

## APROXIMACIONES EPIDEMIOLÓGICAS A LA FÁRMACODEPENDENCIA

### CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁREA METROPOLITANA DE SAN JOSÉ: RESULTADOS PRELIMINARES A PARTIR DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (1992-1994)\*

Mario A. Sáenz Rojas  
Julio Bejarano Orozco

#### RESUMEN

*Este trabajo presenta los resultados obtenidos durante tres rondas de recolección de datos sobre consumo de drogas en el Hospital San Juan de Dios y la Unidad de Admisión de San Sebastián.*

*Los datos revelan, que en el Area Metropolitana de San José existen niveles elevados de consumo de sustancias lícitas e ilícitas. Asimismo, se ha observado una disminución en las edades promedio de primer consumo y una agudización de los patrones de ingesta en la población femenina.*

#### INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente los sistemas de vigilancia epidemiológica se han implementado para planificar acciones en el campo de la salud pública. El consumo de sustancias psicoactivas se ha constituido en un aspecto de interés dentro de dicho campo, en especial por la

#### ABSTRACT

*This work presents the results obtained during the three first rounds of surveillance on drug consumption in the Hospital San Juan de Dios and the Unidad de Admisión de San Sebastian.*

*The data reveals, that in the Metropolitan Area of San Jose there are high levels of licit and illicit drug consumption. Also, a decrease in the age of first use has been observed, as well as important changes in female population patterns of consumption.*

preeminencia de un enfoque médico-sanitario en la mayor parte de las facetas de su abordaje y debido a que se ha observado un aumento del consumo en el nivel mundial<sup>1</sup>.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica suponen el desarrollo de una capacidad funcional para recoger, analizar y difundir datos de modo eficiente, oportuno y ágil, con la finalidad de dar sustento al desarrollo de

\* Este estudio es parte del proyecto de vigilancia epidemiológica auspiciado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la OEA, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (I.A.F.A.)

<sup>1</sup> Gossop, M. and Grant, M. *Preventing and controlling drug abuse*, Geneva, Swi: WHO, 1990.

acciones en materia preventiva, de tratamiento y de control, es decir para que se puedan tomar medidas en el momento preciso. Asimismo, los datos que aporta el sistema deben servir para la detección de necesidades de investigación, atención y capacitación.

Desde 1968 se reitera que las tres características esenciales de la vigilancia epidemiológica son:

- a) La recolección sistemática de los datos.
- b) El análisis y la evaluación ordenada de dichos datos.
- c) La difusión oportuna de los resultados, con énfasis en quienes toman decisiones.

A partir del año citado, el término se utiliza no sólo para informar sobre enfermedades transmisibles, sino también acerca de otro tipo de eventos sanitarios.

Según el criterio de Teutsch y Thacker<sup>2</sup>, conviene emplear el término *vigilancia en salud pública* en vez de *vigilancia epidemiológica*, ya que la palabra *epidemiológica* estaría reservada para la investigación, la cual, junto a la prestación de servicios asistenciales, la capacitación y la *vigilancia* propiamente dicha, constituyen las actividades en que se divide la práctica de la salud pública.

En el campo del consumo de drogas, los sistemas de *vigilancia epidemiológica* aportan información relevante que difícilmente es recabada mediante otro tipo de investigación. En el caso particular de este trabajo se estudian dos tipos de poblaciones que, por sus características, a saber, personas enfermas y personas reclusas, no son susceptibles de ser seleccionadas por los procedimientos de muestreo adscritos a proyectos de investigación convencionales.

El proyecto de *vigilancia epidemiológica* sobre consumo de sustancias psicoactivas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA), el cual es un

componente del Plan de Acción Subregional,<sup>3</sup> se puso en ejecución en el año 1992. Para tal efecto se diseñaron instrumentos con el propósito de ser aplicados anualmente y de manera uniforme en sitios centinela ubicados en los países de Centroamérica, en la República Dominicana y en Panamá.

En el presente trabajo se analizan los resultados de las tres primeras rondas de *vigilancia epidemiológica* efectuadas en Costa Rica (1992, 1993, 1994), país de 3 421 784 habitantes<sup>4</sup>, con expectativas de vida de 76 años en promedio y tasas de mortalidad general e infantil de 4 y 13 por 1000, respectivamente. Asimismo, en 1994 el Estado destinó un 4,32% del Producto Interno Bruto (PIB) al campo de la salud, en tanto que se invirtió en investigación epidemiológica sobre el fenómeno droga un 0,0225% del gasto en salud.

La razón principal por la cual se escogieron inicialmente dos centros en Costa Rica, a saber, la sala de emergencias del Hospital San Juan de Dios (HSJD) y el Centro de Atención Institucional de San José (CAI de San José), o Unidad de Admisión de San Sebastián radica en que ambos registran la mayor cantidad de ingresos en centros de su naturaleza. Los dos se encuentran ubicados en el área metropolitana de la ciudad de San José y sus principales áreas de influencia, directa e indirecta, comprenden, al menos, una cuarta parte del territorio nacional.

Por otra parte, si bien se han llevado a cabo experiencias similares en Colombia, Chile y México, el proyecto de *vigilancia epidemiológica* que se reseña en este artículo es novedoso en el país, pues no existen experiencias semejantes en salas de emergencias ni en centros de detención<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Plan de Educación Preventiva Integral, desarrollado a partir del Acuerdo de Quito en mayo de 1990.

<sup>4</sup> Proyección para 1995 de la Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio. Gobierno de Costa Rica.

<sup>5</sup> Durante la década de los años ochenta, en Costa Rica se llevaron a cabo dos estudios en centros penales y uno en sala de emergencias, bajo la modalidad de diagnósticos situacionales.

<sup>2</sup> Teutsch, S. y Tacker, S. "Planificación de un sistema de *vigilancia en salud*" En: *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*, 16, (1), 1995, (1-7).

## METODOLOGÍA

1. *Población.* La población del estudio la comprenden todos aquellos individuos que ingresaron al servicio de emergencias del HSJD y al Centro de Atención Institucional de San José, durante un período determinado de cada año, situación que se dio tanto en el país como en las restantes naciones de la Subregión.

Aunque la modalidad de investigación supone el desarrollo de actividades en sitios centinelas, como parte de un sistema de vigilancia epidemiológica, y no requiere necesariamente la selección de una muestra, los grupos de sujetos estudiados en uno y otro centro son representativos de la población que ingresa ordinariamente a este tipo de servicios.

En 1994, el HSJD registró 21 098 ingresos (para internamiento) por el servicio de emergencias, en tanto que al CAI de San José ingresaron 3100 sujetos por comisión de delitos, contravenciones o por deudas alimentarias.

2. *Recolección de los datos.* Para la recolección de la información se empleó el mismo cuestionario base que se utilizó desde la primera ronda en 1992, el cual ha sido aplicado mediante entrevista estructurada individual a cada sujeto. Al instrumento se le han introducido algunas modificaciones en lo relativo al formato.

El cuestionario fue construido por especialistas de la CICAD/OEA, con base en la experiencia de algunos países del Cono Sur y de Norteamérica. En diferentes reuniones internacionales, llevadas a cabo entre 1989 y 1992, se sometió a consulta de expertos y de los representantes de los países que participarían en el proyecto. La intención de los gestores del proyecto era lograr una adaptación, a la Región centroamericana, del modelo del Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria del NIDA (Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas).

En las tres rondas, la información fue recabada por profesionales que laboraban en los diferentes sitios centinelas: estudiantes de quinto año de medicina en la sala de urgencias, y profesionales de las ciencias sociales en el centro de detención. La capacitación a dicho personal se ha brindado con anterioridad a cada una de las rondas dado que, mayoritariamente, no presenta estabilidad laboral.

En los tres años, el período para la recolección de los datos fue de una semana para el caso de la sala de urgencias. Para las rondas de 1993 y 1994 en el centro de detención, se requirió ampliar el lapso a cuatro o cinco semanas con el objetivo de asegurarse un número razonable de casos<sup>6</sup> para el adecuado desarrollo de la investigación.

3. *Características de la población.* Tal como se aprecia en el cuadro 1, existen variaciones importantes en la sala de emergencias en cuanto a la proporción de consultantes respecto al sexo. Posiblemente son reflejo de la ausencia de homogeneidad en cuanto a la aplicación de los instrumentos según el mes de cada año, lo cual plantea la necesidad de que las rondas se efectúen siempre en el mismo período.

Las personas con edades entre 17 y 31 años parecen tener una mayor incidencia en la probabilidad de ingreso, en ambos centros. La proporción de individuos entre estas edades es considerablemente mayor en el centro de detención. Asimismo, tal probabilidad disminuye sensiblemente conforme aumenta la edad de la persona.

Las diferencias en cuanto a tenencia de trabajo, en el centro de detención, obedecen al reporte, en 1993 y 1994, de actividades que se pueden catalogar como subempleo o niveles informales de la economía, lo cual, a su vez, se refleja en la clasificación de las ocupaciones.

Llama la atención que, en las tres rondas, la población de la sala de emergencias presentó menores niveles educativos que los hallados en el Centro de detención, situación que si bien debe ser objeto de mayor exploración no se opone al hecho esperado de que los sectores criminalizados presenten bajos niveles de escolaridad formal.

## RESULTADOS

### 1. Sala de emergencias

El consumo de alcohol y tabaco constituye, en los tres años del estudio, de conformidad

<sup>6</sup> En 1992 la aplicación se efectuó durante una semana con un total de 67 encuestados.

Cuadro 1

Características sociodemográficas de las poblaciones estudiadas  
en los centros de emergencias y de detenciones.1992-1994  
(Valores porcentuales)

VARIABLE	EMERGENCIAS			DETENCIONES		
	1992 (n: 1,117)	1993 (n: 1,476)	1994 (n: 1085)	1992 (n: 67)	1993 (n: 212)	1994 (n: 183)
<b>SEXO</b>						
Masculino	52,9	47,8	45,9	100	100	100
Femenino	47,1	52,2	54,1	--	--	--
<b>EDAD</b>						
12 a 16	7,0	7,1	5,6	1,5	0,9	--
17 a 21	12,5	12,7	15,5	16,9	18,5	18,5
22 a 26	13,1	15,6	17,0	21,5	19,8	22,4
27 a 31	11,7	10,9	14,8	29,4	24,5	20,2
32 a 36	9,9	10,5	11,2	16,9	15,5	16,4
37 a 41	8,1	8,5	6,8	7,7	9,5	13,0
42 a 46	4,7	7,4	5,4	1,5	6,6	6,0
47 a 51	4,8	6,2	4,5	3,1	2,3	2,2
52 a 56	4,9	4,4	4,8	--	1,4	1,1
57 a 61	5,6	4,4	3,3	1,5	--	--
62 y más	17,7	12,3	11,1	--	1,0	--
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Soltero	37,4	39,2	34,9	34,3	47,7	39,8
Casado	47,0	41,1	44,7	20,9	17,9	21,9
Unión libre	7,2	9,9	12,2	34,3	25,0	30,1
Viudo	4,4	4,2	3,2	--	0,5	--
Divorciado	2,2	3,7	3,5	1,5	0,9	3,3
Separado	1,8	1,9	1,2	6,0	8,0	4,9
NS/NR	-	-	0,3	3,0	--	--
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>						
Primaria incompleta	25,5	23,6	21,0	19,4	17,5	19,8
Primaria completa	20,6	26,8	30,0	22,4	31,5	28,5
Secundaria incompleta	27,7	23,1	24,3	32,7	35,0	28,5
Secundaria completa	8,6	13,4	10,0	7,5	9,0	10,9
Universitaria incompleta	5,0	8,1	8,7	6,0	3,7	7,5
Universitaria completa	5,0	0,1	0,9	1,5	0,5	1,0
Otra	2,4	-	-	3,0	--	--
Sin educación formal	5,2	4,9	4,7	4,5	2,8	3,8
NS/NR	-	-	0,4	3,0	--	--
<b>TENENCIA DE TRABAJO</b>						
Sí	49,1	52,7	51,3	4,5	82,5	83,6
No	50,9	47,3	48,7	92,5	17,5	16,4
NOS/NR	--	--	--	3,0	--	--
<b>CLASIFICACION DE LA OCUPACION</b>						
Estudiante	11,2	7,2	6,6	--	1,2	1,1
Ama de casa	26,7	28,1	34,3	--	--	--
Profesional	5,1	3,4	4,7	1,5	1,0	1,6
Obrero	45,2	22,7	17,2	61,5	27,9	33,3
Servicios	3,4	29,1	28,2	17,0	69,9	63,9
Jubilado/pensionado	8,4	9,5	6,9	--	--	--
NS/NR	--	--	2,1	20,0	--	--

-- No se registró información.

con lo observado en el cuadro 2, la mayor fuente de preocupación por lo elevado de las prevalencias, tanto de consumo de vida como reciente (consumidores del año previo a la aplicación del cuestionario). En lo que respecta al alcohol, los resultados evidencian niveles inferiores de consumo de vida si se los compara con los hallazgos del estudio nacional de 1990<sup>7</sup> (66%)<sup>8</sup>. No obstante, el consumo reciente es prácticamente igual según los datos obtenidos en ambas modalidades de investigación.

Al comparar con los datos del estudio nacional antes citado se encuentra que, tanto el consumo de tabaco, marihuana y cocaína de por vida, como el reciente, es de proporciones mayores en la sala de emergencias, lo cual obedece, posiblemente, a las características sociodemográficas del área de atracción del hospital.

En lo que respecta a los restantes países de la Subregión, en 1994 se hallaron similitudes en cuanto al consumo de alcohol. Acerca del consumo de por vida de marihuana, Costa Rica es precedido por Panamá (8,6%), Nicaragua (7,8%) y El Salvador (5,7%)<sup>9</sup>. El consumo reciente de marihuana, encontrado en la sala de emergencias durante estos tres años, es semejante al hallado en la población general. No obstante, el consumo de vida en las dos últimas rondas es mayor al registrado en el Estudio Nacional de 1990.

En relación con la cocaína, tanto el consumo de vida como el reciente evidencian niveles superiores de consumo en la Sala de Emergencias con respecto a la población nacional, el cual se estimó para este último sector en 0,5% y 0,1%, respectivamente. Tal situación es preocupante desde la óptica epidemiológica, si se considera que, para el

Cuadro 2

Proporciones de prevalencia de consumo de drogas en pacientes atendidos en la Sala de Emergencias del Hospital San Juan de Dios, por tipo de droga utilizada, según año y tipo de prevalencia. Costa Rica, 1992-1994  
(Valores porcentuales)

DROGA	1992 (n= 1117)			1993 (n=1476)			1994 (n=1166)		
	VIDA	AÑO	MES	VIDA	AÑO	MES	VIDA	AÑO	MES
Alcohol	44,1	33,2	26,5	58,0	42,0	31,0	47,5	37,7	28,1
Tabaco	40,5	29,9	27,2	45,0	28,7	25,9	40,2	30,1	26,3
Marihuana	3,3	1,7	1,6	7,0	2,7	1,7	5,1	1,8	1,3
Cocaína	1,9	0,0	1,4	3,0	1,9	1,0	2,7	0,9	0,6
Crack	*	*	*	2,0	1,4	1,1	1,8	1,4	1,3

*Nota:* El consumo de mes comprende la ingestión de una droga durante las últimas 6 y 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. El de año integra a los consumidores del último mes y a aquellos que lo hicieron hace más de un mes pero menos de un año. El consumo de vida agrupa a todas aquellas personas que consumieron alguna vez en la vida.

\* En este año no se preguntó por consumo de crack.

<sup>7</sup> En lo sucesivo, cualquier referencia a la población nacional, o la población general, tiene fundamento en la encuesta citada.

<sup>8</sup> Jiménez, F. y Bejarano, J. *Estudio nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas*. San José, C.R.: IAFA, 1991.

<sup>9</sup> CICAD/OEA, "Consumo de drogas en las capitales de Panamá, República Dominicana y de los países centroamericanos", Washington: OEA, Versión preliminar (*documento mimeografiado*) 1995.

año 1994, Costa Rica aparece como segundo país de la Subregión, en lo referente al consumo de vida de esta sustancia, lo cual se podría explicar parcialmente en términos del incremento de la oferta.

Dicho incremento se ha visto favorecido por un contexto socio-político, económico y cultural que posibilita una mayor demanda<sup>10 11</sup>

En lo referente al consumo de "crack", llama la atención que en 1994, la prevalencia del último mes es superior a la de clorhidrato de cocaína e igual a la de marihuana. Asimismo aquella es semejante a la de año y vida

del mismo "crack"; situación que podría explicarse por las características de la sustancia, en cuanto a su adictividad.

El impacto del consumo de sustancias sobre los servicios de salud se puede establecer mediante los datos de consumo activo (el de las últimas seis y veinticuatro horas), según se observa en el cuadro 3. En las tres rondas existe uniformidad en las prevalencias. El caso del consumo de alcohol es muy llamativo y sugiere que posiblemente el motivo de consulta tiene relación directa o indirecta con la ingesta.

Cuadro 3

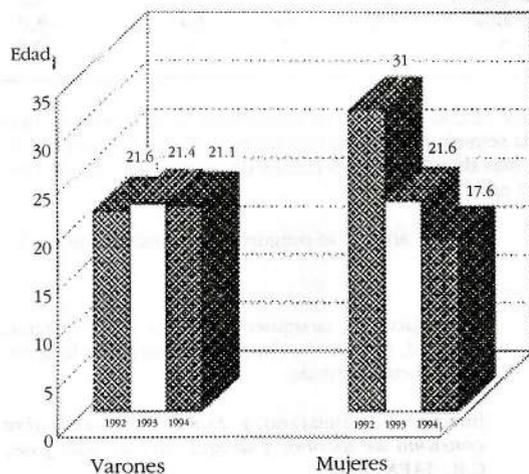
Consumo de drogas en las últimas 6 y las últimas 24 horas en pacientes ingresados a la de Sala de Emergencias del HSJD, por año, según tipo de droga. Costa Rica 1992-1994  
(Valores porcentuales)

AÑO	ALCOHOL		TABACO		CRACK	
	6 horas	24 horas	6 horas	24 horas	6 horas	24 horas
1992	5,0	9,6	12,8	20,3		
1993	4,3	9,5	13,7	21,1	0,27	0,54
1994	4,0	9,7	13,5	20,6	0,25	0,60

La figura 1 permite contrastar la evolución de la edad promedio de inicio de consumo de cocaína según sexo. Cabe destacar que los datos preliminares del estudio nacional efectuado en Costa Rica, en 1995, ponen de manifiesto un contexto semejante. La situación específica de la mujer pareciera estar relacionada con las transformaciones en sus patrones de consumo de sustancias lícitas<sup>12</sup> (alcohol, tabaco y medicamentos psicofármacos)

Figura 1

Edades promedio del primer consumo de cocaína, según sexo, en la sala de emergencias del H.S.J.D. Costa Rica, 1992-1994



10 Bejarano, J. *Las Drogas: Aspectos introductorios y fundamentos para la prevención*. San José, C. R.: EUNED, 1994

11 Del Olmo, R. *¿Prohibir o domesticar? Políticas de drogas en América Latina*. Caracas, VEN.: Nueva Sociedad, 1992.

12 Bejarano, J. y Carvajal, H. "El consumo drogas en la mujer costarricense", En: *Revista de Ciencias Sociales*, (65), setiembre de 1994, (43-55).

## 2. Centro de Detención

Tal como se observa en el cuadro 4, el tabaco y las bebidas alcohólicas son las drogas de mayor consumo en las categorías de por vida y de consumo reciente, durante las tres rondas. Esta situación es concordante con lo sucedido en la sala de urgencias y con los resultados del Estudio Nacional de 1990. A este

respecto, cabe agregar que, en promedio, el consumo de vida de alcohol en el centro de detención superó en un 21,2% la prevalencia general hallada en el estudio nacional, mientras que en el caso del tabaco correspondió al 55,6%. En relación con el consumo reciente de bebidas alcohólicas y tabaco, se presentan diferencias importantes del mismo orden anterior (33,2% y 60,2%, respectivamente).

Cuadro 4

Proporciones de prevalencia de consumo de drogas en sujetos ingresados al Centro de Atención Institucional de San José, por tipo de droga utilizada, según año y tipo de prevalencia. Costa Rica, 1992-1994  
(Valores porcentuales)

DROGA	1992 (n= 67)			1993 (n=212)			1994 (n=183)		
	VIDA	AÑO	MES	VIDA	AÑO	MES	VIDA	AÑO	MES
Alcohol	82,1	68,7	50,8	92,5	79,3	65,1	87,0	74,6	65,7
Tabaco	85,1	77,6	74,6	93,4	86,3	82,0	88,5	79,6	77,1
Mariguana	52,3	32,9	23,9	67,0	44,9	30,1	58,7	35,3	22,4
Cocaína	24,0	19,5	18,0	49,5	26,4	12,3	42,8	19,9	9,0
Crack	*	*	*	47,0	43,4	34,4	45,3	40,3	33,9
Heroína	-	-	-	2,3	-	-	3,5	0,5	-

*Nota:* El consumo de mes comprende la ingestión de una droga durante las últimas 6 y las últimas 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. El de año integra a los consumidores del último mes y a aquellos que lo hicieron hace más de un mes pero menos de un año. El consumo de vida agrupa a todas aquellas personas que consumieron alguna vez en la vida.

\* En este año no se preguntó por consumo de crack.

Lo anteriormente señalado debe constituir una fuente de suma preocupación para las autoridades del Sistema Penitenciario Costarricense, en especial porque acarrea las severas consecuencias psicosociales y fisiológicas. En el nivel sub-regional, en el año 1994, Costa Rica ocupó un segundo lugar en el consumo de alcohol de por vida y un tercero, respecto a la prevalencia del último año.

En lo referente a las drogas ilícitas (marihuana, cocaína, "crack"), la prevalencia de consumo en la vida para el conjunto de éstas, en los años 1993 y 1994 alcanzó el 70,8% y el 62,7% respectivamente, mientras que la prevalencia en la población general fue de un 4% en 1990<sup>13</sup>.

Aunado a ello, el consumo en la vida de marihuana registra una diferencia promedio de 55,6% con respecto a la población general. En el caso de la cocaína es de un 38,27%. Cabe destacar el resultado en el consumo reciente de "crack" durante el año 1994, el cual superó de manera importante los niveles de consumo reciente de otras drogas: clorhidrato de cocaína y marihuana (véase el cuadro 4).

En relación con los restantes países de la Subregión, Costa Rica ha presentado los mayores niveles de consumo de por vida y consumo reciente en las tres rondas para el caso de la marihuana y la cocaína. De igual manera, se presenta un incremento del consumo de "crack" en las rondas de 1993 y 1994.

Otro elemento por destacar se refiere al aparente aumento, y la necesidad de monito-

reo del consumo de heroína, cuyas implicaciones para este tipo de población van más allá del tema de la adicción. Este tipo de droga lleva asociados los peligros de infecciones tales como hepatitis B o VIH.

Los datos sobre consumo de sustancias lícitas e ilícitas en población detenida, ponen de manifiesto que se está frente a un sector vulnerable, tanto en el nivel económico como psicosocial, por lo cual se enfrenta a una situación de doble marginalidad, en la medida que hay una segregación social, mediante el proceso de criminalización, y un rechazo comunitario y familiar por su doble condición de delincuente y de consumidor de drogas<sup>14 15</sup>.

El consumo activo, y probablemente el abuso de alcohol y "crack", según se aprecia en el cuadro 5, podrían estar íntimamente relacionados con el motivo de ingreso, el cual consiste, en la mayoría de los casos, en la comisión de un acto ilícito. Esta situación es reforzada por el hecho de que la mayoría de los ingresos a establecimientos penitenciarios nacionales tienen como causa los delitos contra la propiedad<sup>16</sup>, los cuales, al producir un beneficio a su autor, pueden ser cometidos con la finalidad de conseguir drogas o recursos para comprarlas. Asimismo, dada la cercanía entre el momento de la detención y el período de ingesta, se presume que la infracción pudo suceder bajo los efectos de la droga.<sup>17 18</sup>

Cuadro 5

Consumo de drogas en las últimas 6 y las últimas 24 horas en sujetos ingresados al Centro de Atención Institucional de San José, por año, según tipo de droga. Costa Rica 1992-1994 (Valores porcentuales)

AÑO	ALCOHOL		TABACO		CRACK	
	6 horas	24 horas	6 horas	24 horas	6 horas	24 horas
1992	20,9	29,9	70,1	73,1	-	-
1993	26,0	34,0	74,0	79,3	17,1	23,1
1994	26,8	36,3	58,7	75,8	18,4	23,9

La edad promedio del primer consumo de diferentes sustancias muestra una reducción durante el período estudiado (véase la figura 2), lo cual constituye un elemento de singular importancia, pues una iniciación cada vez más temprana se asocia con niveles igualmente prematuros de abuso. La reducción en la edad promedio de inicio de consumo de cocaína entre 1992 y 1994, fue de 3,6 años. Esta disminución no se verifica en la población nacional masculina.<sup>19</sup>

Además, en 1995, los varones de la población general registran una edad promedio de inicio de consumo de marihuana inferior a la de las personas ingresadas en el centro de detención en 1994, diferencia estimada en 2,7 años.

<sup>14</sup> De la Garza, F., Mendiola, I. y Rábago, S. *Adolescencia marginal e inbalantes*, México, MEX: Trillas, segunda edición, 1988.

<sup>15</sup> Sáenz, M. "Compilación estadística y algunos indicadores sobre el consumo de drogas en población privada de libertad: Costa Rica 1983-1993". *Medicina Legal de Costa Rica*, (En prensa).

<sup>16</sup> Sáenz, M. "La Inseguridad Ciudadana". Los aportes de Ignacio Martín-Baró y la Criminología Crítica". En: *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad de Costa Rica (69), Setiembre de 1995, pp. 29-41.

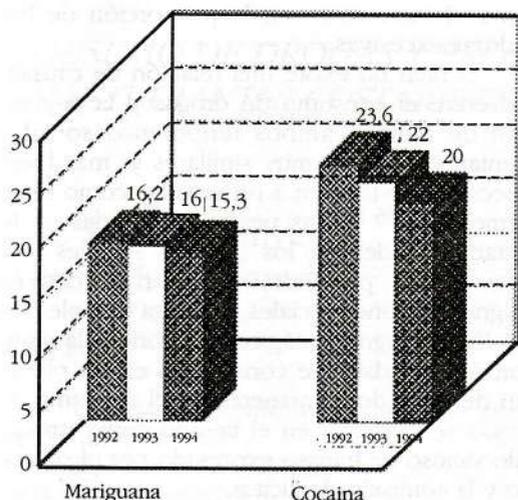
<sup>17</sup> Sáenz M., Molina, M. y Abarca, G. "El fenómeno de la farmacodependencia en el sistema penitenciario costarricense". En: *Prevención*, 3, (3), 1993, (pp. 40-47).

<sup>18</sup> Bejarano, J. y Carvajal, H. "Consumo de drogas y conducta delictiva". *Revista de Ciencias Sociales*, Universidad de Costa Rica (60), junio de 1993, pp. 51-62.

<sup>19</sup> Esta afirmación es el resultado de contrastar los datos del estudio nacional de 1990, con la información inédita del estudio efectuado en 1995.

Figura 2

Edades promedio del primer consumo de marihuana y cocaína, según año en el CAI de San José Costa Rica, 1992-1994



## DISCUSIÓN

Los resultados expuestos, relativos al consumo de drogas lícitas e ilícitas, tanto en el centro de detención, como en la sala de emergencias, evidencian que durante el período analizado (1992-1994) el consumo de sustancias y su impacto en el contexto institucional, ha sido de suma trascendencia.

Es un asunto de gran alcance debido, en primer lugar, a la magnitud de la población que ingresa a ambos centros con experiencias de consumo. Por otra parte, se trata de sectores de la población que no son seleccionados en otros tipos de investigación, lo cual hace que en cierta forma permanezcan ocultos dentro de los registros y estadísticas convencionales<sup>20</sup>.

No obstante la importancia citada, con respecto a la dimensión del problema, se observa que en las tres rondas los cambios cuantitativos mostrados por la mayor parte de las

drogas obedecen más a factores de índole metodológico, relacionados con la escogencia del período para la aplicación del cuestionario, que a incrementos abruptos en los niveles de consumo. Así, es posible establecer que las variaciones en relación con el año 1993, fueran el producto de la cercanía entre la aplicación de los instrumentos y la época de las festividades de fin de año, en la cual se acostumbra la ingestión excesiva de alcohol y, en población vulnerable, posiblemente de otras drogas.

Si bien el alcohol y el tabaco continúan figurando como drogas de entrada, los datos referentes a las edades promedio de inicio revelan que, tanto en las personas que ingresaron a la sala de emergencias como al centro de detención, dicho papel de las sustancias lícitas podría estarse transformando, dando lugar a la preocupante circunstancia de que el inicio pudiera estar ocurriendo con una droga ilegal. En el centro de detención, en 1994, por ejemplo, la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue 15,9 años, en tanto que la de marihuana 15,3, diferencias que también se observan en los dos años anteriores. En ese mismo lapso, en la población femenina de sala de emergencias, tanto para alcohol (19,3 años) como para tabaco (18,5 años), las edades promedio son superiores que la correspondiente a marihuana (15,7 años), situación observada también en las rondas precedentes<sup>21</sup>.

Las implicaciones de una transformación como la apuntada, la cual podría agudizarse en los próximos años, se vinculan con efectos deletéreos en el área de la salud pública y, sin lugar a dudas, con complicaciones en los ámbitos psicosocial, socioeconómico, demográfico y cultural.

Otro elemento significativo, y por ello se reitera, es la disminución en la edad promedio de primer consumo de drogas detectado en las tres rondas, ya que progresivamente se observa con mayor frecuencia en el período de la adolescencia, o bien se acerca de manera acelerada al mismo, en tanto Este resulta un momento crítico dentro del proceso de desa-

<sup>20</sup> Ortiz, A., Romano, M. y Soriano, A. "Desarrollo de un sistema de presentación de informes sobre el uso ilícito de drogas en México", En: *Boletín de Estupefacientes*, 41, (1,2), 1989, pp. 47-60.

<sup>21</sup> Estos datos guardan similitud con los hallazgos preliminares de la encuesta nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas realizada en Costa Rica en 1995.

rollo humano cuya finalidad radica primordialmente en lograr una identidad personal-social y establecer un proyecto de vida propio<sup>22</sup>, constituyéndose propicio para iniciar comportamientos adictivos, fundamentalmente debido a la presión del grupo de pares, la necesidad de sentirse incluido o incluida dentro del grupo y a la curiosidad y deseos de experimentar nuevas sensaciones<sup>23</sup>. A esto se agrega el impacto de un patrón cultural individualista y, cada vez más consumista que, a su vez, enfrenta a los y las jóvenes a la imposibilidad de acceder a necesidades artificialmente creadas y, por ende, a la generación de frustración<sup>24</sup>.

En relación con lo anterior, cabe mencionar que las poblaciones que acuden a ambos centros se ubican, principalmente, en el intervalo de los 17 a 31 años, lo cual constituye un elemento que, más allá de la connotación de problema de salud pública con efectos significativos en diferentes esferas, demuestra la vulnerabilidad de los sectores jóvenes.

Dentro de este contexto cabe poner énfasis en la urgencia de que las autoridades, tanto del ámbito de la salud como del educativo, adopten medidas preventivas orientadas al mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de la población femenina, grupo que ha mostrado un descenso significativo en la edad de inicio de consumo de cocaína (según se

mostró en la figura 1), mariguana, tabaco y alcohol. Esta situación parece agravarse si se toman en consideración otros hallazgos efectuados en Costa Rica<sup>25</sup> acerca del consumo de psicofármacos en este sector poblacional, así como el incremento en la proporción de bebedoras excesivas.

Si bien no existe una relación de causalidad entre el consumo de drogas y la generación de delitos, ambos fenómenos sociales cuentan con raíces muy similares y, más bien, pareciera que tienden a presentarse como complementarios<sup>26 27</sup>. Las personas privadas de libertad proceden de los sectores sociales más vulnerables y, por ende, al carecer de acceso a las gratificaciones sociales, la droga cumple una función de ingreso mágico e ilusorio a la gratificación negada y de constituirse en un objeto con deseo<sup>28</sup>, de tal manera que el consumo de drogas se perpetúa en el tiempo como un círculo vicioso de fracaso expresado por el consumo y la comisión de ilícitos.

Más que provocar una situación de alarma nacional, los hallazgos efectuados mediante el proyecto deben alertar a las autoridades nacionales para que la sociedad se sensibilice y se puedan hallar procedimientos preventivos y de represión alternativa que favorezcan una disminución efectiva de los niveles de consumo.

22 Krauskopf, D. *Adolescencia y educación*, San José, C.R.: EUNED, 1982.

23 Sáenz, M. y Arroyo, G. "Estrategias de abordaje con menores infractores institucionalizados en situación de farmacodependencia: algunas observaciones en el caso de Costa Rica". Ponencia presentada al VIII Seminario Regional sobre Medidas Efectivas para Combatir Delitos de Drogas y Mejorar la Administración de Justicia Penal. San José, C. R.: ILANUD, 31 de julio al 11 de agosto de 1995.

24 Yong, M. "Sinopsis de las patologías sociales en Costa Rica". En Villasuso, J. (ed.) *El nuevo rostro de Costa Rica*, Heredia, C.R.: CEDAL, 1992.

25 Bejarano, J. y Carvajal, H. *Op.cit.*, 1994.

26 Neuman, E. *Droga y criminología*, México, D.F.: Siglo XXI editores, 1984.

27 Bejarano, J. y Carvajal, H. *Op. cit.*, 1993.

28 Carmona, J. "Adicciones: La droga no es la sustancia". *Inscribir el psicoanálisis*, I, pp. 110-120, junio, 1994.

Mario Alberto Sáenz Rojas  
Apdo. 1871-1100 Tibás  
Costa Rica

Julio Bejarano Orozco  
Instituto sobre Alcoholismo y  
Farmacodependencia  
Apdo. 4494-1000 San José  
Fax 224-6762