

Consumo de Drogas en Costa Rica

Encuesta Nacional 2010

Consumo de Medicamentos

(psicotrópicos sin prescripción médica)

Elaborado por: Kattia López L.

Costa Rica, 2012

Fascículo sobre Medicamentos. Serie 5 de 5

616.864

I59c Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Área Desarrollo
Institucional. Proceso de Investigación.

Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010:
Consumo de medicamentos psicotrópicos sin prescripción médica.
San José, CR. : IAFA, 2012.

28 p.: 223 Kb

ISBN: 978-9968-705-90-2

1. CONSUMO. 2. COSTA RICA. 3. MEDICAMENTOS. 4.
PSICOTROPICOS. i. Kattia López López

CONSEJO EDITORIAL

Hannia Carvajal M.

Zulay Calvo A.

Alvaro Dobles U.

Rosa I. Valverde Z.

Índice

I. Introducción.....	4
II. Aspectos metodológicos.....	6
III. Resultados.....	12
IV. Discusión.....	17
V. Agradecimiento.....	25
VI. Referencias.....	25
Anexos.....	27

I. Introducción

Los psicofármacos son sustancias psicoactivas que afectan diversas áreas de la actividad mental, modificando de manera importante la afectividad, la capacidad motriz, los estados de consciencia, la capacidad sensorial y perceptiva y el comportamiento en general. Como sucede con los medicamentos en general, estas sustancias logran afectar otros órganos y sistemas del cuerpo en grado variable según el tipo de sustancia, la dosis utilizada y el tiempo de consumo; razones por las cuales, la mayoría son medicamentos de prescripción y uso controlado. No obstante, algunos de estos y otros preparados similares, aunque no se encuentran disponibles para la población como productos de venta libre, existe la práctica de la auto-medicación, para la cual los beneficios son inexistentes (Heineck, 1998).

Este hecho y otros igualmente importantes motivaron al IAFA para que desde el año 1990 se interesara por conocer esta práctica entre la población general, incorporando, en la *“Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas”*, algunas preguntas dirigidas a conocer la prevalencia de consumo de sustancias medicamentosas.

El presente documento expone los resultados obtenidos en la V entrega de la encuesta nacional sobre consumo de drogas, específicamente lo relacionado con el consumo de medicamentos psicotrópicos, tranquilizantes, estimulantes y opiáceos, sin prescripción médica. Se presentan los aspectos metodológicos generales de la encuesta con alguna incorporación vinculada con el tema que ocupa la presente exposición, posteriormente se presentan los resultados, una discusión y las conclusiones más apremiantes.

II. Aspectos metodológicos de la encuesta

Población de interés

La población investigada por la Encuesta en hogares sobre el consumo de drogas en Costa Rica, del año 2010, estuvo constituida por todas las personas con edades en el rango de los 12 a los 70 años cumplidos, residentes en hogares o viviendas del territorio nacional. Se excluyó desde un principio, y por razones prácticas, a las personas que tuvieran dificultad en responder a una entrevista personal.

Unidad estadística y unidad informante

La unidad estadística y la unidad informante, fueron las personas de 12 a 70 años cumplidos residentes en un hogar o vivienda en territorio costarricense en el año 2010 que pudiera responder una entrevista personal sobre hechos de su vida en materia de consumo de drogas y sobre percepciones asociadas a este mismo tema.

Técnica de recolección de datos

La recolección de los datos se realizó mediante la técnica de entrevista personal a informantes que respondieron directamente a un entrevistador.

Diseño de muestra

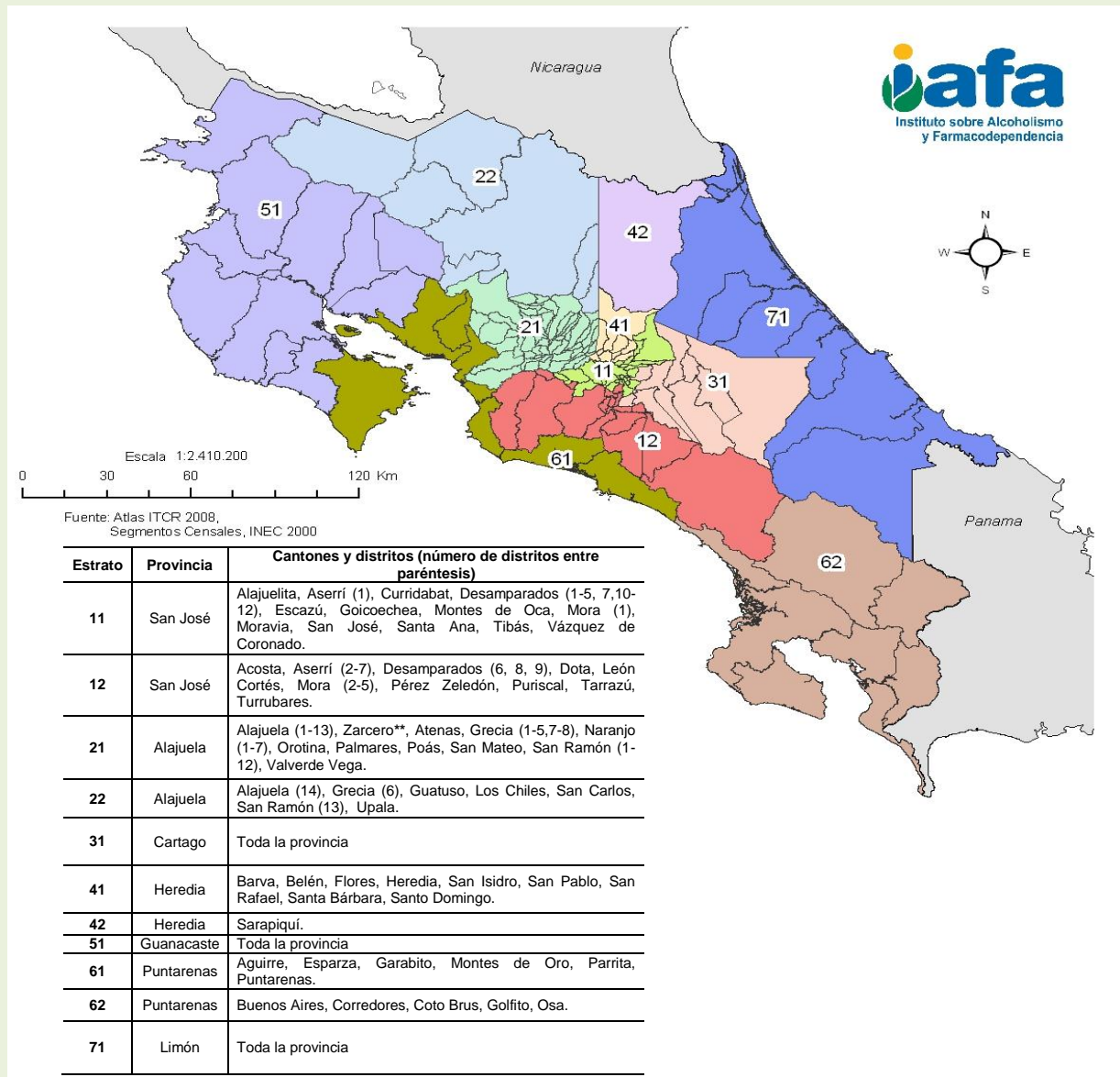
La muestra se diseñó para ser seleccionada siguiendo las pautas de un muestreo estratificado de conglomerados. El país fue dividido en estratos de los cuales se seleccionaron segmentos censales, en los cuales se visitaban todos los hogares, seleccionando un informante en cada uno de ellos.

Estratificación

El territorio del país fue estratificado en once (11) estratos, algunos de los cuales coinciden con las provincias nacionales. Tal fue el caso de las provincias de Cartago, Guanacaste y Limón. Las restantes provincias fueron divididas en dos (2) estratos cada una. Para las restantes provincias que integran el Valle Central, a saber, San José, Alajuela y Heredia, se separaron de forma aproximada la parte que forma el Valle Central de la parte externa al Valle Central. Finalmente, la provincia de Puntarenas también se separó en una sección que alcanzaba hasta el cantón de Aguirre y la otra formada por los cantones del sur de la provincia.

En cada estrato se seleccionó una muestra de segmentos censales proporcional al total de segmentos censales en el estrato, asegurándose, sin embargo, que en cada uno fueran seleccionados al menos tres (3) segmentos. Esto ocurrió particularmente en el estrato norte de Heredia formado únicamente por el cantón de Sarapiquí, en el que se visitaron cuatro (4) segmentos. La Figura 1 muestra el desglose de los estratos.

**Figura 1. Estratos seleccionados para la encuesta de hogares sobre consumo de drogas
Costa Rica, 2010**



Selección de segmentos

Con base en la segmentación del país generada para el censo del año 2000 por el Instituto de Estadística y Censos (INEC), se seleccionaron 104 segmentos censales. La selección de segmentos se hizo de manera aleatoria e independiente para cada estrato, dando a cada segmento una probabilidad igual a la cantidad de

viviendas registradas en ese segmento de acuerdo al esfuerzo cartográfico del año 2000.

Como se indicaba anteriormente, la cantidad mínima de segmentos censales que se planeó visitar en cada estrato fue de 3 segmentos, salvedad que solamente debió tenerse en cuenta en el estrato norte de Heredia por incluir únicamente un cantón de baja densidad poblacional, según se desprendía de la cartografía del año 2000 de INEC. Los segmentos censales seleccionados no iban a ser sub muestreados.

Selección del informante

En cada vivienda u hogar del segmento censal se procedió a seleccionar un informante por el mecanismo pseudo-aleatorio de las Tablas de Kish, entre todos los residentes habituales que cumplieran con el criterio de contar con una edad en el rango de los 12 a los 70 años cumplidos y pudiera responder a una entrevista personal. La muestra final obtenida fue de 3004 entrevistas efectivas, lo que constituye cerca de un 60% del total previsto. Se espera, a priori, un error de muestreo máximo de 2,5% con un 95% de confianza para las estimaciones generadas.

Recolección de datos

La recolección de datos estuvo a cargo de una empresa a la que se le adjudicó la ejecución de la licitación No. 2010LA-000001-99999, con esos fines, previa capacitación de los entrevistadores y supervisores a cargo del I.A.F.A. Para la recolección de los datos en el campo, se utilizó un formato de cuestionario y hoja de respuesta para lectora óptica.

Captura de datos

Se utilizó un equipo de lectora óptica, modelo Dara A-108D, para realizar la captura automatizada de datos. Con el equipo de lectora óptica se vierte la lectura

en un archivo de texto que luego fue convertido a formato Excel, desde donde se generaron las salidas contenidas en este informe.

Generación de resultados

Para generar los resultados que aparecen en este informe se utilizó el software de Microsoft Excel. Para hacerlo, se procedió a efectuar una ponderación de las estimaciones nacionales sobre la base del sexo y las edades simples proyectadas por el Centro Centroamericano de Población para el año 2010. Como se indicó anteriormente, la muestra final de 3004 entrevistas efectivas, constituye cerca de un 60% del total previsto.

Limitaciones metodológicas

La ejecución de la encuesta resultó ser una tarea ardua que procuró superar tanto los obstáculos y dificultades propios de una labor de este tipo como otros que podrían calificarse de novedosos.

Algunas de las dificultades se relacionan con la contratación del trabajo de campo o recolección de los datos; si bien, se había realizado tal experiencia en dos ocasiones anteriores: la encuesta del año 2001 y la del 2005. La experiencia de 2010 puso de manifiesto que hay debilidades por subsanar en cuanto al proceso contractual mismo y en la supervisión exhaustiva de la recolección de los datos, que lleva a cabo el adjudicado.

Hubo un pequeño grupo de segmentos donde no se pudo realizar entrevista alguna. Tres segmentos en la zona norte de la provincia de Alajuela y otros tres en los cantones más occidentales de la provincia de San José fueron descartados por la imposibilidad de hallar a los informantes que el diseño técnico requería.

Futuras ediciones de esta encuesta deberán estar más acordes con la infraestructura logística de la que se dispone en el I.A.F.A para poder ejercer un control más intenso sobre el conjunto de operaciones y principalmente a la hora de la recepción del trabajo que entrega la empresa contratada.

Por otra parte, para la encuesta del año 2010, se decidió utilizar por vez primera un equipo de lectora óptica que facilitara y agilizara la captura electrónica

del dato desde el documento llenado en el campo con el registro de las respuestas. La experiencia fue novedosa mas sin llegar a ser lo expedita que se pretendía. El soporte técnico recibido por parte de la empresa nacional, en su momento representante en el país de los equipos de lectura óptica de marcas OMR, no llenó las expectativas y necesidades de la Institución, afectando los tiempos y el proceso de automatización de la captura de información.

III. Resultados

Consumo de medicamentos tranquilizantes sin prescripción médica

Los medicamentos psicotrópicos depresores del sistema nervioso central, entre los que se encuentran los tranquilizantes o sedantes, se dividen en tres grandes grupos, los barbitúricos, las benzodiazepinas y algunos medicamentos nuevos para el tratamiento del insomnio (National Institute on Drug Abuse; National Institute of Health & U.S. Department of Health & Human Services, 2010). Los primeros tienen potencialidades pre anestésicas e inducen el sueño, mientras que las benzodiazepinas, aunque ayudan en el tratamiento de los trastornos del sueño, son utilizadas principalmente para tratar crisis convulsivas agudas y los problemas de ansiedad, las reacciones agudas al estrés, los ataques de pánico y las convulsiones (NIDA, 2010).

Pese a su consumo sin prescripción médica por parte de la población, las investigaciones son concluyentes respecto a que, por su potencial adictivo, ninguno de estos medicamentos debería ser consumido sin la prescripción de un profesional facultativo, que no solo señale la dosis y el tiempo de prescripción requerida, sino también acompañe al paciente a lo largo del periodo de tratamiento (Masis, 2009; NIDA, 2010; Herrera, 2011).

En este sentido adquiere relevancia considerar que, en Costa Rica, las estimaciones señalan que, para el año 2010, 28 695 personas (0.82%) entre los 12 y los 70 años de edad, estaban consumiendo de forma activa y sin prescripción al menos un medicamento tranquilizante; tendencia que venía comportándose de manera sostenida desde el año 1995 (0.7%) y que, para el año 2010, muestra un sutil aumento.

Tabla 1. Porcentajes de consumo de medicamentos sin prescripción médica entre personas de 12 a 70 años, residentes en viviendas, por sexo Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010
(Valores porcentuales)

Período de consumo	1990⁽¹⁾	1995	2001	2006	2010
Vida	15,1	2,2	2,0	2,7	2,95
Hombres	10,8	1,4	2,0	2,7	2,77
Mujeres	19,4	2,9	2,1	2,7	3,15
Año	7,1	1,4	1,2	1,4	1,15
Hombres	4,7	0,6	1,0	1,4	1,00
Mujeres	9,6	2,0	1,2	1,4	1,31
Mes	4,3	0,7	0,7	0,7	0,82
Hombres	3,1	0,3	0,5	0,6	0,78
Mujeres	5,5	1,0	0,7	0,8	0,87

(1) Se trata de medicamentos tranquilizantes aunque también se preguntó por medicamentos para dormir. En la pregunta no especificó si el consumo era con o sin prescripción.

Cuando se compara la distribución de los porcentajes de consumo sin prescripción médica de medicamentos tranquilizantes por año de estudio y por sexo, las tasas de prevalencia de consumo activo, consumo reciente y consumo en la vida son bajas y tienden a la estabilidad a partir del año 1995.

Puede observarse la presencia de un patrón de distribución errático en las tasas de prevalencia de consumo de tranquilizantes estudiadas, especialmente cuando las estimaciones se realizan por grupos decenales de edad y con prioridad en las tasas de prevalencia de consumo de vida (Tabla 2).

Tabla 2. Porcentajes de consumo de medicamentos sin prescripción médica, para grupos decenales de edad, por sexo, entre personas de 12 a 70 años residentes en hogares Costa Rica, 2010

Grupo de edad	Prevalencia de vida		Prevalencia de año		Prevalencia de mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
De 12 a 19	1,1	1,8	0,0	1,5	0,0	0,4
De 20 a 29	3,1	3,6	1,2	1,7	1,2	1,4
De 30 a 39	6,0	3,4	2,7	1,1	1,9	0,5
De 40 a 49	0,8	1,6	0,0	0,7	0,0	0,7
De 50 a 59	2,4	4,7	0,6	0,7	0,6	0,7
De 60 a 69	3,2	5,7	1,6	2,7	0,6	2,1
70 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	2,8	3,1	1,0	1,3	0,8	0,9

Como se observa, los hombres presentan un consumo de tranquilizantes relativamente importante entre los 20 y los 39 años, luego disminuyen considerablemente las tasas de consumo pasando de 6.0% a 0.8%., posteriormente entre los 50 y los 69 años de edad las tasas de prevalencia, nuevamente, muestran una elevación que decae a los 70 años. Aunque menos marcado, este comportamiento también se encuentra entre las tasas de prevalencia de consumo reciente y activo.

Ahora bien, pese a los resultados expuestos es necesario realizar una aproximación cuidadosa, para ello considérese lo siguiente. Por sus características intrínsecas, las tasas de prevalencia de consumo de vida, se distribuyen de forma lineal y creciente; sin embargo, se ha visto cómo la estimación resultante para esta tasa de prevalencia sin prescripción médica oscila cuando se combina por sexo y grupos de edad. **(Ver tabla 2 y 3)**

Tabla 3. Porcentajes de consumo de medicamentos tranquilizantes sin prescripción médica para grupos quinquenales de edad por sexo entre residentes en hogares de 12 a 70 años Costa Rica, 2010

Grupo de edad	Prevalencia de vida		Prevalencia de año		Prevalencia de mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
De 12 a 14	0,0	1,9	0,0	1,9	0,0	0,0
De 15 a 19	1,7	1,7	0,0	1,3	0,0	0,7
De 20 a 24	3,7	4,0	1,5	1,7	1,5	1,1
De 25 a 29	2,4	3,2	1,0	1,7	1,0	1,7
De 30 a 34	4,8	2,2	2,8	0,9	2,8	0,4
De 35 a 39	7,3	4,8	2,6	1,3	0,9	0,7
De 40 a 44	0,7	3,1	0,0	1,3	0,0	1,3
De 45 a 49	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
De 50 a 54	2,3	4,4	0,0	0,7	0,0	0,7
De 55 a 59	2,5	5,1	1,3	0,6	1,3	0,6
De 60 a 64	4,9	8,0	2,7	4,1	1,1	3,0
De 65 a 69	0,8	2,6	0,0	0,8	0,0	0,8
70 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	2,8	3,1	1,0	1,3	0,8	0,9

Estos hallazgos obligan a buscar explicaciones posibles. La primera resulta de considerar que efectivamente las personas inician el consumo de tranquilizantes en un momento dado de sus vidas y luego simplemente deciden prescindir del fármaco, no obstante, por el potencial adictivo del mismo, la deshabitación voluntaria sería la menos probable. Segundo, es posible que las personas, luego de consumir el psicofármaco durante un tiempo, decidan visitar a un profesional para continuar con la prescripción de la sustancia, razón por la cual no aparecen en las estimaciones dado que no se preguntó por el consumo de tranquilizantes con prescripción médica. Esta explicación se ajusta más a las mujeres que a los varones, especialmente porque los hombres jóvenes y en edad productiva son los que menos asisten a control médico. Una tercera posibilidad es

que, una proporción importante de informantes en edades entre los 20 y los 50 años, especialmente hombres, no estuviera presente en el hogar al momento de la entrevista, razón por la cual las estimaciones para estos grupos de edad resultara imprecisa.

Pese a ello, lo encontrado obliga a retomar con cuidado el tema del consumo de sustancias medicamentosas, en particular los tranquilizantes, específicamente el consumo de benzodiazepinas, las cuales como señalan Eppelin y Rivera (1993) aun cuando se consuman bajo supervisión médica, no solo se hace con mucha frecuencia, sino también se consumen en dosis inadecuadas y por periodos de tiempo excesivamente prolongados, situación que no solo debe promover el desarrollo de nuevos estudios que complementen y profundicen en el tema, sino también se pone la alerta respecto de la necesidad de maximizar los esfuerzos preventivos que se realizan en el país respecto al consumo de medicamentos tranquilizantes por parte de la población, especialmente entre el grupo de hombres en edad productiva.

Consumo de medicamentos estimulantes sin prescripción médica.

Los medicamentos estimulantes ayudan a aumentar la agudeza mental, la atención y la energía, abren las vías respiratorias, incrementan la presión arterial, la frecuencia cardiaca y la glucosa sanguínea. Aunque algunos de ellos se utilizan para el tratamiento del trastorno del déficit de atención con hiperactividad y algunos casos de narcolepsia y depresión que no responden a otros tratamientos, por su potencial adictivo su prescripción debe ser estrictamente controlada por un profesional médico (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2007). Entre ellos se encuentran las metanfetaminas, las anfetaminas y un derivado de estas, el metilfenidato, más conocido como Ritalina por su marca comercial (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010).

En el caso del metilfenidato las investigaciones (Hernández & Nelson, 2010) advierten que éste puede presentar efectos adversos similares a los que se observan con el consumo de cocaína. Por su parte, la metanfetamina, conocida en

español como “*anfeta*”, “*meta*” o “*tiza*”, es disuelta en agua o licor, con fines no médicos, aumentando la actividad y el habla, disminuyendo el apetito y produciendo una sensación de bienestar más duradera en el cerebro que el resto de su grupo. (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2007).

Aunque la encuesta del 2010 no especifica a qué tipo de sustancia se refiere el consumo, las estimaciones realizadas señalan que la tasa de prevalencia de consumo activo de sustancias estimulantes sin prescripción médica, llegó a 0.62% (0.88% en hombres y 0.35% en mujeres). Como se aprecia en la tabla 4, mientras las tasas de consumo activo de los hombres crecen pasando de un 0.4% en el año 1995 a un 0.88% en el 2010; las de las mujeres inician en 0.2% en 1995 suben hasta 0.6% en el año 2006, y nuevamente decrecen llegando a 0.35% en el año 2010.

Todo ello puede indicar al menos dos cosas, primero que el consumo de estimulantes ha ido ganando terreno entre el grupo de los hombres a lo largo de 15 años y segundo que, pese a tratarse de tasas de prevalencia bajas y muy bajas, es pronto para desestimar la preocupación por el consumo de anfetaminas o metanfetaminas por parte de la población, tanto porque esta práctica se realiza sin prescripción médica y se conoce la dificultad que tiene la deshabituación sin ayuda médica, como porque se sigue desconociendo el tipo, las dosis y el tiempo de consumo de cada sustancia, así como las motivaciones y condiciones en que la población persiste en la automedicación de sustancias estimulantes. Para esto se requiere la realización de otros tipos de estudio, principalmente con población que se encuentra tratamiento, sea ambulatorio o bajo internamiento.

Tabla 4. Porcentajes de consumo sin prescripción médica de medicamentos estimulantes entre residentes de 12 a 70 años en viviendas por sexo Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010

Prevalencia de consumo	1990⁽¹⁾	1995	2001	2006	2010
Vida	10,0	1,4	1,9	3,3	2,75
Hombres	10,4	1,9	2,3	3,5	2,71
Mujeres	9,6	1,0	1,4	3,1	2,78
Año	5,2	0,7	1,0	1,3	1,02
Hombres	5,6	0,9	1,2	1,3	1,20
Mujeres	4,9	0,4	0,7	1,4	0,83
Mes	2,9	0,3	0,5	0,6	0,62
Hombres	3,0	0,4	0,6	0,6	0,88
Mujeres	2,8	0,2	0,3	0,6	0,35

1) Para los datos del 1990 la pregunta no especificó si el consumo fue sin prescripción.

Ahora bien, cuando se analiza la distribución de las tasas de consumo de medicamentos estimulantes sin prescripción médica por grupos decenales de edad, se obtiene que a los hombres les corresponde una tasa mayor que la que se obtiene para las mujeres, en particular si se trata del consumo reciente y activo.

Tabla 5. Porcentajes de consumo de medicamentos estimulantes sin prescripción para grupos decenales de edad por sexo en personas de 12 a 70 años residentes en hogares Costa Rica, 2010

Grupo de edad	Prevalencia de vida		Prevalencia de año		Prevalencia de mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
De 12 a 19	1,7	1,7	0,7	0,5	0,3	0,5
De 20 a 29	3,7	4,7	2,0	1,1	1,6	0,3
De 30 a 39	4,2	3,2	1,9	0,9	1,1	0,3
De 40 a 49	2,1	2,6	0,4	0,9	0,4	0,2
De 50 a 59	0,8	1,2	0,8	0,5	0,8	0,5
De 60 a 69	3,0	1,4	0,6	1,0	0,6	0,3
70 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	2,7	2,8	1,2	0,8	0,9	0,4

De igual modo, las mujeres muestran un comportamiento medianamente estable a lo largo de sus vidas, mientras que los hombres presentan una mayor concentración del consumo de medicamentos estimulantes sin prescripción médica entre los 20 y los 39 años de edad. Situación más evidente en el consumo de vida (Ver tabla 5).

Nótese que, si bien entre los 12 y los 19 años tanto hombres como mujeres reportan una tasa de prevalencia de consumo de vida de 1.7% y siguen creciendo de forma lineal en la década siguiente, las mujeres tienen un pico máximo de consumo de sustancias medicamentosas de tipo estimulante entre los 20 y los 29 años de edad, mientras que los hombres tienen la mayor elevación entre los 30 y los 39 años.

Las mujeres no llegan a recuperar nunca más la cifra obtenida en sus primeros años de vida productiva, pero los hombres lo hacen nuevamente entre los 60 y los 69 años de edad.

Este fenómeno se aprecia mejor cuando se realiza la aproximación para grupos quinquenales de edad. Las mujeres presentan una tasa de prevalencia de consumo de vida de 2.7% entre los 15 y los 19 años de edad, luego duplican la tasa entre los 20 y los 24 años (4.2%) y continúan ascendiendo a los 25 y 29 años

con una tasa de prevalencia de consumo de estimulantes de 5.3% momento en que empieza a decrecer este consumo sin prescripción médica.

Mientras que los hombre entre los 12 y 14 años alcanzan una tasa de prevalencia de consumo de vida de 1.8%, continúan igual entre los 15 y los 19 años de edad. Siguen con una tendencia al aumento entre los 20 y los 24 años y ya para los 25 y 29 y los 30 y 34 años llegan a tasas que rondan el 4%; a partir de los 35 años empiezan a disminuir el consumo y luego vuelven a mostrar elevaciones sutiles.

Tabla 6. Porcentajes de consumo de medicamentos estimulantes sin prescripción para grupos quinquenales de edad por sexo entre personas de 12 a 70 años residentes en hogares Costa Rica, 2010

Grupo de edad	% vida		año		mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
De 12 a 14	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
De 15 a 19	1,7	2,7	1,1	0,8	0,5	0,8
De 20 a 24	2,8	4,2	2,2	1,2	1,4	0,6
De 25 a 29	4,7	5,3	1,9	1,1	1,9	0,0
De 30 a 34	4,5	3,7	3,1	0,5	2,1	0,0
De 35 a 39	3,7	2,6	0,6	1,3	0,0	0,6
De 40 a 44	3,3	2,7	0,7	0,5	0,7	0,0
De 45 a 49	0,8	2,5	0,0	1,4	0,0	0,5
De 50 a 54	1,4	1,4	1,4	0,8	1,4	0,8
De 55 a 59	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
De 60 a 64	2,2	1,9	1,1	1,1	1,1	0,0
De 65 a 69	4,2	0,8	0,0	0,8	0,0	0,8
70 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	2,7	2,8	1,2	0,8	0,9	0,4

Consumo de medicamentos opiáceos sin prescripción médica

Los opiáceos son medicamentos analgésicos que alivian el dolor. La morfina y el fentanilo se utilizan para calmar el dolor agudo, mientras que la codeína ayuda a calmar los dolores menos intensos y la tos fuerte. Como se aprecia en la tabla 7, el porcentaje de consumo de medicamentos opiáceos sin prescripción médica ha ido decreciendo a lo largo del tiempo desde el año 1995. Pese a este descenso es importante maximizar esfuerzos por conocer el tipo de sustancia, la dosis y los motivos que llevan a las personas a consumir medicamentos opiáceos sin prescripción médica.

Tabla 7. Porcentajes de consumo sin prescripción médica de medicamentos opiáceos entre residentes de 12 a 70 años en viviendas por sexo Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010

Período de consumo	1995	2001	2006	2010
Vida	3,9	4,6	4,0	1,16
Hombres	3,8	4,0	3,1	1,19
Mujeres	3,9	5,2	5,0	1,12
Año	3,4	3,8	2,7	0,60
Hombres	3,5	3,5	2,0	0,64
Mujeres	3,4	4,4	3,6	0,55
Mes	2,3	2,4	1,5	0,47
Hombres	2,2	2,0	0,9	0,64
Mujeres	2,4	3,0	2,2	0,29

Ahora bien, cuando se analizan los porcentajes de consumo de medicamentos opiáceos sin prescripción para grupos decenales de edad por sexo, se encuentra que los hombres de entre 60 a 69 años son los principales consumidores activos de sustancias opiáceas (1.1%), seguidos del grupo de los 30 años con una tasa de consumo activo de 0.9%. Asimismo mientras que las tasas de prevalencia de consumo activo, estimadas para las mujeres son menores conforme aumentan en edad, en el caso de los hombres no es posible encontrar este patrón y más bien, el consumo se distribuye a lo largo de sus vidas de manera medianamente estable (ver tabla 8).

Tabla 8. Porcentajes de consumo de medicamentos opiáceos sin prescripción para grupos decenales de edad por sexo entre residentes de 12 a 70 años en hogares Costa Rica, 2010

Grupo de edad	Prevalencia de vida		Prevalencia de año		Prevalencia de mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
De 12 a 19	0,8	0,6	0,4	0,6	0,4	0,6
De 20 a 29	0,8	2,0	0,8	1,1	0,8	0,5
De 30 a 39	1,8	1,5	0,9	0,2	0,9	0,2
De 40 a 49	2,0	0,6	0,7	0,3	0,7	0,0
De 50 a 59	0,5	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0
De 60 a 69	1,1	1,1	1,1	0,0	1,1	0,0
70 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	1,2	1,1	0,6	0,5	0,6	0,3

De igual modo es importante hacer notar cómo las tasas de prevalencia de consumo en la vida repiten el patrón de inestabilidad que se ha venido comentando para el caso de las tres sustancias en estudio, es decir medicamentos tranquilizantes, estimulantes y opiáceos.

Si el fenómeno se estudia por grupos quinquenales de edad, la tendencia sigue siendo decreciente, con una tasa de prevalencia de consumo en la vida mayor o igual que las tasas de prevalencia de consumo anual y mensual para todos los grupos de edad. Sin embargo, llama la atención que algunos porcentajes son exactamente los mismos para todas las estimaciones del grupo de edad en estudio, por ejemplo, omitiendo las estimaciones iguales a cero, el grupo de las mujeres entre los 15 y 19 años de edad reporta una tasa de prevalencia de consumo de vida de 1.0%, la misma cifra aplica para las tasas de prevalencia de consumo reciente y activo. En los hombres este fenómeno de igualdad en las estimaciones se repite para el quinquenio de los 20 a los 24 años (1.6%), el de 60 a 64 años (1.1%) y el de 65 a 69 años (1.0%). Una razón más para pensar en la necesidad de conocer las circunstancias en las que se realiza el consumo de medicamentos opiáceos sin prescripción médica.

Tabla 9. Porcentajes de consumo de medicamentos opiáceos sin prescripción médica para grupos quinquenales de edad por sexo entre personas de 12 a 70 años residentes en hogares Costa Rica, 2010

Grupo de edad	Prevalencia de vida		Prevalencia de año		Prevalencia de mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
De 12 a 14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
De 15 a 19	1,2	1,0	0,6	1,0	0,6	1,0
De 20 a 24	1,6	2,4	1,6	1,2	1,6	0,6
De 25 a 29	0,0	1,5	0,0	1,0	0,0	0,4
De 30 a 34	1,0	1,7	0,0	0,4	0,0	0,4
De 35 a 39	2,8	1,3	1,9	0,0	1,9	0,0
De 40 a 44	2,2	1,1	0,7	0,6	0,7	0,0
De 45 a 49	1,8	0,0	0,8	0,0	0,8	0,0
De 50 a 54	0,9	0,8	0,0	0,8	0,0	0,0
De 55 a 59	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
De 60 a 64	1,1	1,9	1,1	0,0	1,1	0,0
De 65 a 69	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0
70 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	1,2	1,1	0,6	0,5	0,6	0,3

Si se presta atención a las estimaciones asociadas al consumo de vida, resulta importante anotar la presencia de elevaciones diferenciales por sexo, siendo que las mujeres consumen más sustancias opiáceas en su juventud y en la adultez mayor y los hombres lo hacen en el momento en que se supone se encuentran en mejores condiciones para participar activamente en el desarrollo y reproducción social.

Finalmente, debe mencionarse que los porcentajes de consumo reportados de manera individual para tranquilizantes, estimulantes u opiáceos, muestran un comportamiento similar cuando se estudian las estimaciones para el grupo total de sustancias; siendo que para el año 2010, 202.968 personas (5.9%) entre los 12 y

los 70 años de edad habían consumido alguna vez al menos uno de estos tipos de medicamentos y 62.990 (1.8%) de ellas lo hacía de forma activa.

Pese a que el procedimiento utilizado para la estimación de las tasas de prevalencia de consumo de medicamentos reportadas en otros países fueron obtenidas por vías distintas (López, Dennis & Moscoso, 2009; Bertaldi, Tavares, Hallal, Arújo & Menezes, 2010; Schmid, Bernal & Silva, 2010; da Silva Vorgerau, Soares, Tanno de Souza, Matsuo & Dos Santos, 2011) o los que utilizaron procedimientos metodológicos diferentes para la obtención de los datos, como el análisis de datos a partir de fuentes secundarias de información o el hecho de que las entrevistas a la población las hiciera un profesional en farmacología (García, de Abajo Iglesias, Carvajal, Montesro, Madurga & García, 2004; San Félix, Palop, Periro, Rubio, Gonsalbes & Martínez, 2008; García, Alonso, López, Yera, Ruiz & Blanco, 2009), llama la atención que todos los estudios son concluyentes respecto a la importancia de estimar con regularidad el comportamiento de la automedicación de sustancias psicotrópicas por parte de la población, sin descartar por ello el consumo con prescripción médica, el cual en el caso de las sustancias psicotrópicas implica para todos los casos la necesidad de un acompañamiento profesional al inicio, durante y al final del uso del psicotrópico (Masisi, 2009; Herrera, 2012).

IV. Discusión

Con estos resultados es claro que, aún falta mucho por conocer respecto a la práctica de la automedicación en Costa Rica, no obstante es fácil establecer algunas preguntas interesantes que eventualmente guíen mayores aproximaciones al tema. Una de estas interrogantes que resulta vital es ¿qué motiva a la gente a auto medicarse?, ¿conocen las personas el peligro potencial al que se enfrentan cuando consumen medicamentos tranquilizantes, estimulantes u opiáceos sin el adecuado control médico?, ¿cuáles sustancias son las que más se consumen?, ¿en qué dosis?, ¿por cuánto tiempo?, ¿obtienen el beneficio esperado?, o por el contrario, ¿la inversión económica, en caso que la hubiera,

resultó inútil?. Con variantes, sería muy importante conocer esta misma situación para el consumo de medicamentos con prescripción médica.

La disponibilidad y el acceso a la sustancia debe ser considerado un tema vital de estudio, en especial debido al alto costo que implican estos medicamentos, sea porque se compran por cuenta propia o porque sean adquiridos a través del sistema de seguridad social.

Se insiste en la necesidad de diferenciar entre el consumo con prescripción y sin ella, pero fundamentalmente preguntar no solo por el consumo de tranquilizantes, estimulantes u opiáceos, sino las motivaciones implicadas en dicho consumo, por ejemplo: *para calmar el dolor o los trastornos de sueño, para controlar el peso o para aumentar la atención*; con lo cual además de conocer el grupo de sustancias a las que se refiere, también se obtendría una aproximación mayor a las condiciones que explican y sostienen el consumo de sustancias medicamentosas sin prescripción médica entre la población.

La principal derivación que se obtiene resulta de considerar la urgencia de diseñar e implementar campañas educativas tendientes a informar a la población respecto de los efectos adversos que implica la automedicación

Concomitantemente, es preciso maximizar esfuerzos por continuar describiendo toda vez y de forma más precisa el fenómeno de la automedicación en la población, sin olvidar lo importante que sería lograr explicar lo que ocurre con el consumo de medicamentos tranquilizantes, estimulantes y opiáceos en el sistema de seguridad social del país, primordialmente estudios de tipo farmacéutico y por supuesto con enfoques atinentes al campo de la antropología médica

Finalmente como institución rectora en materia de drogas, esta es una oportunidad extraordinaria para coordinar con el Ministerio de Salud y la CCSS la revisión y establecimiento de políticas idóneas que afecten el mercado de medicamentos psicotrópicos, garantizando la seguridad en el consumo de medicamentos para toda la población en cualquier circunstancia que se requiera.

V. Agradecimiento

A Gerardo Sánchez por su trabajo en el desarrollo de la sección sobre Aspectos Metodológicos, así como por su apoyo en la fase de análisis de datos. A Sonia Pérez por su apoyo administrativo.

VI. Referencias

Bertaldi, A.; Tavares, N.; Hallal, P.; Araújo, C. & Menezes, A. (2010). Medicine use among adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. Recuperado de Internet el 1 de febrero, 2012 en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010001000011.

Da Silva, M.; Soares, D.; Tanno de Souza, R.; Matsuo, T. & dos Santos, G. (2011). Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de saúde da Família. Recuperado de Internet el: 01 de febrero de 2012 en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123011000700099&lan

García, J.; de Abajo, F.; Carvajal, A.; Montero, D.; Madurga, M. & García, V. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). Recuperado de Internet el: 01 de febrero de 2012 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135572004000300007&lan

García, A.; Alonso, L.; López, P.; Yera, I.; Ruiz, A. & Blanco, N. (2009). Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. Recuperado de Internet el: 01 de febrero de 2012 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252009000400002&lan

Heineck, I. (1998). Medicamentos de venta libre en el Brasil, Revista Panamericana de Salud Pública 6:1-12. Doi.org/10.1590/s1020-49891998000600004.

Hernández, S. & Nelson, I. (2010). Prescription Drug Abuse: Insight Into the Epidemic. Clinical Pharmacology & Therapeutics 3: 307-317.

Herrera, C. (2012). Seguimiento farmacoterapéutico, con la aplicación del método DADER en adultos mayores usuarios de benzodiazepinas que asisten al Programa Integral para la Persona Adulta Mayor (PIAM) de la Universidad de

Costa Rica entre febrero y mayo del 2011. Informe de práctica dirigida en el Centro Nacional de Información de Medicamentos, San José, CR.: CIMED-UCR

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2007). Abuso y Adicción a la Metanfetamina. Recuperado de Internet el: 01 de febrero de 2012 en <http://m.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-y-adiccion-la-matanfetamina>.

López, J.; Dennis, R. & Moscoso, S. (2009). Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. Recuperado de Internet el: 1 de febrero, 2012 en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642009000300012.

Masis, M. (2009). Estudio de Utilización de benzodiazepinas en el Área de Salud de Cartago (CCSS), durante el periodo de febrero 2007 a enero 2008. Turrialba, CR.: CCSS

National Institute on Drug Abuse; National Institute of Health & U.S. Department of Health & Human Service.(2010). Los medicamentos con y sin prescripción médica. Recuperado de Internet el: 01 de febrero de 2012 en <http://m.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes>.

Sanfélix, J.; Palop, V.; Pereiró, I.; Rubio, E.; Gosalbes, V. & Martínez-Mir, I. (2008). Gender influence in the quantity of drugs used in primary care. Recuperado de Internet el: 01 de febrero de 2012 en http://Scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112008000100003&lan

Schmid, B.; Bernal, R.; Silva, N. (2010). Automedicacao em adultos de baixa renda no municipio de Sao Paulo. Recuperado de Internet el: 01 de julio de 2012 en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910201000600008&lan

Anexo 1

Definición de términos¹

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

Estimulantes: medicamentos para disminuir el apetito, aumentar el estado de alerta, la actividad y disminuir el sueño.

Opiáceos: son productos que se utilizan para aliviar el dolor y pueden alterar la conciencia.

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.

Tasa o porcentaje de prevalencia de vida en el consumo de drogas: proporción de personas de una población que han consumido drogas alguna vez. Puede calcularse para una droga en particular o para un conjunto de drogas. Este nivel de prevalencia corresponde a las personas iniciadas en el consumo.

Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de drogas en el último año: proporción de personas en una población que consumieron drogas a lo largo de los 12 meses anteriores. Puede calcularse para una droga en particular o para un conjunto de drogas. A esta prevalencia se le llama también consumo reciente.

Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de drogas en el último mes: proporción de personas en una población que consumieron drogas durante los últimos 30 días. Puede calcularse para una droga en particular o para un conjunto de drogas. A esta prevalencia se le llama también consumo activo.

Tranquilizantes: medicamentos de uso controlado que se utilizan para inducir el sueño o disminuir la ansiedad.

¹ Estas definiciones son las que ha utilizado la institución en los últimos años y se encuentran documentadas en cada una de las publicaciones, tanto de los estudios en la población general como los llevados a cabo en poblaciones estudiantiles. Proviene, a su vez, de nomenclatura utilizada internacionalmente.

Desarrollo Institucional
Proceso de Investigación. 2012
San José, Costa Rica
Apartado 4494-1000