $p < 0,01$ ) que el hallado en el 2001 (24,4%).

**Criterios de abuso y dependencia según Clasificaciones Internacionales.** Esta investigación también utilizó preguntas que permitieron clasificar a los individuos según los criterios del DSM-IV y la CIE-10, con la finalidad de complementar los resultados del tamizaje obtenido mediante el Audit. Esta introducción de los criterios enunciados resulta del todo novedosa en el medio nacional y para utilizarlos como elementos de comparación tendrán que desarrollarse nuevas encuestas puesto que técnicamente se presentan

<sup>2</sup> El Audit total es un puntaje basado en todas las preguntas de instrumento. El punto de corte para los hombres fue de 8 en tanto que el de las mujeres fue de 7.

limitaciones al establecer tales relaciones con los resultados de períodos anteriores. En este estudio se estimó que entre los bebedores del último año un 42,7% de los individuos (41% hombres, 45,6% mujeres) reúne los criterios de abuso de alcohol, en tanto que un 20,9% (26% hombres, 12% mujeres) los de dependencia.

**Figura 7.** Distribución porcentual de la muestra, según tipo de bebedor de alcohol  
Costa Rica, 2006



De acuerdo con los datos de la figura 7 entre los que bebieron en el último año, alrededor de 601 mil personas reunirían los criterios de abuso, en tanto que 315 mil los de dependencia.

Estas cifras poseen una importancia extrema en términos de la determinación de actividades de corte preventivo y asistencial. Así las cosas y

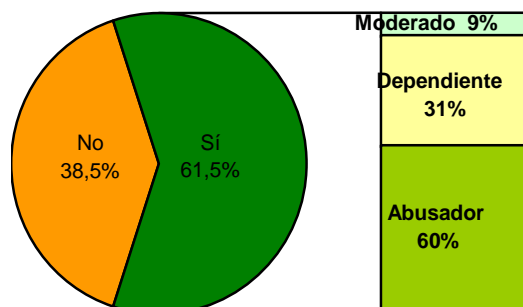
suponiendo que al menos un 90% de los individuos con dependencia y la mitad de los abusadores requerirían de una intervención especializada, se tiene que cerca de 700 mil personas deberían beneficiarse de ella. Frente a esto, solo 2,9% y 2,1% de los sujetos que consumieron en el último año y que muestran indicios de abuso y dependencia han recibido tratamiento o internamiento, respectivamente (3,6%); cifras cuyo valor poblacional no excede los 27 mil individuos. Estos datos imponen un desafío al IAFA y, en general al sistema de salud, en la medida que es de alta prioridad la definición y caracterización de dicha intervención especializada. No todos los dependientes ni todos los bebedores excesivos requerirían las opciones de mayor complejidad técnica, por lo que el papel de las intervenciones del primer nivel, así como las de los Centros de Atención Integral (CAIDS), de reciente desarrollo en el país, tendrían preponderancia.

La situación según las clasificaciones internacionales se muestra a continuación.

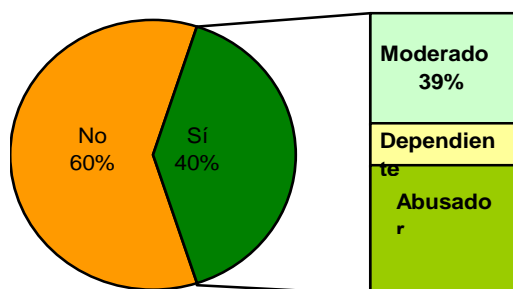


**Figura 8.** Distribución porcentual de la muestra de consumidores de alcohol alguna vez, según tipo de bebedor Costa Rica, 2006

#### Hombres



#### Mujeres



Los niveles de prevalencia en las diferentes rondas de investigación realizadas se aprecian en la tabla 14.

**Tabla 14.** Distribución porcentual de la muestra, según niveles de prevalencia de consumo de tranquilizantes, por año según sexo Costa Rica, 1995, 2001 y 2006

Tipo de prevalencia/Sexo	1995	2001	2006
<b>Vida</b>			
Hombres	1,4	2,0	2,7
Mujeres	2,9	2,1	2,7
<b>Total</b>	<b>2,2</b>	<b>2,0</b>	<b>2,7</b>
<b>Año</b>			
Hombres	0,6	1,0	1,4
Mujeres	2,0	1,2	1,4
<b>Total</b>	<b>1,4</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>
<b>Mes</b>			
Hombres	0,3	0,5	0,6
Mujeres	1,0	0,7	0,8
<b>Total</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>

### 3.4. Consumo de medicamentos tranquilizantes:

En este estudio, el consumo de medicamentos tranquilizantes se refiere a la utilización de medicamentos que, a pesar de requerir receta médica, se emplearon indebidamente al prescindirse de ésta.

El único incremento significativo que se observa en el período 2001– 2006 corresponde a la prevalencia de vida ( $p < 0,02$ ). El consumo en el último año y en el último mes, que en años anteriores fue mayor en las mujeres, pareciera distribuirse de manera equitativa en el último estudio.

El consumo (sea activo, reciente o general) varía directamente con la frecuencia reportada de estados de tensión emocional y es inferior entre personas menores de edad. La prevalencia de vida es mayor en Cartago y menor en Guanacaste, en general es menor en zona rural que en zona urbana.

Los valores de prevalencia locales son inferiores a los de países como Paraguay, donde la prevalencia general es de 5,6% (Barreto, et al, 2004) y Argentina con un 3,6% (Ahumada, 2007). En población general chilena se registró un 3,4% de consumo en el último año, por lo que la tasa de prevalencia de vida es superior (Conace, 2007). En los EEUU el uso indebido se halló en 9% de la población de 12 y más años (SAMHSA, 2006).

La mayor parte de las personas refiere conseguir los medicamentos en establecimientos farmacéuticos y por conducto de amistades y aproximadamente dos de cada 10 personas que alguna vez consumieron lo hizo en ocho o más días del último mes.

La edad promedio de inicio de 28 años (26,6 en hombres, 29,6 en

mujeres) con una desviación estándar de 11,43, es significativamente más alta ( $p < 0,0011$ ) que la encontrada en 2001 (25,4 años).

Aproximadamente la mitad de las personas que consumieron tranquilizantes no han intentado suspender el consumo durante el último año, en tanto que 4 de cada diez lo intentaron y continúan sin consumir frente a 12% que fracasó en su intento de suspender el consumo. La proporción de personas que intentaron suspender el consumo en el 2006 (53%) es menor que en 2001 (70%).

### **3.5. Consumo de medicamentos estimulantes**

El consumo indebido de medicamentos estimulantes, es decir aquel en el cual no media una receta médica, ha mostrado una evolución importante en el país aunque los niveles de consumo son relativamente bajos. El 72% de estos medicamentos son fundamentalmente productos que contienen cafeína, la cual puede provocar algún grado de tolerancia y dependencia en el abuso y anfetamínicos en una proporción menor. Según se observa en la tabla 15, la prevalencia de vida en el 2006 es

significativamente superior a la hallada tanto en el 2001 como en 1995 ( $p < 0,0015$ ), al igual que el consumo reciente o del último año ( $p < 0,003$ ). Esto sugiere que la experimentación, más que el consumo reciente y el consumo activo persiste como el comportamiento más usual.

**Tabla 15.** Distribución porcentual de la muestra, según niveles de prevalencia de consumo de estimulantes, por año según sexo  
Costa Rica, 1995, 2001 y 2006

Tipo de prevalencia/Sexo	1995	2001	2006
<b>Vida</b>			
Hombres	1,9	2,3	3,5
Mujeres	1,0	1,4	3,1
<b>Total</b>	<b>1,4</b>	<b>1,9</b>	<b>3,3</b>
<b>Año</b>			
Hombres	0,9	1,2	1,3
Mujeres	0,4	0,7	1,4
<b>Total</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>	<b>1,3</b>
<b>Mes</b>			
Hombres	0,4	0,6	0,6
Mujeres	0,2	0,3	0,6
<b>Total</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>

En países como Argentina (Ahumada, 2007) la tasa de prevalencia de vida es de 1,6%, en tanto que la de último año 0,4%. En Paraguay (Barreto, et al, 2004) se estableció la prevalencia general en 1,1% y la del último año en

0,4%. En los EEUU los valores son más elevados, alcanzando un 8,2% de la población de 12 años y más (SAMSHA, 2006).

La edad de inicio en el 2006 se situó en 23,7 años (24,8 años para hombres, 22,4 años para mujeres), resultando significativamente menor que la hallada en 1995 (30,05 años), pero superior a la establecida en 2001 (21,9 años).

Las diferencias por sexo son prácticamente inexistentes. Es significativamente mayor la proporción de consumo en zonas urbanas que rurales, mientras que el consumo activo y la prevalencia de vida es estadísticamente superior entre adultos que entre menores de edad. El consumo reciente es mayor entre solteros y viudos y menor entre casados y separados. El consumo siempre varía directamente con la frecuencia de estados de tensión emocional informados y es mayor entre quienes terminaron la secundaria y entre quienes tienen educación universitaria incompleta. La prevalencia de vida es mayor entre quienes tienen ingresos superiores a ₡240.000.00.

La mayor parte de los individuos (80%) que consumieron alguna vez refirió haber conseguido los medicamentos en farmacias o de parte de amistades.

### 3.6. Consumo de medicamentos opiáceos

Para la adquisición de estos medicamentos, como en el caso de los estimulantes y los tranquilizantes, se requiere una receta especial. Estas sustancias corresponden a medicamentos que se utilizan para aliviar el dolor, pudiendo también alterar la conciencia.

Como en las rondas anteriores, en este estudio los derivados del opio que se evaluaron fueron el sulfato de morfina, el acetaminofén con codeína y la codeína. Para la adquisición del primero existen controles muy estrictos; no así para los otros dos. Como en el 2001, 86% de las personas que refirieron haber consumido, utilizó estos últimos. El consumo de derivados del opio controlados (sulfato de morfina), sólo fue mencionando por cuatro personas.

**Tabla 16.** Distribución porcentual de la muestra, según niveles de prevalencia de consumo de opiáceos por año, según sexo Costa Rica, 1995, 2001 y 2006

Tipo de prevalencia/Sexo	1995	2001	2006
<b>Vida</b>			
Hombres	3,8	4,0	3,1
Mujeres	3,9	5,2	5,0
<b>Total</b>	<b>3,9</b>	<b>4,6</b>	<b>4,0</b>
<b>Año</b>			
Hombres	3,5	3,5	2,0
Mujeres	3,4	4,4	3,6
<b>Total</b>	<b>3,4</b>	<b>3,8</b>	<b>2,7</b>
<b>Mes</b>			
Hombres	2,2	2,0	0,9
Mujeres	2,4	3,0	2,2
<b>Total</b>	<b>2,3</b>	<b>2,4</b>	<b>1,5</b>

En suma, de los datos de consumo de medicamentos sin prescripción médica en general puede establecerse una tasa global de prevalencia es de 8,3% (4,8% en el último año y 2,7% en el último mes) con un nivel de consumo en el último año y en el último mes superior en las mujeres (3,4% contra 2%;  $p=0,002$ ). De los tres grupos de medicamentos estudiados, los niveles de consumo de los estimulantes y los opiáceos no entrañan un problema como tal, dado que dicho consumo se refiere más bien a productos que si bien tienen un riesgo potencial de alterar la conciencia y de desarrollar tolerancia y

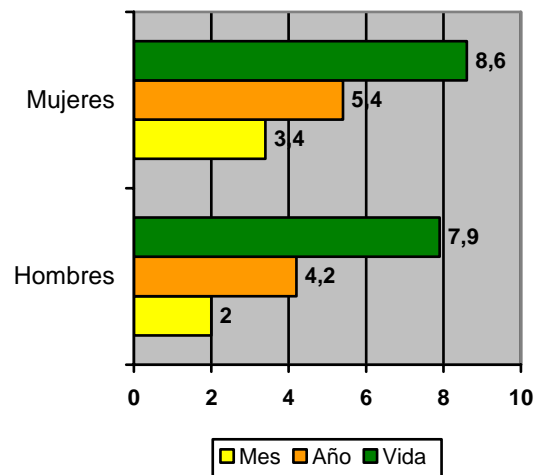
dependencia (tiamina-cafeína y acetaminofén con codeína) su utilización, sin prescripción, se mantiene en niveles bajos y sin un impacto evidente en el nivel de la salud pública o con implicaciones de un orden más restrictivo al excluirse cifras de consumo preocupantes hacia anfetaminas, en el primer grupo, y derivados del opio, como la morfina o el fentanyl, en el segundo. Así, corresponde al consumo de benzodiazepinas la fuente de preocupación más importante, en virtud de que habrían sido experimentadas indebidamente por unas 90 mil personas de las cuales 50 mil las habrían consumido recientemente, lo que coloca en riesgo a un grupo importante de personas dado su amplio potencial para desarrollar dependencia.

Mención aparte merece el consumo de éxtasis, el cual fue referido por siete personas (0,2% de prevalencia), de las cuales cuatro afirmaron haberlo hecho en una única oportunidad. En comparación con 2001, el nivel de prevalencia es el mismo.

La figura 9 ilustra los niveles de prevalencia en el consumo de medicamentos sin prescripción médica según el sexo que, como se indicó

anteriormente, son superiores en las mujeres en el consumo de último año y último mes.

**Figura 9.** Distribución porcentual de la muestra, según niveles de prevalencia de medicamentos sin prescripción médica, por sexo  
Costa Rica, 2006



#### 4. Drogas ilícitas

##### 4.1 Consumo de alguna droga ilícita

Entre las distintas drogas, Martín del Moral y Lorenzo Fernández definen como clandestinas aquéllas cuya producción y tráfico es ilegal. Algunas de ellas constituyen drogas clandestinas sintéticas o drogas clandestinas “de diseño”. Por drogas de diseño han de entenderse “[aquéllas] nuevas drogas de abuso obtenidas con fines recreativos y diseñadas y elaboradas clandestinamente para escapar de restricciones legales. Se tratan de

sustancias estructurales y farmacológicamente semejantes a sustancias controladas mediante tratados internacionales (psicoestimulantes, alucinógenos, etc.).” (Lorenzo Fernández, Bobes García y Colado Megía, 1999). Se reserva el nombre “*drogas clandestinas*” para hacer referencia a drogas clandestinas que no son de diseño. En este estudio, se incluyen dentro de las drogas clandestinas a la marihuana, la cocaína y su derivado el crack, y a la heroína (un opiáceo). (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 1999)

La demanda de estas drogas clandestinas que, según las rondas de 1990 y 1995 del Estudio Nacional se limitó a la marihuana y a la cocaína, se vio incrementada con la irrupción, en la ronda del 2001, de informantes que reportaron ya el consumo de crack. Para la presente investigación, se detecta adicionalmente un leve consumo de heroína entre los sujetos entrevistados. El consumo de heroína que había mostrado un auge a mediados del siglo XX había venido muy a menos hacia finales del mismo. (Solano, H. *Abuelos montaron aquí el primer tráfico internacional de drogas*).

Si bien no puede establecerse con certeza que el consumo informado en 2006 de este opiáceo haya sido realizado en territorio costarricense, a la luz de esa realidad de consumo es posible vislumbrar la posibilidad de una oferta que pueda satisfacer las eventuales necesidades de consumidores dependientes. La detección de cargamentos de heroína en el 2006 de unos 80 kilogramos, (CIPA, *Informe Estadístico 2006*) incrementa la preocupación sobre un eventual desarrollo de una oferta interna del opiáceo.

Al ver la tabla 17, se nota un incremento en la proporción de personas que declaran haber probado alguna droga ilícita. Ese patrón creciente de prevalencia general ha sido inducido principalmente por los hombres. Las mujeres mostraron en algún momento (1995) una disminución aunque desde entonces el patrón ha sido también estrictamente creciente.

A lo largo de los 12 meses anteriores a la recolección de datos de la encuesta la tasa de prevalencia de consumo de drogas ilícitas parece haberse estabilizado para los hombres y para la población en general. En el caso de las

mujeres el comportamiento de la prevalencia anual parece haber sido más errático aunque acercándose a la prevalencia vigente en 1990.

Finalmente, el consumo activo de los hombres que muestra una tendencia ascendente parece arrastrar consigo el comportamiento general de la población en materia de drogas ilícitas. Las mujeres, estabilizadas en 0,9 por mil, no parecen regresar a los niveles reportados en 1990.

**Tabla 17.** Distribución de la muestra, según niveles de prevalencia de consumo de alguna droga clandestina (no sintética) en población de 12 a 70 años, por sexo y año de estudio  
Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006  
(Tasas por mil habitantes)

<b>Tipo de prevalencia/ Sexo</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>
<b>Vida</b>				
Hombres	67.5	73.5	95.7	115.0
Mujeres	12.5	6.8	20.6	42.0
<b>Total</b>	<b>39.9</b>	<b>40.0</b>	<b>58.4</b>	<b>79.2</b>
<b>Año</b>				
Hombres	7.4	13.7	23.1	20.1
Mujeres	2.9	1.4	5.2	3.6
<b>Total</b>	<b>5.2</b>	<b>7.5</b>	<b>14.2</b>	<b>12.0</b>
<b>Mes</b>				
Hombres	6.7	8.2	9.6	12.4
Mujeres	2.2	0.7	0.9	0.9
<b>Total</b>	<b>4.4</b>	<b>4.4</b>	<b>5.2</b>	<b>6.8</b>

## 4.2 Consumo de Marihuana

Entre las drogas clandestinas la marihuana es sin duda la de mayor consumo, De acceso fácil, por el hecho de que una buena parte de la oferta es producida en el país, no tiene la connotación de alto riesgo y graves daños que sí se atribuye a otras drogas ilícitas como la cocaína y el crack. La difusión en medios diversos sobre la extracción de componentes potencialmente útiles en medicina de la planta del cannabis, no contribuye a establecer en su correcta dimensión los riesgos asociados a la utilización de esta droga, debido a la ambigüedad con que suelen presentarse estas informaciones. Esto se corrobora con el hecho de que la marihuana es la droga ilícita que mayoritariamente reportan los entrevistados como la más escuchada (tabla 18)

**Tabla 18.** Distribución porcentual de la muestra en referencia a las drogas ilícitas mayoritariamente escuchadas entre los y las costarricenses Costa Rica, 2006

<b>Droga</b>	<b>Porcentaje</b>
Marihuana	52,0
Crack	22,5
Cocaína	21,5
Heroína	0,8
Éxtasis	0,7
Inhalables	0,5
LSD	0,1
Otras	1,8
Sin respuesta	0,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

La prevalencia de vida del consumo de marihuana ha venido aumentando desde 1995 (ver tabla 19). Mientras que la prevalencia anual disminuyó respecto al 2001 aunque sin regresar a los niveles observados en 1995. Este contraste sugiere un incremento en el consumo de tipo exploratorio pues si bien se incrementa la proporción que prueba la sustancia, se deprecia por su parte la proporción que la ha probado en el último año.

El consumo activo, cuya medición se mantuvo estable según los estudios de 1995 y el 2001, se duplica para el estudio del 2006, por efecto

fundamentalmente del consumo activo masculino.

Para los hombres, desde 1995 la prevalencia general se ha incrementado en 19 por mil habitantes cada 5,5 años. Entre las mujeres la tasa de prevalencia general se incrementó casi tres veces de 1995 al 2001, mientras que se duplicó del 2001 al 2006. En síntesis, las iniciadas en el consumo de marihuana pasaron a ser 5,7 veces más a lo largo de 11 años. Aun así, la tasa de prevalencia general de las mujeres en el 2006 es tan sólo la mitad de la tasa que mostraban los hombres en 1995.

La prevalencia anual de las mujeres vuelve a niveles similares a los de 1995, después de que el 2001 mostró una tasa particularmente alta (5,2 por mil habitantes). A su vez, entre los hombres se consolida una tasa que duplica el valor de 1995.



**Tabla 19.** Distribución porcentual de la muestra, según niveles de prevalencia de de marihuana por año, según sexo Costa Rica, 1995, 2001 y 2006

<b>Tipo de prevalencia /sexo</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>
<b>Vida</b>			
Hombres	7,1	9,0	10,9
Mujeres	0,6	1,9	3,9
<b>Total</b>	<b>3,9</b>	<b>5,5</b>	<b>7,5</b>
<b>Año</b>			
Hombres	1,0	2,1	1,9
Mujeres	0,1	0,5	0,2
<b>Total</b>	<b>0,6</b>	<b>1,3</b>	<b>1,0</b>
<b>Mes</b>			
Hombres	0,6	0,7	1,2
Mujeres	0,1	0,0	0,1
<b>Total</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>

consumido marihuana alguna vez en su vida, la edad promedio de inicio en el consumo fue de 17,6 años. A lo largo de los últimos 15 años se ha reportado una edad de inicio que disminuye levemente pero de forma consistente. El comportamiento de la edad de inicio para las mujeres es la responsable de este efecto general. Los hombres parecen haberse establecido en una edad promedio de inicio en el consumo muy cercana a los 18 años, a pesar de lo cual, en cada año estudiado mostraron valores puntuales superiores a los de las mujeres. Esto se puede apreciar en la tabla 20.

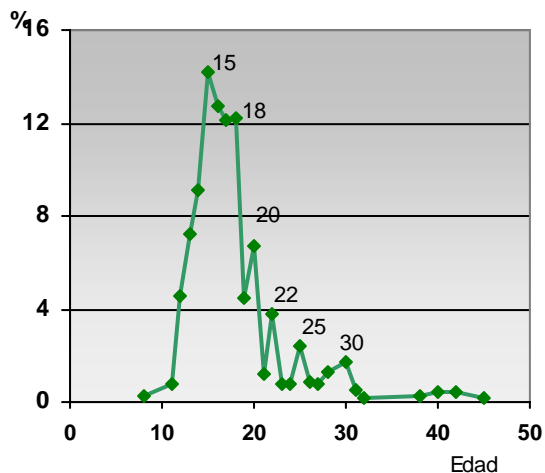
Entre todos los informantes del estudio del 2006 que reportaron haber

**Tabla 20.** Distribución porcentual de la muestra, según edad de inicio del consumo de marihuana, por año. Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006

<b>Edad de inicio</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>
12 años o menos	5,77	7,02	5,16	5,68
De 13 a 15 años	11,54	18,42	31,35	30,39
De 16 a 18 años	42,31	37,72	32,94	37,04
Mas de 18 años	40,38	36,84	30,56	26,89

Las edades a las que se informan máximos relativos de iniciación en el consumo de drogas son los 15, 18, 20, 22, 25 y 30 años, como se desprende de la figura 10.

**Figura 10.** Distribución porcentual de la muestra según edad de inicio en el consumo de marihuana Costa Rica, 2006



Los iniciados en el consumo de marihuana reportaron haberla probado fundamentalmente siendo menores de edad o, en menor medida, a principios de la mayoría de edad.

Hasta el 12,9% de los iniciados declara haber comenzado a la edad de 13 años cumplidos o antes.

La incidencia anual es también mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres. Comparando con estudios anteriores, el comportamiento

de este indicador resulta algo errático (lo que no es sorprendente en indicadores que dan cuenta lo que técnicamente se conoce como eventos “raros”). Para los hombres se aprecia un comportamiento zigzagueante, mientras que para las mujeres se registró un máximo en el año 2001. En resumen, en los estudios del siglo XXI se dan tasas de incidencia superiores a las observadas en la década de los noventas.

**Tabla 21.** Distribución de la muestra, según incidencia por mil habitantes del consumo de marihuana, por año de estudio Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006

Año de estudio	Hombres	Mujeres	Total
1990	3,0	0,7	1,8
1995	1,4	0,7	1,0
2001	9,6	6,6	8,5
2006	8,4	2,8	5,6

Al comparar a los menores y mayores de edad, los primeros reportan una prevalencia de vida estadísticamente inferior a los segundos (4,6% vs. 8,0%,  $p = 0,001$ ). Los varones son responsables de esa pauta pues la tasa de los adultos más que triplica la de

los menores (12,3% contra 3,5%,  $p < 0,001$ ). En el lado de las mujeres hay una inversión de ese comportamiento. La tasa de las menores es superior a la de sus congéneres mayores (5,9% contra 3,5%,  $p = 0,035$ ). Más no logran revertir la tendencia que imponen los hombres.

En cuanto a prevalencia anual y consumo activo no se perciben diferencias significativas entre adultos y menores de edad. Lo anterior apunta también a la existencia de un comportamiento exploratorio más extendido entre las jóvenes, aunque no entre los menores varones.

Entre los iniciados en el consumo de marihuana, el 53,2% señala que la primera vez fue la única ocasión en que la consumieron. En el extremo opuesto, un 11,6% de los iniciados reporta un consumo diario. Entre los menores de edad, un 23,6% volvió a consumir marihuana después de haberla probado. Mientras que entre los adultos esa proporción ascendió a 30,8%.

Del total de personas que volvieron a consumir marihuana después de probarla, el 19,8% admitió que nunca intentó abandonar el consumo. Un

46,5% procuró cesar el consumo al menos una vez.

Casi 1 de cada 3 informantes recibió alguna oferta para probar marihuana. En el último año uno de cada diez menores, ha recibido una oferta para consumir marihuana. Menos susceptibles parecen los mayores de edad, pues solamente uno de cada veinte ha recibido tal propuesta en ese período. En general, la vulnerabilidad se juzga mayor entre los varones. Éstos reciben en conjunto el doble de ofertas que las mujeres (32,2% de los hombres han recibido ofertas para consumir contra 16,0% de las mujeres).

Es mayor, no obstante, la proporción de personas que afirman que les resultaría fácil conseguir marihuana, 56% del total de los informantes. Entre las mujeres, 52,0% lo piensa así contra un 60,5% de los hombres ( $p < 0,01$ )

No obstante esa percepción, sólo el 1,3% (13 por mil) se atreve a describir el círculo familiar inmediato como uno en que alguno de sus miembros consume marihuana. Los que se iniciaron en el consumo de marihuana reportan mayor consumo en su círculo familiar inmediato que quienes no se han iniciado (10,3% contra 0,6%,  $p < 0,001$ ).

Con una prevalencia anual de 10,4 por mil que no es estadísticamente distinta de la proporción que afirma que en su hogar haya algún consumidor, no parece haber hogares donde se ignora el consumo de marihuana por alguno de sus miembros.

Entre quienes refieren un consumo activo de marihuana, 66% opina que alguno de los miembros de su hogar la consumen. Mientras tanto, entre quienes no son consumidores activos, solo el 1% estima que en su hogar alguien fuma marihuana .

Entre los informantes que nunca han consumido marihuana, las mujeres reportan en 8,4 de cada mil casos que algún miembro de su familia inmediata la consume. Entre los hombres, esa cifra es estadísticamente inferior, 3,3 de cada mil ( $p=0,0238$ ). No se cuenta para este estudio con elementos adicionales que permitan explicar esa mayor receptividad de las mujeres.

Finalmente, mientras un 71,5% considera de mucho riesgo el consumo ocasional de marihuana, el 91,9% piensa de esa manera sobre el consumo frecuente.

#### **4.3 Consumo de Cocaína**

Entre los costarricenses, el grupo que reporta a la cocaína como la droga sobre la que más ha escuchado, está conformado por el 21,5% de la ciudadanía. Eso es menos de la mitad de los que reportan a la marihuana como la droga sobre la que más han escuchado.

Se estima entre los costarricenses una prevalencia de vida, en el consumo de cocaína, de 1,8% en el 2006. Esta tasa resulta significativamente mayor ( $p<0,01$ ) entre los hombres (2,9%) que entre las mujeres (0.7%). La tasa general estimada resulta igual a la observada en el estudio del 2001.

También se observa que hay una prevalencia significativamente mayor entre los adultos que entre los adolescentes menores de 18 años. Mientras entre los primeros la prevalencia de vida se estima en 2,1%, entre los más jóvenes la tasa correspondiente resulta de 0,5%.

Puntualmente, la estimación de la edad de inicio entre las mujeres es inferior a la de los hombres, aunque sólo es significativa con una probabilidad  $p = 0,15$ .

La edad promedio de inicio entre todos los que refirieron haber consumido alguna vez se estima en 18,8 años con un error estándar de 0,53 años, con lo que se puede afirmar con un 95% de confianza que la edad promedio de confianza se encuentra entre 17,8 y 19,8 años.

Si se compara con el promedio estimado de inicio en el 2001, de 19,9 años con un error estándar de 0,62, entre los consumidores de entonces, concluimos que no parece haber existido una disminución significativa en

la edad de inicio de quienes reportaron el consumo de la sustancia.

Al considerar la edad de inicio de los consumidores según lo establecido en el estudio de 1995, a saber 22,1 años, la disminución paulatina desde ese año al 2006, no es lo suficientemente intensa para considerarla significativa. (Ver tabla 21).

**Tabla 22.** Distribución porcentual de la muestra, según edad de inicio del consumo de cocaína, por año. Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006

Edad de inicio	1990	1995	2001	2006
12 años o menos	8,33	---	2,50	4,59
De 13 a 15 años	8,33	3,85	20,00	15,19
De 16 a 18 años	16,67	26,92	26,25	40,29
Mas de 18 años	66,67	69,23	51,25	39,94

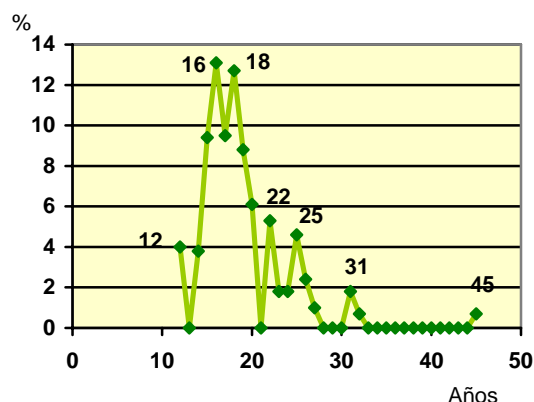
La figura 11 pone en evidencia que es en el período de la adolescencia y en el de “adulto joven” (de 16 a 25 años) cuando las personas son más propensas a probar la cocaína. Tal circunstancia está en consonancia con lo sabido en la materia sobre el hecho

de que es a tempranas edades que normalmente se prueba por primera vez la cocaína y otras drogas; no obstante, es a las edades asociadas a momentos socio-educativos importantes (16 años o finalización del ciclo general básico, 18 años o edad adulta y finalización del

ciclo de educación diversificada e ingreso a la universidad y 25 años o edad en que cesa la obligación paterna con hijos estudiantes) en que se muestran máximos relativos de inicio en el consumo de cocaína respecto a edades adyacentes (véase la figura 11).

Un refuerzo de esta idea se obtiene de comparar la edad de inicio entre los consumidores adultos y los adolescentes. No se detecta una diferencia estadística entre la edad promedio de inicio en el consumo de cocaína de unos y otros.

**Figura 11.** Distribución porcentual de la muestra según edad de inicio del consumo de cocaína  
Costa Rica, 2006



La incidencia anual en el consumo de cocaína de 10 por diez mil habitantes, es equivalente a la mitad de la que se reportó en el estudio nacional del 2001 (20 por diez mil habitantes).

Sin embargo, al ser superior a la tasa de 1995 de 7 por diez mil habitantes, no da pie para inferir un comportamiento claro en el número de casos nuevos en los últimos 11 años.

La prevalencia anual de consumo de cocaína fue de 2,3 por mil habitantes (0,23%); algo inferior a la registrada en el 2001, donde se obtuvo una prevalencia de 0,3%.

Por último, la prevalencia mensual o consumo activo estimado con el estudio nacional del 2006 resultó inferior al estimado en el 2001 (véase la tabla 22). La tasa fue de 17 por diez mil en el 2001 y de 7,2 por diez mil, cinco años después.

**Tabla 23.** Distribución porcentual de la muestra, según niveles de prevalencia de consumo de cocaína por año, según sexo  
Costa Rica, 1995, 2001 y 2006

Tipo de prevalencia / sexo	1995	2001	2006
<b>Vida</b>			
Hombres	1,64	2,96	2,91
Mujeres	0,14	0,61	0,69
<b>Total</b>	<b>0,89</b>	<b>1,79</b>	<b>1,82</b>
<b>Año</b>			
Hombres	0,48	0,61	0,41
Mujeres	0,07	0,09	0,04
<b>Total</b>	<b>0,27</b>	<b>0,35</b>	<b>0,23</b>
<b>Mes</b>			
Hombres	0,27	0,26	0,14
Mujeres	0,00	0,09	0,00
<b>Total</b>	<b>0,14</b>	<b>0,17</b>	<b>0,07</b>

Entre todas las personas que indicaron haber consumido cocaína alguna vez en su vida, más de la mitad, un 54,5%, no llevó su consumo más allá de una experiencia exploratoria. Ellos indicaron que el consumo de la sustancia fue realizado en una única ocasión. La constatación de una prevalencia de vida en aumento y el menor consumo reciente o activo en el 2006 de los últimos tres estudios parece confirmar el carácter relativamente exploratorio del consumo entre la mayoría de los iniciados en la utilización de cocaína.

Más de la mitad (55%) de los que continuaron el consumo de cocaína luego de probarlo informaron una frecuencia de consumo de al menos varias veces al mes. Aún más, entre estas personas que pasaron del consumo exploratorio un 39% mencionó un consumo diario. Estos elementos hablan a favor del carácter aditivo de la cocaína.

Entre quienes consumieron cocaína a lo largo del último año, 2 de cada 11 reportaron haber intentado abandonar el consumo una vez. El resto no refirió intento alguno.

Por otra parte, se estima en un 7,1% la proporción de costarricenses a quienes les ofrecieron en algún momento cocaína.

Del punto de vista de los entrevistados, la cocaína fue considerada después del crack como la segunda droga más peligrosa (véase la tabla 28). Una quinta parte de la población piensa de esa manera. Además, un 81% consideró que se incurre en un gran riesgo al proceder a su consumo ocasional, mientras que un 94,5% lo piensa de consumirla frecuentemente.

Y aunque un 40% considera que es fácil obtenerla, se estima que tan sólo 3 de cada mil señalan tener en su familia algunos miembros que la consumen.

Entre quienes sí habían consumido cocaína fue significativamente mayor la proporción que indicaba que había algunos miembros de la familia que consumían cocaína (5,6%) en comparación con la proporción correspondiente de aquellos que señalaron no haberla consumido (2 de cada mil).

**4.4 Consumo de Crack:** los niveles de consumo general de crack en el 2006 (0,9%) muestran una ligera elevación si se comparan con los hallazgos en el 2001, pero la diferencia no es estadísticamente significativa, por lo que se podría hablar de estabilidad, incluso desde 1995. Al inferir a toda la población, de la experimentación con esta droga darían cuenta unos treinta mil costarricenses. Como se indicó en un informe anterior (Bejarano y Ugalde, 2003) este hecho tendría una importancia epidemiológica destacable en la medida que se da una estabilidad con una sustancia de muy rápida evolución en los inicios de su ingreso al país en los primeros años de la década de los noventas. Según se observa en la tabla 23, la proporción masculina en el consumo de crack es significativamente mayor que la de las mujeres en más de cuatro veces.

El consumo en el último año, así como el consumo en el último mes, según se observa en la misma tabla, resultan muy bajos y las variaciones entre años son insignificantes. Al momento de la recopilación de los datos, el consumo activo entre personas que vivían en hogares se habría estimado en

unas 2000 personas de 12 a 70 años. La mitad de los individuos (50,5%) que alguna vez consumieron manifestaron haberlo hecho una sola vez, en tanto que una cuarta parte de ellos (10 de 40) refirió un consumo diario.

**Tabla 24.** Distribución porcentual de la muestra, según niveles de prevalencia de consumo de crack por año, según sexo Costa Rica, 1995, 2001 y 2006

Tipo de prevalencia/Sexo	1995	2001	2006
<b>Vida</b>			
Hombres	0,76	1,39	1,46
Mujeres	0,07	0,09	0,29
<b>Total</b>	<b>0,41</b>	<b>0,74</b>	<b>0,88</b>
<b>Año</b>			
Hombres	0,62	0,57	0,29
Mujeres	0,07	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>0,34</b>	<b>0,28</b>	<b>0,15</b>
<b>Mes</b>			
Hombres	0,41	0,26	0,11
Mujeres	0,00	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>0,21</b>	<b>0,13</b>	<b>0,06</b>

La edad promedio de inicio en el consumo de crack es de 18,62 años (DE=4,05), la cual es significativamente inferior ( $p < 0,0011$ ) a la encontrada en el 2001 (22,7 años).



**Tabla 25.** Distribución porcentual de la muestra, según edad de inicio del consumo de crack , por año.  
Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006

<b>Edad de inicio</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>
12 años o menos	---	---	3,23	6,52
De 13 a 15 años	---	8,33	12,90	19,33
De 16 a 18 años	---	8,33	19,35	23,02
Mas de 18 años	---	83,33	64,52	51,13

Aunque el número de consumidores de crack, tanto en la vida (43 individuos) como en el último año (4 personas) y en el último mes (3 sujetos) es bajo, se pueden hacer las siguientes consideraciones acerca de algunas de sus características. El total de personas que reunieron criterios DSM-IV para abuso fue de 6 en tanto que 4 los de dependencia. Los consumidores de alguna vez en la vida eran personas

adultas, con ingresos preponderantemente bajos, residentes mayoritariamente de las provincias de San José y Alajuela, con baja escolaridad, provenientes tanto de zona urbana como de zona rural y portadores de niveles elevados de estrés.

Una incidencia anual de consumo de crack de 6 por diez mil habitantes revela que se mantiene en los niveles históricos de los últimos 10 años.

**5. Otras consideraciones sobre las drogas ilegales** (Expectativas y percepciones vinculadas a las drogas ilícitas)

**5.1 Curiosidad y oportunidad de experimentar.** Un 6% de la muestra, alrededor de 200 mil personas, habrían tenido curiosidad por experimentar con una sustancia ilegal, a lo que se suma un 2% de personas que *tal vez* habrían pensado hacerlo (9% eran hombres, 6% mujeres). No obstante, sólo 14 individuos en la muestra (0,3%), ocho hombres, cinco mujeres, indicaron categóricamente que lo harían si tuvieran una oportunidad, junto a 1,2% que *Tal vez* lo haría. Aunque en la provincia de San José se encuentra la mayor proporción de personas con curiosidad por experimentar (44%), Puntarenas y Cartago aglutinan el mayor porcentaje de quienes decididamente lo harían si tuvieran una oportunidad (29% cada una). Es interesante que frente a estas expectativas más de una cuarta parte de los y las entrevistadas (unas 850 mil personas, 32% de los hombres, 19% de las mujeres) afirmaron haber sido objeto de al menos una circunstancia en la cual tuvieron posibilidades de consumir una

droga ilegal, aunque no lo hubieran hecho.

La curiosidad por experimentar y la duda frente a la posibilidad de hacerlo ante una oportunidad es más prevalente entre quienes no realizan ejercicio físico de manera adecuada.

**5.2 Ofrecimiento de drogas.** Es posible apreciar en la tabla 24 las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a haber recibido una oferta de drogas, de donde se colige que la probabilidad de recibir una oferta para comprar o consumir es mayor si se es hombre.

**Tabla 26.** Distribución de la muestra según proporción de personas a quienes les fue ofrecida alguna droga durante el último año, por droga  
Costa Rica, 2006

<b>Droga</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Marihuana	7,8	4,3	<b>6,0</b>
Cocaína	2,6	1,0	<b>1,8</b>
Crack	2,0	0,8	<b>1,5</b>
Éxtasis	0,5	0,6	<b>0,6</b>
Otra	0,7	0,5	<b>0,5</b>

En cuanto a la marihuana, cabe mencionar que 9 de cada 10 sujetos expuestos tenían mayoría de edad ( $p<0,03$ ), ingresos medios o bajos ( $p<0,006$ ) y estudios primarios o secundarios ( $p<0,04$ ).

Cabe mencionar que la proporción de individuos en este estudio que recibieron una oferta de marihuana es significativamente menor ( $p<0,001$ ) a la encontrada en la población nacional de estudiantes de secundaria (Bejarano y Fonseca, 2007), en la que tal circunstancia fue enunciada por un 13% de las personas. Al comparar con este mismo grupo el tema de la curiosidad por experimentar se encuentra también, según lo esperado, un nivel mayor en los y las estudiantes, al manifestarlo un 27%.

### **5.3 Razón principal para no consumir drogas ilícitas.**

Al igual que en la rondas anteriores, pero en una proporción significativamente menor, la mayor parte de los entrevistados basó su decisión de no consumir drogas en que éstas afectan el estado de salud. Mientras en el 2001 un 60% opinó en este sentido, en el 2006 lo hizo un 41,5% ( $p<0,0001$ ). No obstante, en el

2006 aumentó, también significativamente, la proporción de personas que argumentaron “una razón de principios” para no consumir. En efecto, en el 2001 así lo estableció un 20%, mientras que en el 2006 un 33% ( $p<0,0001$ ). También se incrementó de 5% a 9,3% ( $p<0,0001$ ) el porcentaje de entrevistados y entrevistadas que argumentaron “no querer defraudar a su familia”.

### **5.4 Tipo de medidas que se deberían implementar para los y las consumidores de drogas ilegales.**

La mayor parte de los costarricenses en 2006 (56,1%), pero en menor medida que en 2001 (60%) ( $p<0,0001$ ), se inclinaron por las medidas curativas para las personas que presentan problemas por el consumo de drogas. Las opciones preventivas fueron mencionadas por un número significativamente mayor de personas en 2006 (12%) en comparación con el 2001 (7%) ( $p<0,0001$ ).

Las alternativas represivas gozan de poca popularidad entre la población, lo mismo que las multas.

## **5.5 Percepción de consumo de drogas ilegales en el país**

De acuerdo a la percepción de los y las entrevistadas el 94% considera que hubo un aumento en el consumo de drogas en el país en los últimos cinco años. Cifra que es más elevada cuando lo comparamos con los años 1995 (85,7%) y 2000 (92,6%).

## **6. Opiniones sobre aspectos diversos**

En este apartado se presentan las percepciones de los y las entrevistadas acerca de diversos temas relacionados con el país, comunidad (barrio) y efectos del turismo en el país. Algunas de las preguntas se vienen desarrollando desde la ronda del año 1990, las cuales permiten visualizar el comportamiento en algunos de los casos sobre estos temas.

### **6.1 Temas que deben ser atendidos en el sistema educativo**

Según se aprecia en la tabla 25, al igual que en el año 2001, predomina entre las personas entrevistadas que la temática de valores (38,7%), es el tema que debe ser tratado como prioritario en

el sistema educativo, seguido por el consumo y el tráfico de drogas ilícitas (19,4%), lo cual como se anota más adelante guarda relación con la mención de las drogas como uno de los principales problemas nacionales y que igualmente se viene mencionando desde el año 2001.

En cuanto a los resultados por sexo, no existen diferencias en los dos temas mencionados anteriormente.

Sin embargo, si lo hay en el siguiente tema, en el sentido que un 59,5% de los hombres indicó que el consumo de alcohol y tabaco debe ser atendido en las escuelas, mientras que las mujeres mostraron mayor interés en el tema de educación sexual (53,7%) debe ser el que se trate.

No cabe duda que los temas que se mencionan, guardan relación con problemáticas que actualmente se están viviendo en el país y que están relacionadas con la violencia doméstica, el abuso sexual y la pobreza, entre otras.

**Tabla 27.** Distribución de la muestra, según criterio de los y las entrevistadas acerca de los temas de atención prioritaria en el sistema educativo Costa Rica, 2001 y 2006

Tema	2001		2006	
	Absolutos	Relativos	Absolutos	Relativos
La formación de valores	1682	37,0	1880	38,7
El consumo y el tráfico de drogas ilícitas	793	17,5	941	19,4
La educación sexual	579	12,8	483	10,0
El consumo de alcohol y tabaco	438	9,7	415	8,5
La violencia doméstica	401	8,9	322	6,6
La corrupción	356	7,9	350	7,2
La calidad y contenidos de la educación	265	5,9	379	7,8
Otro	12	0,3	85	1,8
<b>Total</b>	<b>4526</b>	<b>100,0</b>	<b>4855</b>	<b>100,0</b>

## 6.2. Principal problema nacional

Es interesante notar cómo, a lo largo de las cuatro rondas, el costo de vida fue señalado como el principal problema nacional; sin embargo en las rondas del 2001 y 2006 el mismo es mencionado por una proporción menor de individuos. De hecho, la reducción es importante y sostenida desde 1990 (véase tabla 26). Seguidamente la mención de las drogas como principal problema (18,3%), muestra una reducción durante todo el período. A la categoría consumo

de drogas propiamente dicho, un 15,3% le adjudicó el carácter de problema más grave, superando significativamente al tráfico (2,5%) y la producción (0,5%),

A diferencia de las rondas anteriores un porcentaje similar de hombres y mujeres mencionaron el problema de las drogas como el principal. Cuanto más joven la persona, mayor inclinación a mencionar el tema de consumo de drogas como principal problema, en el grupo de 12 a 17 y en el 18 a 25 se dieron los valores más elevados (13,5% y 17,5% respectivamente).

**Tabla 28.** Distribución porcentual de la muestra, según opinión de los y las entrevistadas acerca del principal problema nacional Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006

<b>Variable</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>
Costo de vida	47,9	35,1	24,3	24,7
Drogas* *	23,3	29,9	24,0	18,3
Alcoholismo	5,4	7,4	6,6	2,5
Corrupción	0,3	7,0	15,7	15,4
Delincuencia	0,6	6,9	10,8	13,9
Vivienda	5,0	4,0	5,5	3,3
Violencia familiar	*	3,2	10,6	4,6
Otros	17,5	6,5	2,5	17,3
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

( \* ) Sin información ( \*\* ) Se refiere a consumo, tráfico y producción.

Es importante señalar que en las rondas del 2001 y 2006 el tema de alcoholismo como problema nacional ocupa un lugar de menor importancia que el de las drogas en general. De igual manera el tabaquismo ni siquiera aparece mencionado. Evidentemente, como se menciona en el estudio del 2001 ambos fenómenos siguen aún sin ser reconocidos como problemas relevantes en la población general.

La percepción de las y los entrevistados a través de los estudios realizados desde 1990 dan un lugar de importancia a la situación de la delincuencia en el país, Al respecto es interesante contrastar esta información

con los resultados presentados en el informe de (In)seguridad ciudadana en Costa Rica en el cual se destaca que un 19,2% de las personas entrevistadas consideraba, en mayo del 2004, que la delincuencia representaba el principal problema del país, seguida de cerca por el alto costo de la vida (18,2%) y, más lejos, por el desempleo (14,7%), la corrupción pública (13,9%) y la drogadicción (11,2%) (Rico, 2006).

Los temas de corrupción, vivienda y violencia familiar muestran una reducción en este período, no así el de otro problema en el que mencionan problemas de basura, las calles y el agua.

Los y las entrevistadas consideran que la razón que mejor explica el principal problema del país es la falta de valores (29.8%) y la pobreza (29%).

### 6.3 Principal problema comunidad

En esta ronda también se incluyó la pregunta sobre cual era la opinión de los y las entrevistadas sobre el principal problema del barrio o la comunidad. A diferencia del principal problema del país, donde se menciona el costo de vida, la mayoría de las personas indicó que las drogas (27,5%), y la inseguridad o delincuencia (13,6%) eran las dos áreas que presentaban los problemas más graves.

Otros estudios (Rico, 2006) han destacado como mayores problemas en la comunidad el crimen y la violencia (20,7%), el desempleo (17%), y la drogadicción (15,4%), entre otros.

**Tabla 29.** Distribución porcentual de la muestra, según opinión de los y las entrevistadas acerca del principal problema de su barrio o comunidad Costa Rica, 2006

Variable	2006
Drogas*	27,5
Inseguridad o delincuencia	13,6
Costo de la vida	10,7
Desempleo	9,3
Alcoholismo	5,9
Problemas basura, calles, agua	3,5
Problema de vivienda	2,8
Corrupción	2,1
Otros	13,4
Ninguno	11,2

(\*) Se refiere a consumo, tráfico y producción.

Sin embargo, existen diferencias por sexo donde los hombres indican que el desempleo y el costo de vida son los principales problemas de su comunidad y las mujeres mencionan la vivienda y la violencia intrafamiliar.

#### **6.4 Fuentes de información sobre drogas**

En comparación con el año 2001 (68%), una proporción menor de personas en el año 2006 (58%) manifestó obtener la información sobre drogas a través de los medios de comunicación colectiva.

Llama la atención que un 15% obtiene la información acerca de las drogas por parte de las amistades y un porcentaje similar por otros medios. De organizaciones o instituciones un 8% se manifiesta en tal sentido y un 4% menciona la posibilidad de recibir información por conducto de libros, revistas, documentos o la Internet.

Sin embargo en la zona rural se manifiesta que la información mayoritariamente se obtiene de amistades y medios de comunicación en contraste con la zona urbana donde los principales medios son la Internet, los libros y las revistas.

Este tema es interesante de tomar en cuenta para que instituciones u organizaciones dirijan sus acciones en este sentido.

#### **6.5 Pandillas<sup>3</sup> que consumen o trafican drogas**

Para este estudio se incluyó una pregunta sobre percepción acerca de la presencia de pandillas cuyos miembros consumen o trafican drogas en la comunidad. Un 52% manifestó saber de la existencia de tales grupos en sus comunidades. Las provincias de San José, Alajuela, Cartago y Limón, muestran los porcentajes más altos en este sentido. No existen diferencias por sexo ni por grupo de edad.

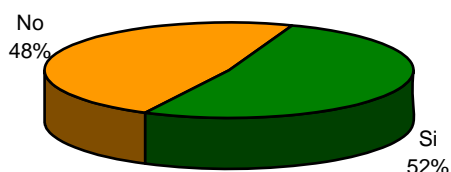
Según el Informe Mundial sobre Violencia y Salud (OMS, 2003), la relación de pandillas, armas de fuego y drogas en una localidad es una combinación potente que aumenta las probabilidades de que se cometan actos de violencia. Indican que en partes de América Latina y el Caribe, las pandillas involucradas en el tráfico de drogas muestran niveles de violencia superiores a los observados en las pandillas que no participan en él.

---

<sup>3</sup> Se utiliza el término según la acepción local que hace alusión tanto a grupos organizados como no organizados, que pueden delinquir o no.



**Figura 12.** Distribución porcentual según conocimiento de los y las entrevistadas sobre pandillas que consumen o trafican drogas en su comunidad Costa Rica, 2006



## 6.6 Drogas más peligrosas

Al preguntar sobre las dos drogas más peligrosas, la marihuana fue señalada por un 13,0% de los entrevistados. Al separar al grupo de los adolescentes de los adultos, un 28,3% de los primeros mantienen esta opinión contra 20,9% de los segundos ( $p < 0,01$ ).

Al igual que en las rondas anteriores los y las entrevistadas consideran que la droga más peligrosa es el crack (32.6%), seguida por la cocaína (20.9%). Al alcohol y al tabaco se les atribuyen niveles de peligrosidad considerablemente menores (4,1% y 1,6%, respectivamente). En el caso del

alcohol este valor es menor que el hallado en rondas anteriores. En el del tabaco cabe destacar que en comparación con 1995 operó un aumento de 0,5% porcentualmente con respecto a las rondas anteriores.

Como ya se había mencionado en estudios anteriores la peligrosidad de determinadas drogas pareciera ser que están relacionadas con su ilegalidad, pero contrario al estudio del 2001, en ésta ocasión la zona rural es la que le otorga un porcentaje más alto de peligrosidad a dichas drogas, en contraste con la zona urbana.

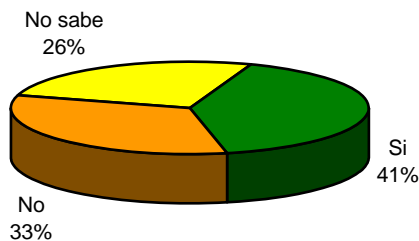
**Tabla 30.** Distribución porcentual de la muestra según opinión de los y las entrevistadas sobre las drogas más peligrosas Costa Rica, 2001 y 2006

Variable	2001	2006
Crack	36,5	32,6
Cocaína	23,0	20,9
Marihuana	12,0	13,0
Heroína	14,3	10,5
Alcohol	6,0	4,1
Tabaco	2,0	1,6
Otros	8,2	8,2
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### 6.7 Opinión sobre las personas que venden drogas en la comunidad

Un 41% de las y los entrevistados opinan que hay personas en su comunidad que se asocian para la venta de drogas (véase la figura 13). Es interesante anotar que no existe diferencia por sexo y que las poblaciones que más reportan esta situación son San José, Alajuela y Cartago.

**Figura 13.** Distribución porcentual de los y las entrevistadas según su conocimiento de personas que se asocian para la venta de drogas  
Costa Rica, 2006



### 6.8 Acciones del Estado en materia de drogas

A los y las entrevistadas se les preguntó cual es su percepción en cuanto a la actuación de las autoridades policiales ante el problema del narcotráfico en el país, para un 28.3% es adecuada.

En relación a si estas acciones en materia salud y seguridad dan respuesta al problema de drogas, el 26,5% consideró que si son adecuadas.

Un 32,7% de los y las entrevistadas dicen conocer la línea telefónica de la policía para denuncias relacionadas con el tráfico y consumo de drogas y un 55% dice conocer instituciones u organizaciones que aplican programas para atender el problema de las drogas (véase la tabla 29).

**Tabla 31.** Distribución porcentual según percepción de los y las entrevistadas en relación a la actuación y organización del estado en materia de drogas Costa Rica, 2006

Variable	Si	No	No sabe
Actuación policía ante problema narcotráfico	28,3	62,7	8,8
Estado costarricense en material de salud y seguridad dan repuesta al problema de drogas	26,5	63,6	9,9
Conoce la línea telefónica para denuncia o tráfico de drogas	32,7	67,3	--
Conoce instituciones que trabajan en programas que atienden el problema de drogas.	55,0	45,0	--

El porcentaje de sujetos que mencionó conocer el I.A.F.A. fue de un 20%. En comparación con los años 1995 (26,3%) y 2000 (18,3%), este porcentaje se ha mantenido, y se puede pensar que es el resultado del poco presupuesto asignado para la divulgación y promoción de la imagen institucional. Sin embargo, en el año 2007 se han realizado esfuerzos que han dado como resultado la elaboración de campañas y acciones en este sentido.

### 6.9 Éxito de las instituciones que atienden problemas de drogas

Un 34,3% de las personas entrevistadas mencionan que las instituciones u organizaciones que aplican programas para atender el problema de drogas tienen éxito en sus acciones.

Sin embargo, como en las rondas anteriores (1995 un 43,7% y 2000 un

38,2%), la proporción de los individuos que consideran que estos programas tienen éxito disminuyó, situación que podría estar relacionada con el poco presupuesto con que cuentan las instituciones, así como la calidad y cantidad de información que reciben en relación al tema.

Sin embargo, se esperaría que para las próximas investigaciones esta situación cambie debido al programa de prevención que el IAFA está desarrollando desde el año 2007 con una cobertura a nivel nacional en el sistema educativo de segundo ciclo y preescolar.

### 6.10 Opiniones sobre los efectos del turismo

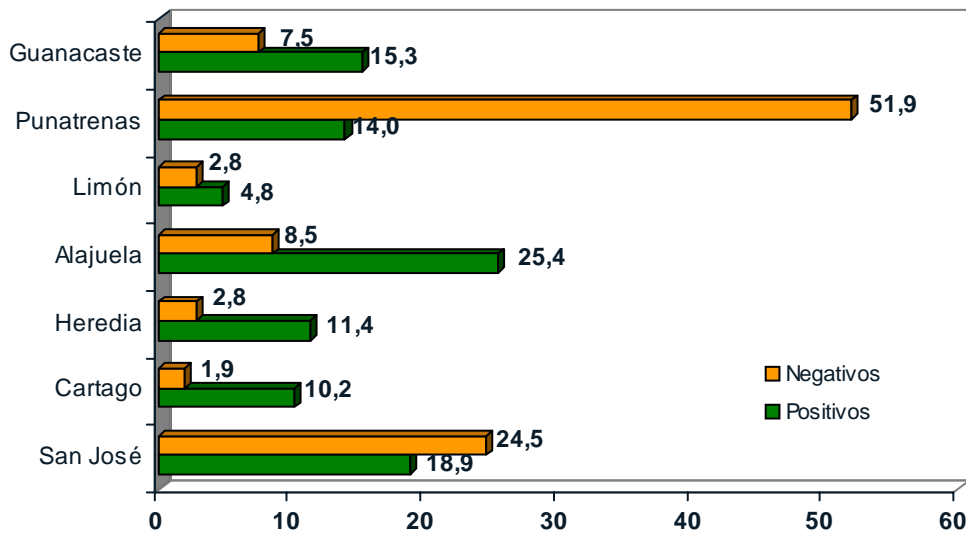
En general, un 75% de la muestra indicó que el turismo no tiene ningún efecto sobre su comunidad, en comparación con el año 2001, en el cual la proporción fue de un 66%. Esta opinión fue significativamente más fuerte en las provincias de Puntarenas, San José, Alajuela.

Un 8,5% señaló que los efectos para su comunidad eran positivos y un 2,2% de las

y los entrevistados opinó en forma desfavorable.

En la figura 14, se detallan estas percepciones según la provincia de residencia de los entrevistados. Un aspecto que llama la atención es la percepción de los habitantes de la provincia de Puntarenas, en relación con los aspectos negativos del turismo que para el año 2001 fue de un 4,8% y para el 2006 fue de un 51,9%.

**Figura 14.** Distribución porcentual de la muestra según percepción de los y las entrevistadas sobre los efectos del turismo en su comunidad, por provincia Costa Rica, 2006



## 7. Consumo de drogas en la familia

Al igual que en el estudio del 2001, se inquirió por la existencia de consumo de diferentes drogas entre los miembros del grupo familiar con el cual vivía el entrevistado en el momento de la entrevista. De manera muy interesante, se halló una gran consistencia en la proporción de personas que manifestó la inexistencia

de problemas por el abuso de tabaco, alcohol u otras drogas. La proporción en el 2006 fue 72% vs., 71,3% del 2001.

Las diferencias con respecto a otras drogas se observa en la tabla 30.

**Tabla 32.** Distribución porcentual de la muestra, de acuerdo a la percepción de los y las entrevistadas en relación al abuso de drogas por parte de algún miembro del grupo familiar  
Costa Rica, 2001 y 2006

Droga	2001	2006	Diferencia Significativa
Tabaco	21,4	21,5	No
Alcohol	6,1	6,0	No
Marihuana	0,4	1,3	Sí
Cocaína	0,1	0,3	SI *
Crack	0,2	0,3	No *

\* Nótese que persisten como eventos extraños por tratarse de un número casos bajo.

Nótese como persiste una invisibilización de la bebida excesiva, tanto en 2001 como en 2006, al ser mencionada sólo por un 6% de las personas, cuando lo esperado hubiese sido entre un 10% y un 20% para que tuviera un mayor apego a la realidad

## 8. Módulo laboral

En la presente investigación se incluyó un módulo tendente a evaluar aspectos laborales y la relación de éstos con la temática de las drogas, el cual incorpora once preguntas relacionadas con accidentes laborales, tamaño de la empresa, incapacidades, enfermedades, despidos, reglamentación, información y programas de prevención relacionados con el consumo de alcohol o drogas. El cuestionario fue aplicado a aquellas personas que indicaron estar realizando algún tipo de trabajo (tabla 31).

**Tabla 33.** Distribución de los y las entrevistadas, en relación a las áreas en las cuales laboran Costa Rica, 2006

Variable	Absoluto	Relativo
Dueño o socio empresa	232	12,2
Trabajador cuenta propia	498	26,2
Empleado sector privado	855	44,8
Empleado sector público	278	14,6
Servicio doméstico	25	1,3
Trabaja con familiar sin recibir sueldo	7	0,3
No contesta	13	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>1908</b>	<b>100,0</b>

Un 52% de los y las entrevistadas manifiestan que el tamaño de la empresa no excede de 9 personas, es decir empresas relativamente pequeñas o microempresas (tabla 32).

**Tabla 34.** Número de personas que laboran en la empresas o negocio, donde laboran los y las entrevistadas en este estudio Costa Rica, 2006

Variable	Absoluto	Relativo
1 a 9 personas	991	52,0
10 a 49	327	17,1
50 a 199	196	10,3
200 a 199	152	8,0
1000 o más	220	11,5
No contesta	22	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>1908</b>	<b>100,0</b>

Un 7% indicó haber estado involucrado o tenido algún tipo de accidente laboral en el último año.

Un 86% mencionó no haber faltado al trabajo durante el último mes, en tanto que uno de cada diez sujetos estuvo ausente entre 1 y 3 días.

Es igualmente importante notar que también un 10% de los y las entrevistadas han faltado a su trabajo pero por motivos que no están relacionados con enfermedad o accidentes laborales.

Con respecto a la situación laboral de los entrevistados un 19.1% indicó haber estado algún tiempo sin trabajo en el último año, de éstos un 56% tenía ingresos menores a ₡157.000.00 y un 53% manifiesta no haber concluido la educación primaria. También es de interés destacar que de este grupo un 28,9% indicó haber fumado y un 42,8% haber tomado bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

En los últimos tres años apenas un 63% de los entrevistados han mantenido su trabajo actual, un 17% ha tenido dos empleos, un 10,5% entre tres y cinco. El grupo restante ha variado entre seis y diez puestos de trabajo.

La proporción de individuos despedidos de su trabajo en los últimos tres años un 6,3% ha sido despedido de su trabajo.

Con respecto a si en el trabajo existe un reglamento especial que regule el consumo de alcohol o drogas entre los empleados, un 42,5% manifestó que sí existe tal normativa.

Se preguntó también si en el trabajo actual ha recibido algún tipo de información relacionada con la prevención del consumo de drogas o alcohol, ante esto un porcentaje menor dio una respuesta positiva (27,6%).

Además, el 76,2% indicó que en su lugar de trabajo no existe ningún tipo de programa para ayudar a los empleados que presenten algún problema relacionado con el consumo de alcohol o drogas. Solamente el 14,4% mencionaron tener tal iniciativa.

## **V. CONCLUSIONES**

Este cuarto informe sobre la demanda de drogas en Costa Rica, con perspectiva de tres lustros, permite aproximarse de manera rigurosa al estado de situación de uno de los problemas más reconocidos por el público nacional y cuya presencia en el país ha tenido una gran trascendencia desde el inicio de esta serie de investigaciones a finales de los años ochenta.

Cualquier balance sobre la situación del consumo de drogas en el país debe tener como fundamento el análisis independiente, en una primera etapa, de las diferentes sustancias para luego favorecer una integración que permita una aproximación comprensiva al problema y una revisión de las principales tendencias.

Cabe destacar en primer término algunos aspectos que estas encuestas han explorado a lo largo del tiempo y que guardan relación, directa o indirectamente, con el consumo de sustancias. En efecto, este estudio revela que ciertas prácticas, como el ejercicio físico orientado al mejoramiento de la salud, han mostrado un aumento sostenido entre la población y, desde un ángulo más subjetivo, los individuos presentan una percepción positiva de la propia salud. A estos elementos se agrega la existencia de estados de tensión y estrés importantes, los cuales se asocian a una autopercepción negativa de la propia salud y a prácticas de consumo activo de drogas en una sociedad cuyas esquemas tradicionales han ido perdiendo terreno frente a las demandas de la globalización, la inseguridad y la competencia.

Aunque en materia de consumo de tabaco o de cualquier droga la aspiración nacional debería ser que el mismo no existiera, o su prevalencia igual a cero, la evaluación de los últimos lustros indica que la experimentación ha alcanzado niveles importantes pero pareciera estar operando una estabilización que resulta de las fuertes campañas en su contra. En el consumo reciente también se pueden apuntar algunos logros y, aún en el activo, al estabilizarse las tasas en alrededor de 15%. Pese a que la condición del país es más favorable que la de muchas naciones de América Latina, el impacto sobre el sistema de salud y en general los costos que de él se derivan implican una carga de grandes dimensiones para la economía nacional.



En cuanto al consumo de alcohol, los datos de este estudio sugieren tanto aspectos positivos como negativos. Entre los primeros se encuentra la reducción sostenida que ha experimentado la prevalencia de vida desde 1990; situación que debe relacionarse con el impacto de las campañas y programas preventivos orientados a que los jóvenes posterguen el inicio lo más posible. Frente a este logro se encuentra la estabilización del consumo reciente y el consumo activo en las mujeres, mismos que en el sector masculino ha mostrado reducciones significativas a lo largo de los últimos años. El problema de la ingesta femenina, el cual se ha destacado en diferentes estudios del IAFA, pudiera constituir un elemento de interés preventivo en la medida que las transformaciones que experimentan en tanto grupo en transición (mayormente educado, con tenencia de trabajo, con mayor conciencia de su condición) lo hacen más vulnerable que en el pasado a prácticas de consumo anteriormente reservadas para los varones y que, al parecer, muestran un crecimiento importante, a juzgar por los hallazgos que se han efectuado en poblaciones jóvenes escolarizadas.

La ingestión problemática de alcohol se plantea en esta investigación como un elemento que debe llamar a la reflexión nacional y, más aún, a la formulación de políticas públicas que permitan enfrentar de manera coherente y sostenida el fuerte impacto que está teniendo sobre la sociedad. Al menos una tercera parte de las mujeres y los hombres costarricenses presentan algún grado de afectación por el consumo de alcohol y nunca antes como en tiempos recientes el país había enfrentado evidencias más claras de violencia asociada al abuso (agresión intrafamiliar, accidentes de tránsito, enfermedad y muerte) El abuso gana terreno frente a la moderación y la abstinencia desde que los jóvenes ingresan a la educación secundaria. Las políticas públicas podrían favorecer una mejor aceptación y práctica de la moderación, la cual debería ser objeto también de mayor estudio y constituirse en una opción válida para personas con mayoría de edad.

En relación con las drogas ilícitas, cabe mencionar que su perfil epidemiológico es más bajo que el del alcohol y el tabaco y su impacto sobre el PIB también, aunque no por ello sin trascendencia. En efecto, un estudio reciente patrocinado por la Organización de Estados Americanos (Pérez, Valencia y Rodríguez, 2007) estableció que el costo total de las drogas ilícitas para Costa Rica durante el período 2000-2003

fue de 310 millones de dólares, al considerar los costos por atención de la salud, pérdida de productividad económica y costos gubernamentales directos; pudiendo establecerse, al mismo tiempo, el desbalance entre los gastos para reducir la oferta y los gastos para reducir la demanda, donde se aprecia que la inversión para reducir esta última es considerablemente más baja. Mientras el costo per cápita en reducción de la oferta aumentó constante y progresivamente en el período, el de reducción de la demanda no mostró grandes variaciones.

Acercas del consumo de las drogas ilícitas en Costa Rica se concluye que, a semejanza de lo que ocurre en el nivel mundial, se trata de una práctica mayoritariamente masculina, donde la marihuana ocupa el primer lugar. Lo predominante en el país con respecto a las drogas ilegales (no sintéticas), fundamentalmente marihuana y cocaína es la evidencia de un crecimiento de los patrones de experimentación con las sustancias más que el desarrollo de consumos por períodos extensos y con patrones de abuso y dependencia.

Todo sugiere que se ha logrado contener, como indicó un informe mundial sobre drogas de Naciones Unidas (2004) hace unos años, la propagación del uso indebido de sustancias entre la población general. Una tasa de prevalencia anual en promedio de 5% sería muestra de ello, principalmente si se la compara con la de tabaco (seis veces mayor). Esta contención, no obstante, no implica haber detenido por completo el avance. Las cifras de consumo local, aunque relativamente bajas al compararlas con los promedios mundiales persisten como inaceptables pues ciertamente tienen un potencial de crecimiento elevado en una sociedad como la costarricense con elevados índices de problemas por el consumo de sustancias lícitas. Y ya ha sido establecida la cercana relación entre unas y otras.

Como recomendaciones generales en relación con la investigación futura, propiamente dicha, cabe mencionar en primer término la importancia que estas investigaciones se continúen realizando al menos cada cuatro años. La posibilidad de innovación, la cual se reflejó en este estudio mediante la introducción de aspectos novedosos sobre clasificaciones de los consumidores de drogas, resulta un elemento de vital importancia. Los resultados de este estudio deberían dar pie para la realización de otros que profundicen algunos de los hallazgos más relevantes. Por ejemplo, las

variaciones en el consumo femenino y masculino detectadas durante los últimos lustros, las razones que explican determinados incrementos o descensos en los consumos como resultado de factores sociales y culturales, entre otros. Al ser esta ronda parte del sistema de estudios en población general de diversos país del continente (véase el capítulo de Aspectos Metodológicos), bajo el auspicio de la CICAD/OEA, existe la posibilidad de analizar la información bajo una perspectiva más amplia que lo que fue en el pasado.

La formulación de políticas constituye un ámbito en el cual debería reflejarse los resultados de estos estudios. Así, ésta investigación podría orientar, como efectivamente ya lo está haciendo, la toma de decisiones en materia del número de hombres y mujeres que por presentar algún grado de afectación por el abuso de drogas deberían beneficiarse de un tratamiento o intervención especializada. Asimismo, dirigir los esfuerzos para que la información sobre las drogas llegue al público de una manera veraz y oportuna al impactar sobre el discurso de los medios. La asignación de mayores recursos a las tareas de prevención debería constituir una prioridad que se derive de esta investigación: las temáticas de la edad de inicio en la experimentación con sustancias, las tempranas experiencias de embriaguez y el limitado acceso a información adecuada, especialmente de los más jóvenes, lo justifican plenamente.

## VI. REFERENCIAS

- Ahumada, G. 2007. Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2006. Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR.
- Barreto, G. et al 2004. Estudio nacional consumo de drogas en hogares paraguayos. Observatorio Paraguayo de Drogas, SENAD.
- Bejarano, J. y Fonseca, S. 2007. La juventud y las drogas. Encuesta nacional sobre percepciones y consumo en población de educación secundaria. Costa Rica, 2006. San José, C.R: Grupo SAGAR.
- Bejarano, J. y Ugalde F. 2003. Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la Encuesta Nacional del 2000-2001. IAFA, Costa Rica, 2003.
- Beaglehole, R., Bonita, R. y Kjellström, T. 2003. Epidemiología básica. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Castillo J. 2003. Estimación del costo de atención en el Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social atribuible al consumo de tabaco. San José, C.R: CCSS.
- Centro Centroamericano de Población (CCP). Consulta a Censos y Grandes Bases de datos estadísticas. Obtenida el 1 de agosto de 2008, de <http://censos.ccp.ucr.ac.cr/>
- Centro de Información Policial Antidrogas (CIPA). 2006. Informe Estadístico 2006. Policía de Control de Drogas, Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública, Costa Rica.
- CONACE (2007). Séptimo estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2006. CONACE.
- Díaz, A. 2006. Primer estudio nacional sobre consumo de drogas en población general de El Salvador. El Salvador: Comisión Nacional Antidrogas.
- Gryaznevich, V. 2005. Beer patrol. The St. Petersburg Times. Opinion, December 13, 2005. Issue No. 130 (96) Obtenida el 18 de febrero del 2008, de [http://www.sptimes.ru/index.php?action\\_id=2&story\\_id=16370](http://www.sptimes.ru/index.php?action_id=2&story_id=16370)
- INE 2006. Encuesta Nacional de Salud. (Avance 2006). Resultados nacionales. Obtenida el 31 de enero de 2008, de <http://www2.ine.es/jaxi.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/avance/10/&file=01006.px>

- 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).
- Kennet, J. and Gfroerer, J. (Eds) (2005). Evaluating and improving methods used in the national survey on drug use and health. (DHHS Publication No. SMA 05 Methodology Series: M-5. Rockville, Maryland
- Lorenzo Fernández P., Bobes García J. y Colado Megía M.I. *Drogas de diseño*, en Lorenzo P.; Ladero JM.; Leza JC.; Lizasoain I. 2003 *Drogodependencias*. Ed. Panamericana. Madrid.
- Martin del Moral M. y Lorenzo P. Conceptos fundamentales en drogodependencias, en Lorenzo P.; Ladero JM.; Leza JC.; Lizasoain I. 2003 *Drogodependencias*. Ed. Panamericana. Madrid.
- Newman, A. 2006. Youngsters enjoy beer ads, arousing Industry's critics. The New York Times. Business. February 13, 2006. Obtenida el 18 de febrero de 2008, de <http://www.nytimes.com/2006/02/13/business/media/13super.html>
- Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito 2004. Informe mundial sobre las drogas. Volumen 1: Análisis. Publicación de las Naciones Unidas. Viena, Austria
- Organización Mundial de la Salud (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Obtenida el 1 de agosto de 2008, de [http://www.who.int/child-adolescent\\_health/OVERVIEW/AHD/adh\\_sheer.htm](http://www.who.int/child-adolescent_health/OVERVIEW/AHD/adh_sheer.htm)
- Pérez, A, Valencia, J. y Rodríguez, C. 2007. informe consolidado sobre los costos del problema de las drogas ilegales en Costa Rica: 2000-2003. CICAD/OEA. (MIMEO).
- SAMHSA (2006). National survey on drug use and health, 2006. SAMHSA, Office of Applied Studies. Obtenida el 24 de abril del 2008, de <http://www.oas.samhsa.gov/NSDUH/2k6NSDUH/tabs/Sect1peTabs1to92htm>
- Red Bull: la boisson energisante (s.f.) Obtenida el 2 de mayo de 2008, de <http://www.shopping-monaco.com/techweb/simweb.nsf/pages/redbull.htm>
- Rico, José Ma. (2006). (In) seguridad ciudadana en Costa Rica: Balance de la situación. En Cuadernos de Desarrollo Humano, Fascículo 1. San José, CR: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Solano, Hubert. (2008). Abuelos montaron aquí el primer tráfico internacional de drogas. Obtenida el 1 de agosto de 2008 en la edición 107 de Primera Plana del 2008 marzo 7, de [http://www.primeraplana.or.cr/app/cms/www/boletin/articles.php?pk\\_tipo=36&pk\\_articulo=904](http://www.primeraplana.or.cr/app/cms/www/boletin/articles.php?pk_tipo=36&pk_articulo=904)

Taylor, B. *et al* (2007) Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas. Reporte final del estudio multicéntrico OPS. Washington, D.C.

Trend Studies (s.f.) Obtenida el 14 de febrero de 2008, de <http://www.socialresearchmethods.net/tutorial/Cho2/trend.html>

Thun, M & Luiza da Costa e Silva, V. (2003). Introduction and overview of global tobacco surveillance. In Shafey, O. Dolwick, S. and Guidon, E. (Eds.). Tobacco Control Country Profiles, 2nd. Edition Am. Cancer Society. 2008 enero 20. [http://www.who.int/tobacco/global\\_data/country\\_profiles](http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles)

Wikipedia. Red Bull. Obtenida el 2 de mayo de 2008, de [http://fr.wikipedia.org/wiki/Red\\_Bull](http://fr.wikipedia.org/wiki/Red_Bull)

