

ALCOHOL Y ALCOHOLISMO: *Un severo problema de Salud Pública en Costa Rica*

Mario Alberto Sáenz Rojas

RESUMEN

En el presente trabajo se plantean una serie de aspectos conceptuales sobre el alcohol como sustancia psicoactiva, los factores etilógicos asociados con su consumo y el fenómeno socio-cultural del alcoholismo.

Se analizan diversos indicadores epidemiológicos sobre el consumo de alcohol, que revelan un grave problema de índole sanitario en nuestro país y su posible ocultamiento. Asimismo, se expone la severa situación que atraviesan los sectores poblacionales jóvenes y femeninos y, su eventual relación con el deterioro de la calidad de vida en Costa Rica y con la violencia doméstica.

INTRODUCCIÓN

Este artículo tiene como objetivo sensibilizar en torno a la situación del consumo de alcohol y del alcoholismo en el nivel nacional, ya que dentro de la opinión pública se le ha restado importancia como problema social.

La alarma social causada en los últimos años por la difusión de noticias sobre "narcotráfico" y el consumo de drogas ilícitas, ha producido una desviación de la atención pública y política en el campo de la salud, con respecto al problema del consumo de bebidas alcohólicas¹. Por su parte, el Estado se ha preocupado por la generación de una legisla-

ABSTRACT

The article presents a stock of concepts regarding alcohol as a drug, etiological factors associated with its ingest and the alcoholism as a social and cultural problem.

It examines some epidemical signs of alcohol abuse. Indicators that show a probably hidden serious public health problem in our country. Likewise it describes the severe conditions of this problem into the young population and women and the possible association to a social deterioration process of life levels and the family violence in Costa Rica.

ción actualizada y de lineamientos coherentes en lo relativo a su tratamiento y prevención. Esto no significa restarle importancia a las sustancias ilegales; pero es necesario aclarar que ciertos eventos sanitarios no deben ser magnificados en detrimento de otros, tomando partido equívoco en el marco de la socio-política de la droga².

1 En el presente trabajo se utilizará indistintamente como sinónimos "bebidas alcohólicas" y "alcohol". Cuando se haga referencia a "alcohol absoluto" la mención se hará expresamente.

2 Los lectores que deseen profundizar en este ámbito pueden referirse a: Beristain, Antonio (1986). *La*

En este sentido, la encuesta nacional sobre consumo de drogas efectuada en 1995 (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996), reveló que la población costarricense³ percibió dentro de los principales problemas del país la categoría de producción, tráfico y consumo de drogas (29,9%), ocupando el segundo lugar, mientras que en un tercero apareció el alcoholismo (7,4%). Estos datos, según refieren los mismos autores, guardan similitud y consistencia con los hallados en el estudio nacional de 1990; paralelamente señalan que el 72,2% de las personas entrevistadas manifestó haber obtenido información acerca de las drogas por conducto de los medios masivos de difusión.

La desatención política del *fenómeno sociocultural del alcoholismo* ha llegado al punto de que la Ley de Licores data del año 1936⁴ y, si bien ha sufrido varias reformas con el transcurrir de los años, éstas no sólo han carecido de un carácter integral sino que, además, han dejado una serie de vacíos, por lo que no ha existido la posibilidad de tomar medidas rigurosas en diversas esferas atinentes. Por otra parte, debido a la preocupación desmedida por las sustancias ilegales, en un lapso de aproximadamente cuatro años se promulgó la denominada

"Ley de Psicotrópicos" y mediante otra Ley se produjo una reforma profunda de la misma⁵.

Para atender a los anteriores planteamientos, a continuación se expondrá en primera instancia el marco conceptual. En segundo término, se tratará de brindar un panorama amplio sobre la evolución del fenómeno en Costa Rica, en diversos grupos poblacionales y mediante el acercamiento interpretativo a una serie de indicadores sobre consumo de bebidas alcohólicas, tanto directos (prevalencias e incidencia) como indirectos (producción e importación de licores, defunciones, accidentes de tránsito y consumo per-capita, entre otros).

Asimismo, debido a la envergadura del tema, merece especial mención el problema del consumo de alcohol por parte de la mujer costarricense, debido a las condiciones de deterioro correlativas en los ámbitos de la salud física y mental, así como por el contenido que podría estar ocultando en el nivel simbólico.

ASPECTOS CONCEPTUALES

El alcohol, según diversos estudios, se encuentra presente en la historia de la humanidad desde la Edad de Piedra, aproximadamente 4 000 años antes de Cristo (Velasco; 1992). De acuerdo con Amador, Artavia y Aguilar (1995), probablemente su descubrimiento se produjo cuando el hombre primitivo salió de cacería, olvidando algunas frutas maduras que en el lapso transcurrido se fermentaron y cuando regresó ingirió sus jugos que ya contenían alcohol, produciéndose cambios corporales y mentales.

En la América Precolombina, eran típicas las bebidas con contenido alcohólico ligadas a festividades de carácter religioso; por ejemplo,

droga: Aspectos penales y criminológicos. Bogotá: Edit. Temis./ Del Olmo, Rosa (1975) *La sociopolítica de las drogas*. Caracas: Universidad Central de Venezuela./ Del Olmo, Rosa (1988). *La cara oculta de la droga*. Bogotá: Edit. Temis./ Del Olmo, Rosa (1992). *¿Prohibir o domesticar? Políticas de drogas en América Latina*. Caracas: Edit. Nueva Sociedad./ Freixa Sanfeliu, Frances (1994). "Perspectiva médica y consecuencias sociales de la restricción de estupefacientes". En: *Adicciones* 6 (4): 373 - 388./ Hulsman, L. y Van Ransbeek, H. (1983). "Evaluation critique de la politique des drogues". En: *Deviance et société* 7 (3)./ Kalina, Eduardo (1995). "Legalizar la existencia tóxica". En: *Adicciones* 7 (2): 227 - 231./ Nedelmann, E. A. (1989). "Víctimas involuntarias: Consecuencias de las políticas de prohibición de drogas". En: *Debate Agrario* (7), jul. - dic./.

3 Con respecto a las encuestas nacionales de 1990 y 1995, cuando se haga referencia a población general o nacional, debe entenderse como población costarricense entre 12 y 70 años.

4 Ley Nº 10 del 7 de octubre de 1936.

5 En Costa Rica, respondiendo a toda una dinámica internacional, se promulgó la Ley Nº 7093 del 2 de mayo de 1988 (*Ley sobre Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado y Actividades Conexas*) en la cual se derogaron los artículos 265 y 267 de la Ley Nº 4573 del 4 de mayo de 1970 (Código Penal) y, 372 y 387 de la Ley Nº 5935 del 30 de octubre de 1983 (*Ley General de Salud*). Asimismo, esta ley (Nº 7093) fue reformada totalmente por medio de la Ley Nº 7233 del 21 de mayo de 1991 (*Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado y Actividades Conexas*).

en Costa Rica sobresalían la chicha y el chicheme, elaboradas a base de maíz.

Hace aproximadamente 20 años, el investigador Bengelsdorf señalaba que:

“El abuso de alcohol ha matado más gente, enviado más víctimas a los hospitales, provocado más arrestos, destruido matrimonios y hogares y costado más dinero a la industria, que el abuso de heroína, anfetaminas, barbitúricos y marihuana juntos” (citado por Perotto; 1992: 40).

En este sentido, los datos del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism indicaron en 1989 un total de 109 000 muertes relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas en los Estados Unidos de Norteamérica. Mientras tanto, la Drug Abuse Warning Network reportó que en el año 1990 se produjeron únicamente 5 830 muertes por drogas distintas a la nicotina y al alcohol en las veintisiete áreas metropolitanas más grandes de ese país; de ellas, un 40% se dieron en combinación con las bebidas alcohólicas (Sáenz R., 1995).

Es un hecho reconocido que el alcohol ocupa el primer lugar en el mundo entre las drogas que ocasionan problemas sociales graves, tanto por la cantidad utilizada como por las impresionantes consecuencias que provoca.

Perotto (1992) señala que en el mundo occidental una de cada tres personas consume alcohol y, además, entre un 5% y un 10% de la población total puede ser considerada alcohólica.

El principio activo del alcohol, utilizado en las bebidas corrientes es el etanol (de allí el nombre de “bebidas etílicas”). El etanol es una sustancia depresora de la actividad del Sistema Nervioso Central que disminuye el autocontrol e impide el adecuado funcionamiento de los llamados “procesos superiores” (razonamiento, juicio y síntesis, entre otros).

Entre el 90% y el 95% del alcohol consumido debe ser asimilado por el cuerpo, absorbido por el intestino y metabolizado por el hígado. Debido a lo anterior, el exceso de alcohol produce daño en las células hepáticas, al punto de provocar cirrosis. Además, por la gran cantidad de calorías que

posee reduce el apetito y deprime la capacidad del organismo para asimilar nutrientes, con lo que hay una severa exposición a la desnutrición.

En otro orden de cosas, cabe aclarar que las bebidas alcohólicas pueden ser de dos clases (Amador, Artavia y Aguilar; 1995) en términos generales:

- a. *fermentadas*: Se obtienen mediante la descomposición de algunos alimentos (frutas, verduras e inclusive legumbres); el contenido de alcohol absoluto oscila entre un 3% y un 14%; ejemplo de este tipo son la chicha, el vino y la cerveza⁶.
- b. *destiladas*: Se producen por medio del calentamiento de una bebida fermentada, haciéndola pasar por un alambique (tubo delgado); sus concentraciones de alcohol absoluto se ubican entre un 30% y el 70%; bebidas destiladas son el guaro⁷, el vodka, la ginebra y el whisky, entre otras.

Desde el punto de vista etiológico, la génesis del consumo de alcohol se ha asociado con múltiples factores, tales como: genéticos, bioquímicos, fisiológicos, sociales, culturales, psicológicos, geográficos y educativos, entre otros; es por ello que se habla de un fenómeno multifactorial⁸.

En el plano psicopatológico y psicodinámico se ha insistido mucho en la relación depresión-drogadependencia (Sáenz R.; 1995), especialmente el alcoholismo, que pareciera

6 En el caso de Costa Rica, donde la cerveza es la bebida alcohólica más consumida, prácticamente todas las marcas nacionales en versión de 350 cc presentan concentraciones de alcohol puro entre un 4% y un 5%.

7 En Costa Rica se le llama popularmente a casi todas las bebidas alcohólicas “guaro”, y no sólo al destilado derivado de la caña de azúcar.

8 Para mayor información refiérase a: Sandí Esquivel, Luis Eduardo *et al.* (1990). “Factores asociados al consumo de sustancias”. En: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Manejo integral de la Farmacodependencia en Costa Rica*. San José: Publicaciones IAFA y Sandí Esquivel, Luis Eduardo *et al.* (1995), citado en la bibliografía general.

verificarse por la elevada propensión al suicidio en personas alcohólicas⁹.

A este respecto, un estudio realizado a finales de la década de los años sesenta estableció una mayor prevalencia de los trastornos de la personalidad en pacientes alcohólicos del Hospital Nacional Psiquiátrico (Bejarano y Alvarado; 1992).

Aunado a ello, la caracterización psicosocial realizada a una muestra de pacientes alcohólicos, atendidos en la Unidad de Rehabilitación Intensiva (URI) del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), ubicada en Tirrases de Curridabat, encontró que:

“Los procesos depresivos caracterizados por una alteración crónica del estado de ánimo y que precedían al inicio de la ingesta etílica, representan a un 40% de los casos estudiados. Esta información adquiere mayor riqueza si se analiza en función de las carencias afectivas que experimentaron los pacientes en el núcleo familiar y el fomento de una hostilidad dirigida contra sí mismos” (Bejarano y Solano; 1988: 15).

En este sentido, Madrigal (1992) refiere que quienes abusan del alcohol mantienen un tono afectivo de culpa y soledad y, en consecuencia, buscan alcanzar efectos de compañía, regresión y protección infantil.

Según Bejarano (1994), diversos estudios efectuados con el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota) apuntan hacia una relación significativa entre rasgos de personalidad depresiva y el consumo excesivo y compulsivo de alcohol, pues en los perfiles de la prueba sobresale como pico la escala clínica D (depresión). A la vez, en el estudio de este autor, no se encontró la misma relación con respecto al abuso de drogas ilícitas.

Por último, cabe mencionar al alcoholismo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, como causa de varios trastornos psicóticos de tipo orgánico: Delirium Tremens, Celotipia Alcohólica, Síndrome y Psicosis de Korsakov, Alucinosis Alcohólica, Trastorno Psicótico Residual inducido por alcohol, Trastorno Psicótico de comienzo tardío

inducido por alcohol y Psicosis Alcohólica sin especificación (Organización Mundial de la Salud; 1992).

PREVALENCIAS

El hecho de que en Costa Rica se haya producido un sistema de investigación epidemiológica avanzado, ejemplificado mediante la aplicación de encuestas nacionales transversales repetidas, permite apreciar las variaciones producidas en el consumo de sustancias psicoactivas entre 1990 y 1995.

Así, pues, en el año 1990 la proporción de la población nacional entre 12 y 70 años que había consumido alcohol alguna vez en la vida era del 66,0% (Jiménez y Bejarano; 1991); cinco años después la misma se redujo al 63,2% (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996). Sin embargo, cabe anotar que dicha disminución no superó el margen de error (5%), por lo que no se puede afirmar que sea estadísticamente significativa.

Contrariamente a lo recién expuesto la prevalencia de consumo de alcohol del último año¹⁰ o consumo reciente se incrementó un 1,4% (38,9% en 1990 y 40,3% en 1995), (Jiménez y Bejarano; 1991 y, Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

Al igual que sucedió con la prevalencia de vida (lápsica o general) la prevalencia de consumo de alcohol del último mes o consumo activo sufrió un descenso que tampoco logró significancia estadística (28,0% en 1990 y 24,3% en 1995), (Jiménez y Bejarano; 1991 y, Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

Cabe mencionar además, que Bejarano, Carvajal y San Lee (1996) establecieron para el año 1995 que un 68,1% de quienes han tenido contacto con el alcohol refirió haberlo ingerido por primera vez antes de los 18 años de edad. Asimismo, señalan la preferencia por la cerveza como bebida de consumo actual con un incremento entre 1990 y 1995 de un 22,3%.

Paralelamente, mientras que en 1990 había un 15,1% de “bebedores problema”¹¹ en la

10 Se refiere a todas aquellas personas que hayan consumido alguna bebida alcohólica en el año previo a la encuesta.

11 Esta categoría abarca a los bebedores excesivos y a los alcohólicos.

9 Para mayor detalle refiérase más adelante al apartado de “defunciones”.

población general (Jiménez y Bejarano; 1991), en el año 1995 esta proporción se incrementó a un 16,6% (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996). Dicho incremento correspondió de manera casi exclusiva a la categoría de "alcohólico", pues la de "bebedor excesivo" se mantuvo estable (9,6% en 1990 y 9,7% en 1995).

Esta proporción de "bebedores problema" se duplicó en 25 años, pues según Bejarano y Alvarado (1992) la encuesta sobre hábitos de ingestión de alcohol de 1970 reveló que un 7,1% de la población presentaba severos problemas con el consumo de bebidas alcohólicas.

En este sentido, es menester señalar que

"... algunas investigaciones (nacionales) han demostrado que un 10% de los bebedores excesivos se vuelven alcohólicos cada año..." (Departamento de Prevención; 1994: 9).

Las pruebas de significancia estadística realizadas entre las encuestas de 1982 y 1990, por sexo, revelaron entre otras cosas que *habían menos mujeres abstemias que hombres, más mujeres bebedoras moderadas que hombres, más mujeres bebedoras excesivas que hombres y menos exbebedoras que en 1982* (Jiménez y Bejarano; 1991).

Asimismo, entre 1990 y 1995 disminuyó la cantidad de bebedoras excesivas con la condición de *ama de casa*; las cifras correspondieron a un 19,3% en 1990 y 4,0% en 1995; sin embargo, para 1995 era mayor la cantidad de *amas de casa* que alcanzaron la categoría de *alcohólica* (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

Otro elemento que debe rescatarse es que se halló mayor proporción de bebedores excesivos entre *estudiantes*; al respecto, la prevalencia aumentó de un 2,9% en 1990 a un 5,6% en 1995 (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

A este respecto, las prevalencias de consumo de alcohol halladas en población joven han evidenciado niveles de ingesta ética sumamente elevados.

Bejarano, Amador y Vargas (1994) analizaron una muestra de estudiantes de 10^o y 11^o años de colegios públicos en 1993 y encontraron las siguientes prevalencias de consumo de alcohol: en vida (64,4%), último año (51,7%) y último mes (26,5%). Las mismas revelan im-

portantes niveles de consumo, tanto en vida como reciente y activo; lo anterior se agudiza si además se señala que la prevalencia de consumo de la última semana fue de 18,8% y la de las últimas 24 horas de 4,3%.

Estos autores señalan que dichos estudiantes reportaron en promedio la primera oportunidad de consumo de alcohol a los 15,12 años y la primera experiencia de consumo a los 15,69 años. Esta situación se agrava al considerar que la edad promedio de primer consumo *no registró diferencias significativas por sexo*; aunque para el año 1985 éstas sí se presentaron. Además, en este estudio se encontró una prevalencia de bebedores con embriaguez superior en un 10% a la del estudio de 1985 (Bejarano, Amador y Vargas; 1994).

Aunado a ello, Sandí *et al.* (1995) encontraron entre estudiantes de secundaria en 1994 una prevalencia de consumo en el último año del 50,8%; mientras tanto, en los adolescentes infractores, de la calle y en tratamiento fue del 74,1%, 89,0% y 94,8% respectivamente. Específicamente, en el caso de los estudiantes, se presentó una tendencia a la igualdad en los porcentajes de consumo por género, así como la edad promedio de inicio a los 11,2 años (Sandí *et al.*; 1995).

En el mismo orden, Bejarano y colaboradores (1995), mediante un estudio transversal repetido con estudiantes de las universidades estatales con carné 1992, determinaron que las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes (consumo activo) indicaban niveles muy superiores a los de la población general. Para ejemplificar, en la Universidad de Costa Rica (UCR) se presentó un 44,7%, en el Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR) un 29,5%, en la Universidad Estatal a Distancia (UNED) un 32,9%¹² y en la Universidad Nacional (UNA) un 26,5%¹³. Al respecto, cabe agregar que para el año 1994 se encontró una prevalencia de consumo de alcohol en las últimas 24 horas (previas a la aplicación del cuestionario) de un 5,7% en la UNA, un

12 Las prevalencias recién citadas para la UCR, el ITCR y la UNED son promedios de los años 1992, 1993 y 1994.

13 Esta prevalencia corresponde al año 1994, único en el que se ha aplicado el instrumento correspondiente en ese centro de educación superior.

5,8% en la UCR, un 4,5% en la UNED y un 5,5% en el ITCR.

En ese mismo año, a excepción de una de estas universidades (UNED), se determinó que a mayor edad del estudiante, menor era su percepción de riesgo severo por consumo de alcohol (Bejarano *et al.*, 1995).

INCIDENCIA

En la encuesta nacional de 1982 se estimó que la incidencia anual de nuevos alcohólicos en población costarricense mayor de 15 años era de un 1% (Departamento de Prevención; 1994).

Por otra parte, en la encuesta nacional de 1990 se determinó una incidencia anual en el consumo de alcohol de 115,6 por 1 000 (Jiménez y Bejarano; 1991); o sea, que de la población nacional entre 12 y 70 años, alrededor de 116 personas de cada 1 000 consumieron por primera vez alguna bebida alcohólica durante el año anterior.

Al respecto, Bejarano, Carvajal y San Lee (1996) establecieron para 1995 una incidencia anual de consumo de alcohol de 120 por cada 1 000 personas; ésto es que en el último año previo a la encuesta un total de 104 000 personas se iniciaron en el consumo de bebidas alcohólicas. Lo anterior indica que en el lapso de cinco años se presentaron 44 personas entre 12 y 70 años más por cada 10 000 que se iniciaron en el consumo de alcohol en el año previo.

Mientras tanto, en 1993 se halló una incidencia en el consumo de alcohol de 461 por cada 1000 (46,1%) entre estudiantes costarricenses de 10^o y 11^o años (Bejarano, Amador y Vargas; 1994). Esta tasa superó en poco más del 300% las encontradas en los estudios nacionales de 1990 y 1995, lo cual sugiere un marcado deterioro del sector poblacional adolescente, aunado a que, es en este periodo de edad en el que la mayoría de personas se inician en el consumo de bebidas alcohólicas¹⁴.

14 Por ejemplo, en el estudio nacional de 1990 la edad promedio de inicio en el consumo de alcohol fue de 17,13 años (Jiménez y Bejarano; 1991), mientras que en 1995 llegó a ser de 18,01 años (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996). Recuérdese además, la proporción que reportó en 1995 haber tomado por primera vez antes de los 18 años.

PRODUCCIÓN E IMPORTACIÓN¹⁵

La producción e importación de bebidas alcohólicas se incrementó entre 1985 y 1994 en aproximadamente 60,7 millones de litros. Paralelamente, la producción e importación de alcohol absoluto en 1994 superó en 3,3 millones de litros la cantidad correspondiente al año 1985¹⁶.

Al dividir este decenio (1985-1994) se ha observado que la mayor proporción de dicho aumento se produjo en el segundo quinquenio (1990-1994), tanto para las bebidas alcohólicas como para el alcohol absoluto¹⁷.

En este mismo periodo (1985-1994), la producción e importación de cerveza aumentó en un 4,73%, disminuyendo los licores corrientes (3,23%) y los licores finos (2,08%), mientras que los vinos se incrementaron en un 0,58%.

Así, pues, de los 131,389 millones de litros de bebidas alcohólicas y de los 9,573 millones de litros de alcohol absoluto producidos e importados en Costa Rica en el año 1994 (San Lee; 1996b/c), el 88,16% y un 48,40% correspondió a la cerveza respectivamente.

CONSUMO PER-CAPITA

El consumo per-capita de bebidas alcohólicas en la población total de Costa Rica se incrementó entre 1985 y 1994 en 12,5 litros y en la población de 15 años y más fue de 18,34 litros en el mismo intervalo¹⁸.

15 En este y los siguientes acápitales, cuando se realicen comparaciones entre años y no se presente la referencia de manera expresa, las mismas se fundamentan en las "compilaciones estadísticas" publicadas por el IAFA (Jiménez, San Lee y Villarreal; 1991/ Sáenz, Carballo; 1995/ San Lee; 1996a/ San Lee; 1996b/ San Lee; 1996c/ San Lee y Acuña; 1993).

16 Para 1985 se produjeron e importaron en Costa Rica 70,697 y 6,246 millones de litros de bebidas alcohólicas y alcohol absoluto respectivamente. En párrafos posteriores aparecen las cantidades correspondientes a 1994.

17 La proporción del aumento para el periodo 1990 - 1994 fue del 63,82% y del 52,35% en los casos de las bebidas alcohólicas y el alcohol absoluto según corresponde.

18 Mientras que en 1985, el consumo per-capita de bebidas alcohólicas fue de 26,75 litros en la población total y de 42,34 litros en la población de 15

Por su parte, el consumo per-capita de alcohol absoluto registró en dicho periodo un aumento en la población total de 0,5 litros y en la población de 15 años y más alcanzó 0,68 litros¹⁹.

Para ejemplificar, en el año 1990 el consumo per-capita de alcohol absoluto en población de 15 años y más equivalía a 121 cervezas de 350 cc, más 2,5 botellas de destilados finos, más 4 botellas de destilados corrientes por año (Departamento de Prevención; 1994).

Ahora bien, no todas las personas ingieren las cantidades recién citadas, e incluso muchas de ellas son abstemias, por lo que aquellas que tienen problemas con la ingesta etílica beben lo que no consumen los individuos abstemios y los que no son "bebedores problema".

ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Los accidentes de tránsito por ebriedad del conductor entre 1990 y 1994 han variado, como extremos superior e inferior, entre un 9,04% en 1994 y un 3,59% en 1993, con respecto al total de accidentes en el país. Asimismo, cabe destacar que en 1994 la proporción fue aproximadamente 2,5 veces mayor a la del año previo, aunque en 1991 las cifras alcanzaron un 5,21%.

DEFUNCIONES

Entre 1990 y 1994, a excepción del año 1991²⁰, las defunciones por enfermedades aso-

ciadas con el consumo de alcohol presentaron una tasa que osciló entre 90 y 100 por cada 10000 defunciones en Costa Rica. Otro elemento interesante, de acuerdo con lo referido por San Lee y Acuña (1993), es que en el periodo 1979-1988 se produjeron 21 suicidios en población de 13 a 21 años con alcoholemia positiva en el momento de la autopsia, los cuales representaron un 15,4%.

Del Valle (1992) determinó que del total de autopsias realizadas en la Morgue Judicial durante 1989 (1 056 muertes violentas) que correspondió a un 9,5% de todas las muertes ocurridas en ese año, se encontraron niveles de alcohol en sangre en las siguientes proporciones: 46% en conductores de vehículos automotores fallecidos en el lugar de los hechos, 52% en conductores de motocicleta, 25% en ciclistas, 41% en víctimas de atropello (un 20% de las víctimas presentaba niveles propios de la intoxicación severa), 27% en víctimas de accidentes por otras circunstancias que no fueran accidentes de tránsito, 31% en víctimas de asfixia por sumersión, 41% en víctimas de homicidio y 41,5% en víctimas de suicidio.

Lo anterior significa que un 40% de todas las muertes violentas estuvieron asociadas con el alcohol; o sea, un 3,5% de la totalidad de defunciones en ese mismo año (Del Valle; 1992).

Asimismo, en el mes de mayo de 1996 el Organismo de Investigación Judicial registró un 13% de defunciones con alcoholemia positiva y; en relación con el acápite anterior, se presentó más de un 25% de autopsias por accidentes asociadas con embriaguez²¹.

ATENCIÓN A PACIENTES

Para 1985 la tasa global de hospitalización en el Hospital Nacional Psiquiátrico en

años y más; en 1994 dichas cifras fueron de 39,25 y 60,68 litros respectivamente. Este aumento evidencia que el incremento registrado en la producción e importación de bebidas alcohólicas y alcohol absoluto (apartado anterior) no es sólo efecto del crecimiento poblacional.

- 19 En 1985 el consumo per-capita de alcohol absoluto fue de 2,36 litros en la población total y de 3,74 litros en la población de 15 años y más. Para 1994 estas cifras alcanzaron los 2,86 y 4,42 litros respectivamente.
- 20 En la respectiva "compilación estadística" del IAFA (San Lee y Acuña; 1993) sólo se registraron 57 de-

funciones por enfermedades relacionadas con el alcohol, correspondientes al primer semestre de 1991.

- 21 Información inédita del Departamento de Investigación del IAFA, como parte de un proyecto conjunto con el Banco Interamericano de Datos (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos, CI-CAD/OEA).

casos correspondientes al grupo diagnóstico "Síndrome de dependencia del alcohol" fue de 3,7 por 100 000 habitantes. Dicha tasa superó inclusive las de otros grupos, tales como: dependencia de drogas, reacción aguda ante gran tensión, reacción de adaptación, perturbaciones de conducta, estado paranoide y retardo mental, entre otros. Asimismo, la proporción de pacientes por alcoholismo en la consulta externa de este nosocomio fue de 0,9% en 1990 (Adis; 1992).

Las cifras anteriores sugieren que, en cierta medida, el problema podría haber rebasado las respuestas que el Estado costarricense había propuesto en el marco de la política social y la política de salud pública, ya que como bien es sabido el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia contaba con un adecuado servicio de internamiento y rehabilitación, y un amplio servicio de consulta externa.

Además, entre 1980 y 1989 se produjeron 34 308 pacientes atendidos en hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) con diagnóstico médico relacionado con alcohol y otras drogas (Jiménez, San Lee y Villarreal; 1991). Un total de 31 646 pacientes (92,24%) presentaron diagnósticos asociados con el alcohol. Los tres diagnósticos más significativos fueron: Síndrome de dependencia al alcohol (47,08%), Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (25,26%) y Psicosis alcohólica (15,66%).

Al respecto,

"estos 3 diagnósticos son características de una de las etapas avanzadas del alcoholismo como enfermedad, es decir que un alto porcentaje de los ingresos a los hospitales se produce cuando la persona es catalogada como alcohólica y necesita ser atendida a causa de las consecuencias de su alcoholismo" (Jiménez, San Lee y Villarreal; 1991: 73).

Según estos mismos autores, en el período 1985-1989 se produjeron en el IAFA 122 449 atenciones a pacientes por alcoholismo; aunado a que en el período 1985-1990 se registraron 21 637 egresos por alcoholismo y enfermedades asociadas²².

También se reportó que en el año 1990 se presentaron 25 748 atenciones a pacientes,

de las cuales un 45,42% fue por alcohol, proporción que se incrementó al 89,58% al considerar la categoría de combinación de alcohol y drogas (Jiménez, San Lee y Villarreal; 1991). Un año después (1991), se reportaron 11 528 atenciones a pacientes con el 77,42% debidas al alcohol (San Lee y Acuña; 1993).

Para 1992, de 1 629 pacientes egresados del Departamento de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos y Farmacodependientes (DREAF./IAFA), el 76,5% correspondió al alcohol, que llegó al 79,6% al incluir la combinación de alcohol y drogas (Sáenz Carballo; 1995).

Mientras tanto, para el año 1993 se registraron 12 482 atenciones a pacientes y el 66,6% de las mismas se debieron al alcohol, alcanzando el 89,6% al tomar en cuenta la categoría de combinación de alcohol y drogas; además, en este año las *mujeres* consultaron por primera vez en el DREAF-IAFA en más de un 10% que los varones (San Lee; 1996a). En 1994 se registró un total de 9969 atenciones con información registrada por parte del IAFA, de ellas el 64,42% correspondió al alcohol, lo que aunado a la combinación alcohol-drogas llegó al 91,06% (San Lee; 1996b).

Por otra parte, Sáenz y Bejarano (1996) han detallado que los niveles de consumo de alcohol en personas ingresadas a la sala de emergencias del Hospital San Juan de Dios, a partir de un Proyecto de Vigilancia Epidemiológica²³, durante periodos específicos de los años 1992, 1993 y 1994, para las últimas 6 horas previas a dicho ingreso oscilaron entre un 4,0% y un 5,0%; mientras que para las últimas 24 horas variaron entre un 9,5% y un 9,7%. Estas prevalencias han sido consideradas consistentes en el tiempo y bastante elevadas; tam-

22 Dichos egresos comprenden: Departamento de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos y Farmacodependientes (DREAF/IAFA), CCSS, Hogares Salvando al Alcohólico (Naranjo, Alajuela y San José) y Unidad de Desintoxicación Alcohólica (UDA/Hospital Dr. Calderón Guardia/IAFA).

23 Auspiciado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA) y en ejecución desde 1992.

bién indican la existencia de significativos sectores poblacionales de consumidores activos e inclusive, podrían estar íntimamente relacionadas con el motivo de ingreso al hospital²⁴.

PUBLICIDAD

Entre 1990 y 1994²⁵ la cantidad invertida en publicidad de bebidas alcohólicas se incrementó, entre ambos años, en aproximadamente 455 millones de colones.

Para ejemplificar, de los 635,917 millones de colones invertidos en la publicidad de bebidas alcohólicas en el año 1994²⁶ (San Lee; 1996b), suma que equivalía en su momento a 4,048 millones de dólares aproximadamente²⁷, el 71,62% fue dedicado a anuncios televisivos. Asimismo, un 58,13% de dicho monto correspondió a la cerveza, seguida por el whisky con un 22,63%; al respecto, la cerveza ocupó el primer lugar de inversión, tanto en la televisión como en la radio y la prensa. Con respecto al año anterior, se incrementó proporcionalmente la inversión dirigida a anuncios televisivos (58,69% en 1993) y a la publicidad de la cerveza (45,37% en 1993), pasando esta bebida a ocupar también el primer lugar de inversión en la prensa (tercer lugar en 1993).

Aunado a ello, al contabilizar los años 1990, 1991, 1993 y 1994; se puede calcular el gasto total de publicidad de bebidas alcohólicas en 1 436,45 millones de colones que correspondía aproximadamente a 10,65 millones de dólares²⁸.

Estos datos no sólo apuntan al efecto persuasivo de la propaganda, sino que, además, deben llamar a la preocupación, ya que de acuerdo con San Lee (1996 a), para el año 1993 el gasto en publicidad de bebidas alcohólicas superó en más de 10 veces al gasto en publicidad dirigida a la prevención²⁹. San Lee (1996b) reportó para 1994 una inversión en publicidad preventiva por parte del IAFA de 25,194 millones de colones que equivalía únicamente a unos 0,16 millones de dólares; en otras palabras, 25 veces menor que la cantidad destinada a la publicidad de las bebidas alcohólicas.

Por otra parte, al analizar la publicidad de estas bebidas en el periodo 1974-1992 se concluyó que

“... el tema de la asociación producto-consumo-trabajo ha estado presente desde la década de los años setenta y, su publicidad ha evolucionado hacia formas mayores de sofisticación, tal como se ha podido apreciar en años recientes, en los que ha habido una mayor agresividad publicitaria (Bejarano y Blanco; 1993: 44-45), [siendo que en estos últimos años ha predominado un enfoque publicitario bajo la asociación producto-consumo-seducción-recreación (ocio)-placer].

DISCUSIÓN

Al igual que en 1990, y tal como sucede en otros países, en 1995 el alcohol continuaba siendo la droga más consumida en Costa Rica.

24 Para el año 1996 y en el contexto de este mismo proyecto se estableció que más de un 40% de los pacientes ingresados en la sala de emergencias que presentaban niveles superiores a los 100 c.c. de alcohol absoluto en sangre registraban la categoría de traumatismos como diagnóstico de entrada; (Cfr. Bejarano Orozco, Julio; Sáenz Rojas, Mario Alberto y Ugalde Montero, Federico -1997-. *Estudios sobre consumo de drogas en sitios centinela: Costa Rica, 1996. Quinta Ronda*. San José: IAFA - OEA, en prensa).

25 La “compilación estadística” del IAFA correspondiente al año 1992 (Sáenz Carballo; 1995) no registró esta información.

26 De acuerdo con las “compilaciones estadísticas” del IAFA, éste es el dato más reciente del que se ha dispuesto.

27 Este dato se obtuvo dividiendo la cantidad de colones citada entre el precio promedio del dólar para el año 1994 (157,09 colones), suministrado por la Sección de Balanza de Pagos del Departamento Monetario del Banco Central de Costa Rica.

28 Además de lo expuesto en la referencia anterior, el tipo de cambio para 1990 era de 91,61 colones por dólar, para 1991 fue de 122,50 colones por dólar y, para 1993 fue de 142,19 colones por dólar (fuente *supra*).

29 El total gastado en cuñas publicitarias de prevención fue de 32 555 millones de colones (San Lee, 1996a); o sea, alrededor de 229 000 dólares.

Si bien las prevalencias de consumo de vida y último mes se redujeron en el periodo 1990-1995 con respecto a la población nacional, se debe insistir en que dicha disminución no fue significativa desde el punto de vista estadístico y, a pesar de que nuestro país registró una prevalencia de vida inferior (63,2% en 1995) a la encontrada en varios países sudamericanos (Colombia, Chile, Paraguay y Bolivia, entre otros)³⁰, la incidencia anual se incrementó en 44 personas por cada 10 000, lo que equivalía a decir que en el año previo a la encuesta nacional de 1995 alrededor de 104 000 personas se iniciaron en el consumo de alcohol y, además, 580 423 personas se reportaron como consumidoras activas de bebidas alcohólicas en tal año³¹ (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

Según estos autores, proyecciones de la Dirección General de Estadística y Censos establecían para el año 1995 un total 2 340 417 habitantes entre 12 y 70 años y, partiendo de que un 9,7% de esa población (227 020 personas), de acuerdo con los resultados de la encuesta nacional ya mencionada, eran bebedores excesivos, aunado a que como se reseñó en párrafos precedentes, diversos estudios refieren que un 10% de dichos bebedores se vuelven alcohólicos cada año, entonces estaríamos ante un total (proyectado) de 22 702 nuevos alcohólicos aproximadamente para el año 1996.

Un aspecto importante de mencionar es que, como se señaló en el acápite de prevalencias, un 68,1% de quienes han ingerido alcohol, según el estudio nacional de 1995, afirmó haber consumido por primera vez antes de los 18 años. Asimismo, en la investigación con estudiantes de 10º y 11º año en 1993 (Bejarano, Amador y Vargas; 1994) la edad promedio de primer consumo se estableció a los 15,69 años; mas aún, en el estudio de Sandí *et al.* (1995) efectuado en 1994 con adolescentes escolarizados en el nivel nacional, dicho promedio se determinó en 11,2 años.

La problemática de la adolescencia costarricense en este nivel se agudiza aún más al considerar que

“la investigación nacional sobre consumo de alcohol realizada en 1970 reveló que entre jóvenes de 15 a 19 años de edad no había bebedores excesivos ni alcohólicos. Diez años después se comprobó que esta situación había variado, pues el 6,5% de los jóvenes de este grupo de edad presentaba serios problemas con la ingestión de bebidas alcohólicas. En 1990, la proporción de personas afectadas (bebida excesiva y alcoholismo) en este mismo rango de edad representaba un 13% del total. *Los datos anteriores ponen de relieve la evolución del problema del abuso de alcohol entre jóvenes costarricenses* (Bejarano, Amador y Vargas; 1994: 5-6)³².

Todo esto debe llamar a la atención, tanto de las autoridades sanitarias como educativas, policiales y municipales; pues la legislación costarricense prohíbe el expendio de bebidas alcohólicas a personas menores de 18 años³³.

Otro aspecto preocupante en relación con la población joven se refiere a las elevadas prevalencias de consumo reciente (año) encontradas en los estudios de Bejarano, Amador y Vargas (1994); Bejarano *et al.* (1995) y, Sandí *et al.* (1995) en comparación con la población general, ya que en la mayoría de los casos la prevalencia de consumo del último año hallada en dichos trabajos superó el 50%.

Llama la atención que, mientras para la población general Colombia presentó en 1992 una prevalencia de vida del 90% (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996), en el caso de adolescentes que cursaban educación secundaria las prevalencias de consumo de vida, año y mes fueron de 56,8%, 39,9% y 8,4% respectivamente (Parra *et al.*; 1992), las cuales son

30 Estos datos, específicamente, aparecen en Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996.

31 Esta cifra equivale a la prevalencia de consumo del último mes, según la encuesta nacional de 1995, (24,31%).

32 El destacado es mío.

33 Cfr. el artículo 25 de la Ley de Licores (Nº10 de 1936), en el que, por cierto, no se sanciona el incumplimiento de lo allí dispuesto; asimismo, el artículo 14 del Reglamento de dicha Ley.

bastante inferiores con respecto a las encontradas en las investigaciones nacionales, sobre todo en lo relativo al consumo reciente y activo. En este mismo sentido califican las prevalencias de consumo de vida, año y mes halladas en 1992 entre estudiantes de secundaria en Perú (Ferrando; 1993), cuyas cifras fueron 50,8%, 38,7% y 28,3% respectivamente, al punto que la prevalencia de consumo de vida resultó igual que la prevalencia de consumo del último año encontrada por Sandí *et al.* (1995).

Paralelamente, no se debe olvidar que, según Bejarano, Amador y Vargas (1994), los estudiantes de educación diversificada registraron en 1993 una incidencia anual de 461 por cada 1 000 estudiantes.

Estos datos deben visualizarse desde la perspectiva ampliamente reconocida de que el alcohol, en tanto droga lícita, es una "droga de entrada" (o puente) hacia las drogas ilegales, y que a más temprano el inicio en el consumo, el pronóstico clínico tiende a ser más desfavorable.

Aunado a los efectos en el ámbito de la salud pública de los sectores poblacionales jóvenes, no se puede pasar por alto lo sucedido con las mujeres de nuestro país; el incremento importante de *mujeres alcohólicas con ocupación de ama de casa*, así como una práctica igualdad en los porcentajes de consumo en adolescentes de educación secundaria, independientemente del sexo, podrían eventualmente, ser ni más ni menos que un *síntoma* denunciante de la *problemática psicosocial* que sufre el sector femenino en la sociedad actual, e incluso, podría estar *ocultando* por medio del *efecto sedativo* y el "*adormecimiento*" de la *conciencia* severas experiencias de *violencia doméstica* y, así, *aliviar el dolor psíquico*.

En estos casos, la función psicológica del alcohol en

"... los síntomas del Desorden de Estrés Post Traumático (PTSD) experimentado por muchas víctimas, incluye patrones altos de excitación: inquietud, evitación incluyendo depresión y distorsiones cognitivas, lo que produce que se vuelva a experimentar los incidentes del abuso. Cotton sugiere que la automedicación con alcohol puede funcionar en casi un 90% de los que lo usan para reducir la ansiedad y (para) el adormecimiento" (Walker; 1990: 10).

En este sentido, Kilpatrick (cit. por Walker; 1990) estableció con una muestra de 2 000 mujeres que *la historia de violencia doméstica es mucho más significativa que la historia familiar en la predicción del abuso de sustancias*.

Por otra parte, cabe resaltar la preferencia que la población general mantiene por la cerveza como bebida de inicio y bebida de consumo actual. Esto guarda inequívocamente relación con el papel predominante de dicho tipo de bebida en el marco de la producción e importación de bebidas alcohólicas y de alcohol absoluto; así como en lo referente a la inversión en publicidad, sobre todo en los medios audiovisuales electrónicos. Lo anterior también remite a plantearse la necesidad urgente de un mayor control sobre la publicidad o, inclusive, su prohibición; pues la publicidad de bebidas alcohólicas no es otra cosa que publicidad del alcoholismo.

Asociado con esto, el consumo de alcohol ha demostrado ser un significativo problema en el contexto de la salud pública, no sólo por sus implicaciones psicosociales, sino también por sus consecuencias físicas directas (enfermedades asociadas con el consumo) e indirectas (accidentes de tránsito y defunciones derivadas), así como el costo por cama ocupada³⁴, lo cual evidencia un marcado deterioro de la calidad de vida de nuestra población. Sus consecuencias no guardan paralelo con aquellas provocadas por el conjunto de las drogas ilícitas³⁵, lo que conlleva al cuestio-

34 Cfr./ Amador Muñoz, Giselle *et al.* (1994). *Análisis para la reestructuración del enfoque y las acciones en el campo de la farmacodependencia dentro del sector salud*. San José: Documento impreso sin referencia. (Estos autores refieren que en 1991 se calculó en 10 000 colones el día-cama -aproximadamente 81,63 dólares- para un total de 41,75 millones de colones -0,34 millones de dólares-; aunque debido al subregistro en los egresos y las estancias hospitalarias dicho monto también está subestimado).

35 La prevalencia de consumo de vida para el conjunto de las drogas ilegales, de conformidad con la encuesta nacional de 1995, fue de aproximadamente un 4% (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

namiento sobre *¿por qué una sustancia que causa tanto daño continúa siendo legal?*

Evidentemente, tras su aceptación social y cultural se esconden una serie de intereses económicos que han impedido un mayor control e, inclusive, han ejercido presiones políticas para evitar la promulgación de una ley rigurosa que en un pasado buscaba la prohibición de su publicidad.

Paralelamente, llama poderosamente la atención que, a pesar de lo expuesto en todos los acápitales anteriores y sobre todo, en lo relativo a defunciones, accidentes de tránsito, consumo per-capita y atención a pacientes, según Bejarano, Carvajal y San Lee (1996), la población general consideró como la droga más peligrosa al "crack" (33,5%), seguido por el clorhidrato de cocaína (28,9%), la marihuana (22,7%), la heroína (5,1%) y el alcohol (3,6%). Esto resulta una manifestación clara y concisa del papel alarmista y distorsionador desempeñado por los medios de difusión; así como de los intereses sociopolíticos e ideológicos que ellos ocultan³⁶.

En síntesis, la situación del alcoholismo en Costa Rica debe llamar a la preocupación y, junto al tabaquismo, deben ser el principio de toda campaña de prevención en el campo de la drogadependencia³⁷.

BIBLIOGRAFÍA

- Adis Castro, Gonzalo (1992). *Desórdenes mentales en Costa Rica: Observaciones epidemiológicas*. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.
- Amador Muñoz, Giselle; Artavia Céspedes, Poema y Aguilar Arce, Florizul (1995). "El Alcohol en Costa Rica". En: Aguilar Arce, Florizul *et al. Aspectos Generales sobre el Uso Indebido de Drogas en Costa Rica*. San José: IAFA, DESAF, UCR, MEP.
- Bejarano Orozco, Julio (1994). *Abuso de Drogas: Características de consumo y algunos aspectos psicológicos asociados en una muestra de pacientes*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.
- Bejarano Orozco, Julio y Solano Abarca, Surayé (1988). "Caracterización psicosocial de una población de pacientes con problemas de alcoholismo, atendidos en un Servicio de Tratamiento Intensivo". En: *Boletín Informativo del Departamento de Investigación del IAFA* 1 (1): 13-18.
- Bejarano Orozco, Julio y Alvarado Fernández, Ana (1992). *La investigación sobre la temática de las drogas en Costa Rica: Revisión de las tres últimas décadas*. San José: Departamento de Investigación - Departamento de Prevención, IAFA.
- Bejarano Orozco, Julio y Blanco Lizano, Huberth (1993). *Análisis de la publicidad de bebidas alcohólicas en Costa Rica: 1974 - 1992*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.
- Bejarano Orozco, Julio; Amador Muñoz, Giselle y Vargas Jiménez, Lorena (1994). *Consumo de drogas y percepciones de riesgo en el estudiante costarricense de 10^a y 11^a año 1993*. San José: Departamento de Investigación, IAFA y Departamento de Orientación, M. E. P.
- Bejarano Orozco, Julio; Carvajal Morera, Hanania y San Lee Chacón, Lizú (1996). *Consumo de Drogas en Costa Rica: Resultados de la Encuesta Nacional de 1995*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.
- Bejarano Orozco, Julio *et al.* (1995). "Estudio sobre consumo de drogas y percepciones de riesgo en estudiantes universitarios con carné 1992": *Avance de Investigación*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.
- Del Valle Carazo, Luis (1992). "Alcohol y muerte violenta". San José: Tesis para optar al grado de Especialista en Medicina

36 Cfr. a las notas de pie de página N°2 y N°35. Asimismo, a: Frojan Parga, Ma. Xesús; Rubio, Rosa y Peris, Beatriz (1994). "La imagen de la droga en la prensa española (1988 - 1992)". En: *Revista Española de Drogadependencia* 19 (3): 191-204.

37 Para profundizar en el término "drogadependencia", refiérase a: Materazzi, Miguel Angel (1990) *Drogadependencia* (tercera edición actualizada). Buenos Aires: Edit. Paidós.

- Legal, Sistema de Estudios de Postgrado/Universidad de Costa Rica.
- Departamento de Prevención (1994). *Alcohol y alcoholismo*. San José: Departamento de Prevención, IAFA.
- Ferrando, Delicia (1993). *Conocimiento y uso de drogas en los Colegios de Secundaria: Encuesta Nacional 1992* (segunda edición). Lima: Ministerio de Educación - COPUID.
- Jiménez Martén, Francisco; San Lee Chacón, Lizú y Villarreal, Eider (1991). *Compilación estadística y algunos indicadores sobre el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica: 1985-1990*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.
- Jiménez Martén, Francisco y Bejarano Orozco, Julio (1991). *Estudio Nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.
- Madrigal Segura, Enrique (1992). "Farmacodependencia: Hacia un enfoque integrado". En: *Cuadernos Iberoamericanos sobre Dependencias -Red Nacional de Comités Drogas No-* (1): 16 - 25.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. (Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico)*. Traducción de J. J. López Ibor. Madrid: MEDITOR - O. M. S.
- Parra Garcés, Luis Ángel *et al.* (1992). *Comprendiendo dificultades y construyendo esperanzas: Los jóvenes y el problema de las drogas en Colombia*. Santafé de Bogotá: Editorial Gente Nueva, Ministerio de Educación Nacional.
- Perotto, Pier Carlo (1992). *Algo más acerca del alcohol y las drogas...* La Paz: Centro Educativo sobre Estupefacientes - (CESE).
- Sáenz Carballo, Danilo (1995). *Compilación estadística y algunos indicadores sobre el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica 1992*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.
- Sáenz Rojas, Mario Alberto (1995). "Aportes sobre la drogadependencia en Costa Rica". En: *Revista de Ciencias Sociales -Universidad de Costa Rica-* (67): 93-103.
- Sáenz Rojas, Mario Alberto y Bejarano Orozco, Julio (1996). "Consumo de drogas en el Área Metropolitana de San José: Resultados preliminares a partir de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (1992-1994)". En: *Revista de Ciencias Sociales -Universidad de Costa Rica-* (73-74): 7-16.
- Sandí Esquivel, Luis Eduardo *et al.* (1995). *Adolescencia y consumo de drogas en Costa Rica*. San José: Departamento de Investigación, IAFA - Instituto del Niño, UNA.
- San Lee Chacón, Lizú (1996 a). *Compilación estadística sobre algunos indicadores de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica 1993*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.
- San Lee Chacón, Lizú (1996 b). *Compilación estadística sobre algunos indicadores de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica 1994*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.
- San Lee Chacón, Lizú (1996 c). *Compilación sobre producción, imputación y per-capitas de bebidas alcohólicas en Costa Rica: 1990-1994*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.
- San Lee Chacón, Lizú y Acuña Fernández, Oscar (1993). *Compilación estadística y algunos indicadores sobre el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica: 1985-1991*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.

Velasco Fernández, Rafael (1992). *Esa enfermedad llamada alcoholismo* (novena reimpression). México D. F.: Editorial Trillas.

Walker, Leonore (1990). "Las madres agredidas, los niños y el abuso de sustancias: Consecuencias psicológicas debido a la falta de protección". San José: *Documento mimeografiado*, ILANUD.

Mario A. Sáenz Rojas
Apdo. Postal 1871-1100, Tibás