# Consumo de Drogas en Costa Rica

# Encuesta Nacional 2010

# *Consumo de Cocaína y Crack*

**Elaborado por: William Chacón S.**
**Sara Madrigal R.**

Costa Rica, 2012
**Fascículo sobre Cocaína y Crack. Serie 4 de 5**

iafa
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

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 cocaína y crack. San José, CR. : IAFA, 2012.
35 p.: 515 Kb

ISBN: 978-9968-705-88 -2

1. CONSUMO. 2. COSTA RICA. 3. COCAÍNA. 4. CRACK. i. William Chacón Serrano ii. Sara Madrigal Rodríguez

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…… 11

IV. Discusión…….... 29

V. Agradecimientos…….. 31

VI. Referencias……... 31

Anexos…….. 33

# I. Introducción

El fenómeno de las drogas se presenta a nivel mundial con diferentes manifestaciones en su comportamiento. Los patrones de consumo son dinámicos, expresando distinciones variables en relación a las diferentes sustancias que se consumen. Los problemas asociados al consumo de drogas tampoco han disminuido, ya que cotidianamente se perciben problemas sociales relacionados, vinculado principalmente a la disponibilidad de ellas en los mercados. Según el informe mundial de drogas (ONODC, 2010), el mercado de las drogas ha venido cambiando a partir del 2004 donde drogas como la cocaína se estaba desplazando a mercados principalmente de países europeos como España y Reino Unido, y donde se afirma que el mercado hacia EEUU, ha venido presentando un descenso a partir de 1990, a pesar de que sigue siendo un mercado importante para drogas como ésta. Se ha dicho que esta disminución podría estar influenciada por las intervenciones en cuanto a incautaciones y las medidas de represión en México que han influido para disminuir la oferta en ese país.

Por otro lado, la afectación por el aumento de las personas con dependencia que sufren los países de paso de drogas es más evidente con el transcurso de los años, sobre todo en los países de desarrollo medio, donde se ha constatado que son países con muchas limitaciones para la atención de las drogodependencias, estos países cuentan con menos centros especializados para la atención en drogas como si lo tienen los países más ricos, donde la población si puede pagar los tratamientos o tienen mayor facilidad.

Los datos obtenidos con la V Encuesta Nacional sobre consumo de Drogas en Costa Rica 2010, permiten generar estimaciones de indicadores sobre consumo de drogas ilícitas como la cocaína[1] y el crack[2], específicamente sobre: prevalencia, incidencia, edades de inicio de estas sustancias, los cuales han

[1] La cocaína es un alcaloide derivado de la planta Erythroxilum (coca). Es un estimulante del sistema nervioso central.
[2] El crack es la segunda forma de consumo de la cocaína que generalmente se fuma.

mostrado tasas de consumo reducidas en la población, aunque, es evidente el incremento que dicho consumo ha experimentado a lo largo de los últimos años.

El presente documento aporta información sobre el consumo de estas drogas, a pesar que ambas sustancias tienen el mismo componente activo, la cocaína es un polvo blanco que se inhala y el crack es el derivado de la cocaína y éste se fuma principalmente, estableciéndose la diferencia entre ambas, por lo que se analizaran los datos de forma separada.

Como parte del objetivo general, se pretende brindar información sobre el consumo de cocaína y crack en el contexto de la población residente en el territorio nacional. A partir de ello, se desprenden los siguientes objetivos específicos: -determinar los niveles de prevalencia, incidencia y edad de inicio del consumo de cocaína y crack en la población nacional; -verificar el consumo de la cocaína y el crack y su relación con algunos problemas de salud en los consumidores.

En Costa Rica, la problemática relacionada con las drogas "ilícitas", como lo son la cocaína y el crack, se encuentran controladas por la Ley 8204 "Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicoactivas, Drogas de uso no Autorizado y Actividades Conexas", la cual tiene como fin:

> *Artículo 1 "La regulación de la prevención, el suministro, la prescripción, la administración, la manipulación, el uso, la tenencia, el tráfico y la comercialización de estupefacientes, psicotrópicos, sustancias inhalables y demás drogas y fármacos susceptibles de producir dependencia física o psíquica"*.

Entre tanto, al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), como ente del Sector Salud, le corresponde la prevención y tratamiento del consumo de drogas en la población nacional, por lo que ha venido realizando esfuerzos para, no sólo crear políticas de intervención en tratamiento, sino también en poner a disposición la información necesaria acerca del consumo de drogas; es así como se incorpora esta V Encuesta sobre el Consumo de Drogas.

Esta entrega corresponde a información acerca del consumo de cocaína y crack en Costa Rica, que se deriva de la quinta encuesta sobre epidemiología del

consumo de drogas, la cual se realiza en la población nacional desde 1990. Se destaca una aproximación a los resultados principales del consumo de estas sustancias.

El informe concluye con una serie de hallazgos del consumo en Costa Rica, en el que se expresan las repercusiones y las tendencias del consumo de estas drogas.

# 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, las constituyeron las personas de 12 a 70 años cumplidos residentes en un hogar o vivienda, en territorio costarricense en el año 2010 que pudieran responder una entrevista personal sobre hechos de su vida, en materia de consumo de drogas y sobre percepciones asociadas al mismo.

### *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 que se visitaban todos los hogares, seleccionando un informante en cada uno de ellos.

### *Estratificación*

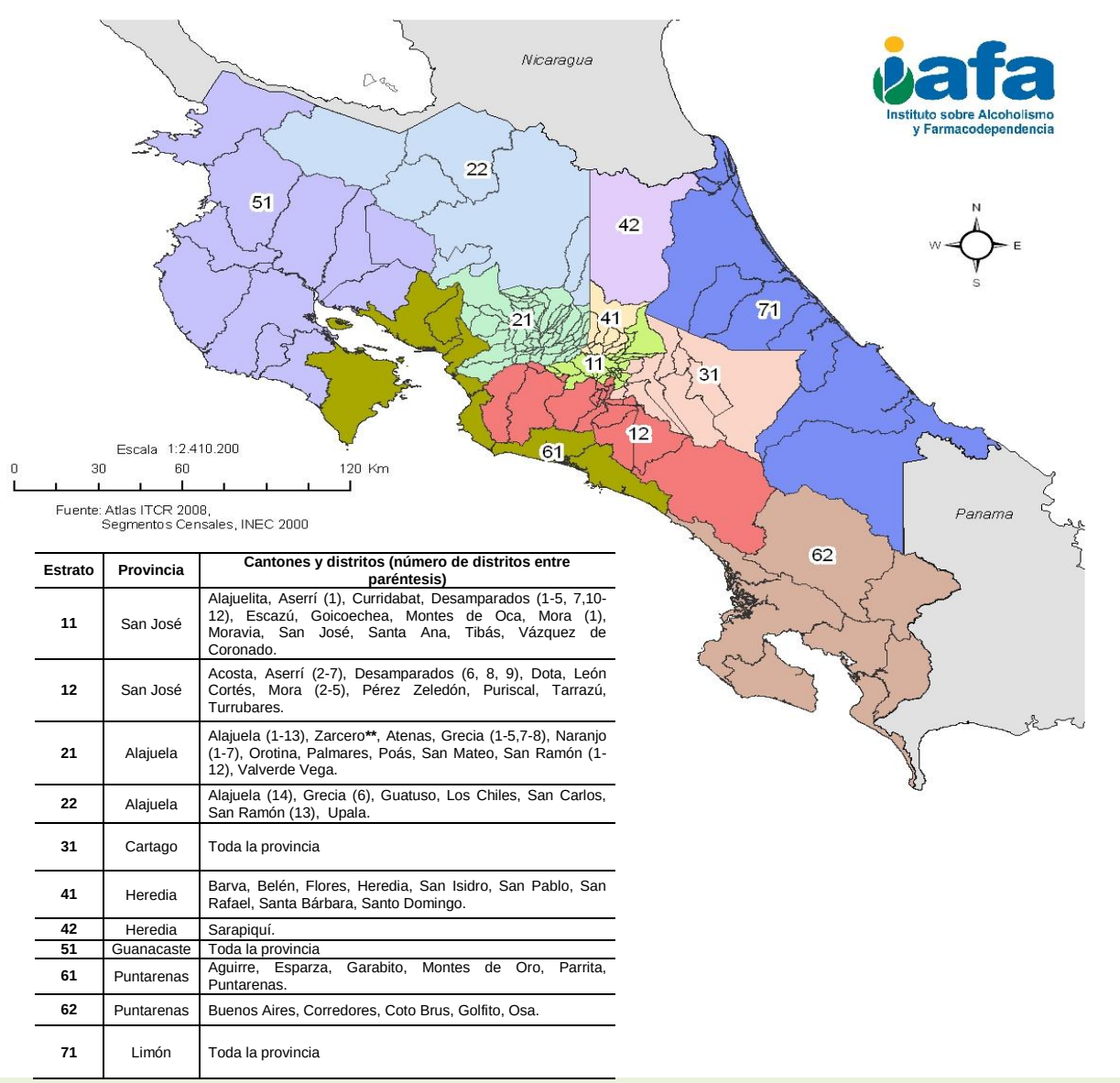
El territorio del país fue estratificado en once (11) estratos, algunos de los cuales coinciden con las provincias nacionales. Tal fue el caso de las provincias de Cartago, Guanacaste y Limón. Las restantes provincias fueron divididas en dos (2) estratos cada una. Para las restantes provincias que integran el Valle Central, a saber, San José, Alajuela y Heredia, se dividió 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**




| Estrato | Provincia | Cantones y distritos (número de distritos entre paréntesis) |
|---|---|---|
| **11** | San José | Alajuelita, Aserrí (1), Curridabat, Desamparados (1-5, 7,10-12), Escazú, Goicoechea, Montes de Oca, Mora (1), Moravia, San José, Santa Ana, Tibás, Vázquez de Coronado. |
| **12** | San José | Acosta, Aserrí (2-7), Desamparados (6, 8, 9), Dota, León Cortés, Mora (2-5), Pérez Zeledón, Puriscal, Tarrazú, Turrubares. |
| **21** | Alajuela | Alajuela (1-13), Zarcero******, Atenas, Grecia (1-5,7-8), Naranjo (1-7), Orotina, Palmares, Poás, San Mateo, San Ramón (1-12), Valverde Vega. |
| **22** | Alajuela | Alajuela (14), Grecia (6), Guatuso, Los Chiles, San Carlos, San Ramón (13), Upala. |
| **31** | Cartago | Toda la provincia |
| **41** | Heredia | Barva, Belén, Flores, Heredia, San Isidro, San Pablo, San Rafael, Santa Bárbara, Santo Domingo. |
| **42** | Heredia | Sarapiquí. |
| **51** | Guanacaste | Toda la provincia |
| **61** | Puntarenas | Aguirre, Esparza, Garabito, Montes de Oro, Parrita, Puntarenas. |
| **62** | Puntarenas | Buenos Aires, Corredores, Coto Brus, Golfito, Osa. |
| **71** | Limón | Toda la provincia |

## *Selección de segmentos*

Con base en la segmentación del país generada para el censo del año 2000 por el Instituto Nacional 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 con el esfuerzo cartográfico del año 2000.

Como se indicó 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 de 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 12 a 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%, así como 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, esto 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 2006, 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 más 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

### *Derivados de la hoja de coca*

Los resultados obtenidos en este estudio permiten dar seguimiento a las tendencias sobre consumo de algunos de estos derivados, (la cocaína y el crack), en la actualidad en el país.

Al analizar estos resultados epidemiológicos de los derivados de la hoja de coca en Costa Rica, se explican algunos aspectos sobre el consumo de estas sustancias, sobresaliendo la cantidad baja de consumidores, pero con un alza leve en el tiempo; lo anterior se muestra en la Tabla 1.

### *Prevalencia del consumo de derivados de la hoja de coca*

Aunque los valores para los derivados de la hoja de coca persisten bajos en la población general, se aprecia una tendencia al aumento desde inicios de los años noventa, donde se empezó a dar importancia al estudio del consumo de estas sustancias provenientes del procesamiento de dicha planta. En la actualidad se tienen datos más consolidados sobre el consumo de los derivados de la hoja de coca, específicamente de cocaína y crack como se verá más adelante.

A continuación, se muestran en la Tabla 1, los niveles de prevalencia del consumo de los derivados de la hoja de coca.

**Tabla 1. Niveles de prevalencia de consumo de derivados de la hoja de coca en personas de 12 a 70 años residentes en viviendas, por sexo Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010**
**(valores porcentuales)**

| Período de consumo | 1990 | 1995 | 2001 | 2006 | 2010 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Vida** | **0,5** | **1,0** | **1,9** | **2,2** | **3,0** |
| Hombres | 0,7 | 1,8 | 3,2 | 3,5 | 4,8 |
| Mujeres | 0,2 | 0,1 | 0,6 | 0,8 | 1,2 |
| **Año** | **0,2** | **0,4** | **0,5** | **0,3** | **1,0** |
| Hombres | 0,3 | 0,8 | 1,0 | 0,6 | 1,6 |
| Mujeres | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,3 |
| **Mes** | **0,1** | **0,2** | **0,3** | **0,1** | **0,6** |
| Hombres | 0,2 | 0,4 | 0,5 | 0,3 | 1,1 |
| Mujeres | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 |

Al evaluar la tendencia general de estos indicadores en los ultimos 20 años,se ha venido manifestando un patron de aumento, desde el año 1990, aunque no de forma abrupta pero sí mantenido en el tiempo.

En este grupo de sustancias, la prevalencia de consumo en la vida es tres veces mayor que la prevalencia de los últimos 12 meses (3% vrs 1%) y cinco veces más que el consumo activo (3% vrs 0,6%). Esta información permite establecer que para todos los periodos y para todos los tipos de consumo, los hombres representan la proporción más alta de consumidores.

## *Incidencia del consumo de derivados de la hoja de coca*

Con respecto a la incidencia para el consumo de derivados de la hoja de coca, para el año 2010 fue de 2,5 por mil habitantes, lo que equivale a afirmar que de cada mil personas no iniciadas en el período de los 12 meses previos a la realización de la encuesta, 2,5 empezaron a consumir algún derivado de la hoja de coca. En los hombres la incidencia fue de 3,5 por mil, en tanto en las mujeres de 1,5 por mil habitantes. En el 2006 se había presentado un valor general de 2,3 por mil habitantes, lo que evidencia un ligero aumento.

### *Edad de inicio*

La edad promedio de inicio del consumo de derivados de la hoja de coca fue de 19,1 años. En el caso de los hombres la edad de inicio fue 19,2 años y para las mujeres 18,6 años.

Se considera, según los estudios realizados, que los iniciados en este grupo de drogas lo estarían haciendo después de haber consumido otro tipo de sustancias como el alcohol, tabaco o marihuana, cuyas edades de inicio son más tempranas. Esto se explicaría por el hecho de que la mayoría de personas se inician primero con estas drogas dado que son legales, a excepción de la marihuana que aún no lo es, por ejemplo en Costa Rica, teniendo más facilidad para obtenerlas y donde las personas están más expuestas al consumo, en especial al alcohol y tabaco por la disponibilidad en el mercado.

Es curioso que los hombres presenten una edad más tardía de inicio del consumo de drogas derivadas de la hoja de coca, a diferencia de las mujeres que se estarían iniciando primero en el consumo de estas drogas.

En el caso de atenciones a la población, se ha evidenciado que en las intervenciones que se llevan a cabo en los centros de tratamiento, urgencias hospitalarias y muertes asociadas directamente con el consumo de drogas ilegales, se presentan más en hombres que en mujeres (PNSD/OED, 2009).

En relación con lo anterior, en Costa Rica, existen más centros de internamiento para hombres que para mujeres, estos brindan diversos programas de intervención, según lo reportado en atenciones para el año 2010 en centros de tratamiento, de éstas, 14,250 correspondieron a hombres y sólo 877 a mujeres, evidenciando la diferencia que existe por sexo. Este aspecto refuerza la teoría de que el consumo es más común en hombres que en mujeres.

Es claro que podría en ciertos sectores del país no brindarse la atención necesaria a la población femenina, ocasionando que no se tenga un panorama claro de las necesidades de tratamiento para las mujeres.

## *Consumo de cocaína*

La cocaína es una droga estimulante de la cual se distinguen diferentes formas de abuso, que van a determinar el grado de adicción que puede generar esta sustancia. Existen diferentes formas de abuso, sin embargo, las más conocidas son la esnifada e inyectada (Lizasoain, I.,Moro, M.A y Lorenzo, P, 2001) La forma esnifada es más común, su absorción es rápida, generando un efecto de energía y locuacidad en la persona: la inyectada es también frecuente, en este caso los efectos farmacológicos y psíquicos son inmediatos.

La cocaína, al ser una droga que tiene un mayor costo en el mercado, se asocia con un mayor estatus social y económico y un mayor nivel educativo de los consumidores. Sin embargo, podría no ser así para todos los casos, aspecto que ha mencionado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), la cual determinó, que los consumidores de cocaína se encontraban en todas las clases socioeconómicas, además, de todos los grupos de edad y estado civil.

Por otro lado, se ha afirmado que, específicamente en población joven, existe un mayor riesgo de consumir cocaína u otras drogas después de tener antecedentes con el alcohol y tabaco (Herrera-Vázquez, M., Wagner, F; Velasco, E; Borges, G., 2004).

## *Prevalencia del consumo de cocaína*

La prevalencia de vida del consumo de cocaína, ha presentado un incremento desde 1990, al pasar de 0,5% a 3% en el 2010, según se aprecia en la Tabla 2.La prevalencia de vida como se observa en los cuatro estudios realizados anteriormente, sugiere que la mayor cantidad de personas que han consumido esta sustancia, lo han hecho de forma experimental, esto quiere decir que muy posiblemente la utilizaron unas cuantas veces y dejaron de hacerlo. Esto se confirma por la diferencia que existe entre la prevalencia de vida en comparación con la del último año y del último mes.

A continuación se muestra la Tabla 2 sobre los niveles de prevalencia.

**Tabla 2. Niveles de prevalencia de consumo de cocaína en personas de 12 a 70 años residentes en viviendas, por sexo Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010**
**(valores porcentuales)**

| Período de consumo | 1990 | 1995 | 2001 | 2006 | 2010 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Vida** | **0,5** | **0,9** | **1,8** | **1,8** | **3,0** |
| Hombres | 0,7 | 1,6 | 3,0 | 2,9 | 4,7 |
| Mujeres | 0,2 | 0,1 | 0,6 | 0,7 | 1,1 |
| **Año** | **0,2** | **0,3** | **0,4** | **0,2** | **0,8** |
| Hombres | 0,3 | 0,5 | 0,6 | 0,4 | 1,3 |
| Mujeres | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,2 |
| **Mes** | **0,1** | **0,1** | **0,2** | **0,1** | **0,6** |
| Hombres | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,1 | 1,1 |
| Mujeres | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 |

Con respecto a la prevalencia de consumo del último año, esta se mantiene en 0,8%, la cuales significativamente más alta en los hombres, alcanzando un 1,3% en comparación con un 0,2% en las mujeres.

Al comparar estos resultados con los datos estimados para la población general de Chile en 2010, (CONACE, 2010), se evidencia que también existe una diferencia por sexo en esta prevalencia del último año. En el caso de Chile se estableció una prevalencia de consumo del último año para hombres de 1,2% y para mujeres de 0,1%.

El consumo del último mes es de 0,6%, porcentaje de consumidores de esta droga que se considera bajo, tanto en hombres como en mujeres.

En el caso del análisis de consumo por grupos de edad, se confirma que el conjunto más importante de consumidores se encuentra entre las edades de 20 a los 29 años, es decir, edades que corresponden a la población económicamente activa.

**Tabla 3.Porcentajes de consumo de cocaína por grupos decenales de edad y sexo de personas de 12 a 70 años residentes en viviendas 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 | 2,0 | 0,5 | 0,9 | 0,3 | 0,9 | 0,3 |
| De 20 a 29 | 8,7 | 3,6 | 2,7 | 0,6 | 2,4 | 0,0 |
| De 30 a 39 | 7,1 | 0,6 | 1,8 | 0,0 | 1,8 | 0,0 |
| De 40 a 49 | 2,9 | 0,3 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| De 50 a 59 | 2,8 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| De 60 a 69 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 70 años | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| **Total** | **4,7** | **1,1** | **1,3** | **0,2** | **1,1** | **0,1** |

Como se aprecia en la Tabla 3, el consumo de sustancias psicoactivas como la cocaína tiende a diferenciarse según la edad de las personas y afecta más al grupo de jóvenes y adultos-jóvenes, si se compara con las personas en edades superiores a los 40 años.

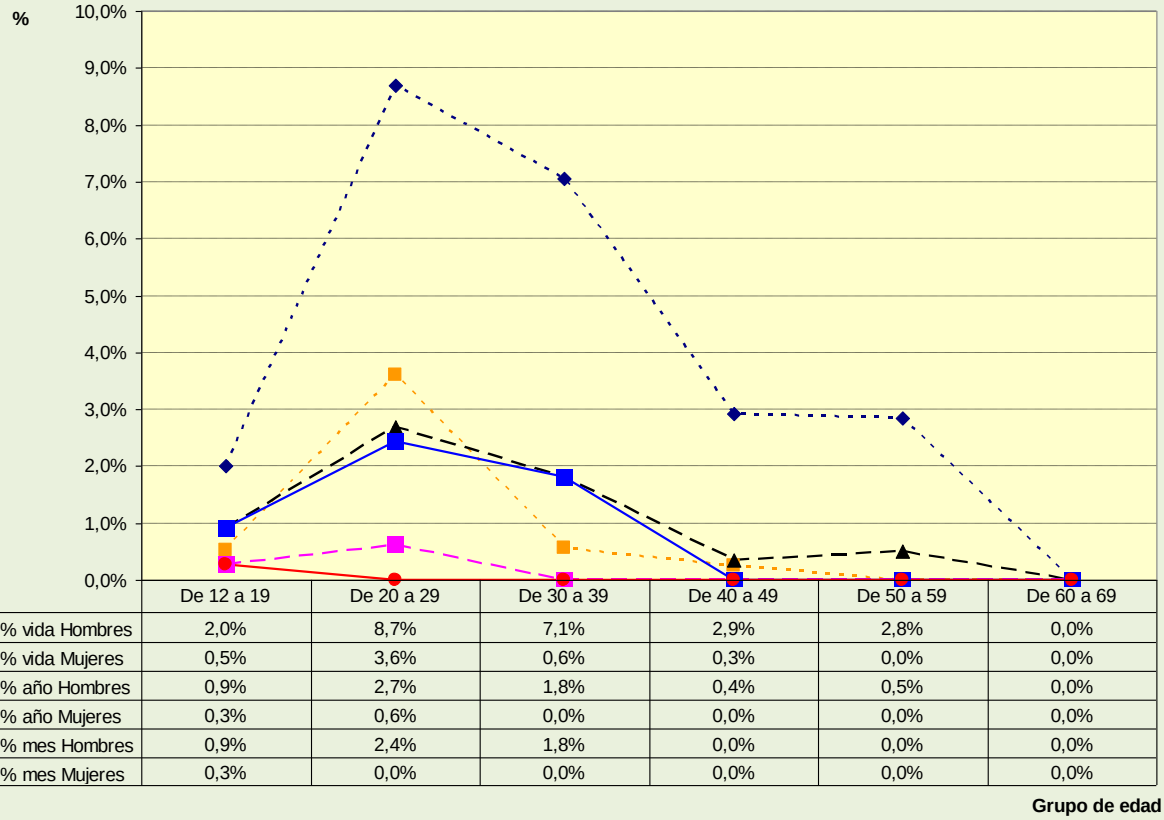
Según estos porcentajes de consumo por grupos de edad para el caso de la cocaína expuestos en la Tabla 3, se aprecia que las personas entre los 20 a 39 años son las que mayoritariamente refieren haber experimentado con esta droga y las que se mantendrían siendo consumidores activos, especialmente hombres. Las mujeres, tanto en el nivel de prevalencia de vida, como del último año y del último mes, representan una proporción menor de la población consumidora.

En comparación con el consumo de cocaína en países como España, en ese país en 2007, 8% de la población había probado la cocaína alguna vez en la vida en población de 15-64 años. Además, la prevalencia de consumo de cocaína durante los últimos 12 meses fue más elevada en hombres (4,7%) que en mujeres (1,6%) y en el grupo de 15-34 años, igualmente las proporciones más elevadas de consumidores se encontraron entre los hombres de 15 a 34 años.(PNSD/OED, 2009).

Este balance muestra que, a pesar de que en todos los grupos de edad, la población ha experimentado con la cocaína, el grupo de mayores consumidores sería más reducido.

Aunque para Costa Rica no se presenta un aumento acelerado en la prevalencia de vida del consumo de cocaína como en España, sí se percibe el incremento en los diferentes informes realizados.

**Figura 2. Porcentajes de consumo de cocaína por grupos decenales de edad y sexo de personas de 12 a 70 años residentes en viviendas. Costa Rica, 2010**




| | De 12 a 19 | De 20 a 29 | De 30 a 39 | De 40 a 49 | De 50 a 59 | De 60 a 69 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| % vida Hombres | 2,0% | 8,7% | 7,1% | 2,9% | 2,8% | 0,0% |
| % vida Mujeres | 0,5% | 3,6% | 0,6% | 0,3% | 0,0% | 0,0% |
| % año Hombres | 0,9% | 2,7% | 1,8% | 0,4% | 0,5% | 0,0% |
| % año Mujeres | 0,3% | 0,6% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| % mes Hombres | 0,9% | 2,4% | 1,8% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| % mes Mujeres | 0,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |

La muestra sugiere que en el 2010 el grupo decenal de edad en que se encuentra la mayor proporción de personas que se iniciaron en el consumo de cocaína, es el que incluye a las personas de 20 a 29 años. En cambio entre los de 12 a 19 años cumplidos, esa proporción es mucho menor, por lo que el incremento al siguiente grupo de 20 a 29 es sumamente pronunciado.

A partir del grupo formado por las personas de 30 a 39 años de edad, se da una disminución en la proporción de los que señalan haberse iniciado en el consumo de cocaína.

No obstante, llama la atención, que el descenso para los hombres que conforman el grupo de 40 a 49 años parece exageradamente pronunciado. Su valor es muy similar al de hombres de 50 a 59 años que señalaron haberse iniciado en el consumo de cocaína. No es de extrañar si se considera que el llamado “boom” de la cocaína en el mundo, se da a inicios de la década de 1980. En ese momento, los hombres de 40 a 49 años habrían tenido de 10 a 19 años aproximadamente.

Tomando en cuenta el rezago que por imitación de prácticas de consumo en nuestros países, en ese rango de edades (10 a 19 años) es de esperar que sí se hubiera iniciado una mayor cantidad de personas de la siguiente generación decenal, es decir, los hombres que en el 2010 contaban con 30 a 39 años. Ellos se habrían iniciado en el consumo a principios de la década de 1990, cuando la práctica del consumo de cocaína se había extendido a los países periféricos.

Como es de esperar, las mujeres habrían mostrado un rezago respecto a los hombres en el inicio del consumo. No es de sorprender que la proporción más alta ocurra entre las que en el 2010 tenían de 20 a 29 años, mostrando las que conforman el siguiente grupo decenal un abrupto descenso en la proporción de iniciación.

### *Incidencia del consumo de cocaína*

La tasa de incidencia del consumo de cocaína para el 2010, es de 2,8 habitantes por mil, revelando que se ha presentado un aumento en comparación con el estudio del 2006, donde se mostró que la incidencia fue de 2,3 por mil habitantes. Se mantiene una diferencia importante en los hombres (4,2 habitantes por mil), con respecto al de las mujeres (1,5 habitantes por mil).

### *Edad de inicio*

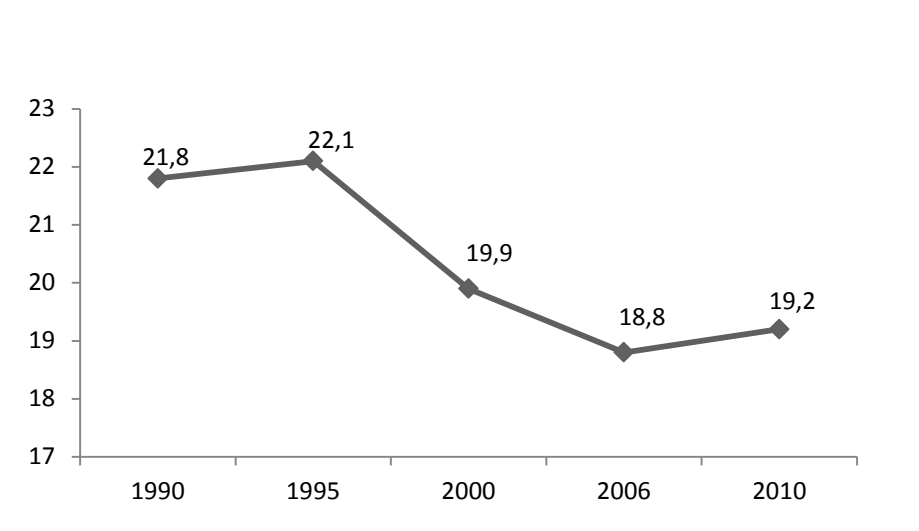
Según los datos obtenidos en la encuesta, la edad promedio de inicio del consumo de cocaína en la población nacional es de 19,2 años. Para los hombres, la edad promedio de inicio del consumo de cocaína es de 19,3 años y para las mujeres es de 18,8 años y resulta más elevada si se compara con otras drogas como el alcohol (17,4 años) o la marihuana (16,7 años).

Estos resultadosdifieren con las edades de inicio de las personas jóvenes dentro del sistema educativo, los datos más recientes para el 2011 en este grupo poblacional establecieron un inicio promedio a los 13,8 años (Bejarano, Cortés, Chacón, Fonseca, López y Sánchez, 2011).

Según lo estimado, pese a que las diferencias no son estadísticamente significativas, sería interesante determinar las razones que explican por qué las mujeres comienzan a una edad promedio a la de los hombres, cuando antes no se daba este fenómeno.

Con respecto a otros estudios pasados sobre el consumo de drogas en Costa Rica (Jiménez, F. Bejarano, J, 1991), el consumo de cocaína tuvo lugar a una edad promedio de 21,8 años. Según lo reportado en el primer estudio realizado en 1990 a partir de ese momento las edades han ido variando hasta el 2010, como se observa en la Figura 3.

**Figura 3. Serie histórica de la edad de inicio del consumo de cocaína Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010**




Como lo muestra el gráfico 3, la edad de inicio del consumo de cocaína empezó a mostrar un descenso a partir de 1995, donde pasó de 22,1 años a 18,8 años en el 2006, posteriormente se evidencia un nuevo retraso en esta edad de inicio para el 2010, ya que se registró en 19,2 años. Los adultos jóvenes siguen siendo los más propensos a experimentar con la cocaína, como se observa en el gráfico; asimismo, las edades promedio se encuentran en el rango de 18 a 23 años.

Si se compara con un país como España (OEDT, 2009), la edad promedio del primer consumo de esta sustancia se situó en 20,9 años.

Por otra parte, en EEUU para 1994, se había determinado que 11% de la población había probado la cocaína, poniendo en evidencia que era una droga muy probada por la población.

En relación con países de América Latina, existen variaciones en la edad promedio de inicio del consumo de cocaína que se evidenciaron en el estudio comparativo realizado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, en población de 15 a 64 años (CICAD/OEA, 2008), cuyos datos arrojaron quela edad promedio de inicio del consumo de esta sustancia en Argentina fue de 18,8 años, Bolivia 20,8 años, Chile 22,9 años, Ecuador 20,4años,

Perú 19,2 años y Uruguay 20,0 años para cada uno. Estos valores muestran que el comportamiento del consumo de cocaína en esos países es bastante similar al de Costa Rica, particularmente Perú (19,2 años).

### *Otras consideraciones del consumo*

Según la tendencia de consumo a través de los años, la cocaína se ha mantenido en un consumo principalmente experimental. Es evidente que el consumo que se ha reflejado en los estudios anteriores, a pesar de que ha ido en aumento en los últimos 20 años sobre todo en la prevalencia de vida, podría suponer que en Costa Rica la mayoría de las personas que se inician no continúan con el consumo activo de la sustancia.

El consumo de cocaína, según estudios realizados (ONUDD, 2009), en Estados Unidos, ha sido la segunda droga más usada, después de la marihuana entre los hombres de 18 a 25 años. Además, se consideró mayor riesgo de consumir otras drogas, cuando se había tenido experiencia precoz con el alcohol, el tabaco y la marihuana. En el ámbito mundial, los consumidores de cocaína tienden a fumar tabaco, beber alcohol y cannabis con frecuencia. Esto refuerza la teoría de que la cocaína se asocia con el consumo de otras drogas (OMS, 1995).Sin embargo, no es algo que puede darse por comprobado, puesto que, existen otros factores por determinar como la predisposición genética y factores sociales que aumentarían el riesgo de consumir la sustancia.

Con respecto a los problemas de salud, es claro que la cocaína genera menos problemas en cuanto a la atención en centros médicos, si se compara con drogas legales como el alcohol y el tabaco, por los que sí se presentan muchas atenciones.

### *Consumo de crack*

El crack es una droga estimulante altamente adictiva, derivada de la cocaína en polvo, el cual pasa por un proceso de conversión, se obtiene añadiendo amoníaco a una solución acuosa de clorhidrato de cocaína en presencia de bicarbonato sódico para alcalinizarla; se calienta a 98ºC; la base libre

precipita en forma de pasta, que una vez seca tiene aspecto de porcelana que se quiebra en escamas para la presentación (Lizasoain, I.,Moro, M.A y Lorenzo, P, 2001)

Después del clorhidrato de cocaína, el crack es la segunda droga en importancia como derivado de aquella. Produce una excitación tan intensa y casi inmediata, no obstante, a los pocos minutos produce una depresión importante, característica que hace que el consumidor necesite ansiosamente buscar otras dosis (DEPESEX/BCN, 2004).

La evidencia muestra que sus efectos físicos son semejantes a los de la cocaína pero más intensos. Al ser una droga fumada, entra más rápido a los pulmones, con un efecto a los 5 o 10 segundos. Es notoria que el consumo de crack a largo plazo afecta la salud.

Entre la sintomatología que se puede presentar debido a su consumo se encuentran la elevación del ritmo cardíaco y la presión sanguínea, lo que puede derivar en una arritmia o un ataque al corazón. Además, se ha visto que las personas que consumen esta droga, tienden al descuido personal, esto las hace vulnerables a otro tipo de enfermedades infecciosas.

### *Prevalencia del consumo de crack*

Cuando se hacen estudios en población general, los niveles de prevalencia del consumo de crack, muestran resultados bajos en comparación con otras drogas como la marihuana o la cocaína. A escala internacional, el crack es una de las drogas que presenta los niveles de prevalencia más bajos en la población consumidora de sustancias psicoactivas.

Como se aprecia en la Tabla 4, el consumo de crack en la población nacional es bajo, sin embargo, se observa un aumento, según los resultados de los tres estudios realizados anteriormente, en los cuales se observó que desde 1995 la prevalencia de vida del consumo de esta droga ha pasado de 0,4% a 1,2% en el 2010.

**Tabla 4. Niveles de prevalencia de consumo de crack en personas de 12 a 70 años residentes en viviendas, por sexo**
**Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010**
**(valores porcentuales)**

| Período de consumo | 1990 | 1995 | 2001 | 2006 | 2010 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Vida** | **nd*** | **0,4** | **0,7** | **0,9** | **1,2** |
| Hombres | nd | 0,8 | 1,4 | 1,5 | 2,0 |
| Mujeres | nd | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,4 |
| **Año** | **nd** | **0,3** | **0,3** | **0,2** | **0,3** |
| Hombres | nd | 0,6 | 0,6 | 0,3 | 0,5 |
| Mujeres | nd | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| **Mes** | **nd** | **0,2** | **0,1** | **0,1** | **0,2** |
| Hombres | nd | 0,4 | 0,3 | 0,1 | 0,4 |
| Mujeres | nd | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

**(*) En 1990 no hay datos sobre consumo de crack**

En cuanto a la prevalencia de los últimos 12 meses, los porcentajes se mantienen muy similares. Desde 1995 hasta el 2010 los valores no han variado significativamente, manteniendo una prevalencia de 0,3%.

Como se observa en la Tabla 4, se mantiene un ascenso en el nivel de prevalencia de vida, lo que reflejaría el deseo de experimentar con esta droga, no así en la respuesta de los consumidores del último año o último mes, cuyos valores se conservan estables, es decir, no se presenta un incremento importante en consumidores recientes o activos.

Por otro lado, si se toma en cuenta otra población, que quizás no se ha visto reflejada en este estudio, como la que se encuentra en los centros de tratamiento, los niveles de prevalencia posiblemente variarían. El impacto que puede estar causando esta sustancia a estas poblaciones, podría ser mayor y por ende verse reflejado en los resultados.

Al considerar los datos aportados por los centros que brindan programas de internamiento (ONG), se encontró que de los 7551 egresos reportados en el año 2010, el 24,9%, reportó ser consumidor de cocaína y el 29,9% de crack; datos que muestra nunca prevalencia de vida, del último año y del último mes, más elevada, en esta población.

Igualmente, en los resultados del 2010 se obtuvo que las personas que reportaron tener un miembro de la familia internado en tratamiento por consumo de otras drogas, es decir, aparte del alcohol y tabaco, fue de 0,47%y los hogares que tenían un miembro que vivía fuera de la casa por consumo de otras sustancias fue de 1,51%.

### *Incidencia del consumo de crack*

La incidencia del consumo de crack es de 0,4 por mil habitantes, lo que equivale a decir que 0,4 personas por mil no iniciadas en el consumo en los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta, empezaron a consumir.

Como se aprecia, las tasas por mil habitantes de iniciados en el consumo de crack, son bajas, en comparación con las tasas para otras drogas, como el caso de la marihuana, el alcohol o el tabaco. Este dato refleja que en la población general, las personas que se inician en el consumo de crack en los últimos 12 meses previos a la encuesta, es reducida.

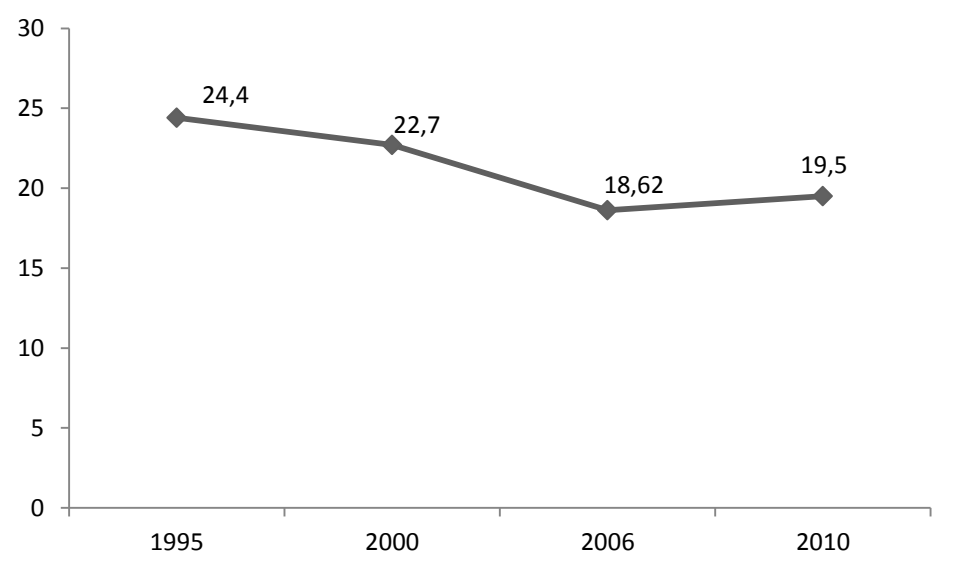
### *Edad de inicio*

La edad promedio de inicio del consumo de crack para el año 2010, es de 19,5 años, dato que muestra una edad más tardía en comparación con la de inicio del consumo de cocaína (19,2 años).

Se obtuvo como resultado para las mujeres, una edad de inicio en el consumo de 20,9 años y para los varones 19,2 años. Cabe destacar que en comparación con el 2006, donde la edad promedio de inicio del consumo de crack fue de 18,6 años, hay un pequeño retraso. Además, el consumo general de crack fue de 1,2% mientras que para el 2006 fue de 0,9%.

Si se realiza un análisis de la edad de inicio en el tiempo, se consideran aspectos interesantes en cuanto a la variabilidad de las edades de inicio del consumo, como los que muestra la figura 4.

**Figura 4. Serie histórica de la edad de inicio del consumo de crack Costa Rica, 1995, 2001, 2006, 2010**




Como se observa en el gráfico anterior, referente a datos históricos de la edad de inicio, muestra que es una droga cuyo consumo empezó a ser más estudiado en Costa Rica a partir de 1995, donde se expusieron las primeras manifestaciones del consumo de esta droga. Antes de 1990 el consumo de crack en el país era muy bajo, sin embargo, los casos empezaron a aumentar, dando lugar a que se constituyera en una droga de más atención para registrar su consumo. Como se mencionó anteriormente, en este estudio del año 2010, se muestra un retraso en la edad de inicio (19,5 años) en comparación con el 2006, que fue de18, 6 años.

Podría suponerse que al hacer referencia que es una droga muy adictiva y peligrosa, así, como el aumento en la percepción de riesgo y los programas de prevención sobre drogas, se estarían reflejando el retraso en la edad de inicio del consumo de esta sustancia psicoactiva. Igualmente el análisis por grupos de edad muestra que la población adulta joven sería la que más estaría experimentando con esta droga, aspectos que se detallan a continuación en la Tabla 5.

**Tabla 5.Porcentajes de consumo de crack por grupos decenales de edad y sexo de personas de 12 a 70 años residentes en viviendas Costa Rica, 2010**
**(valores porcentuales)**

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

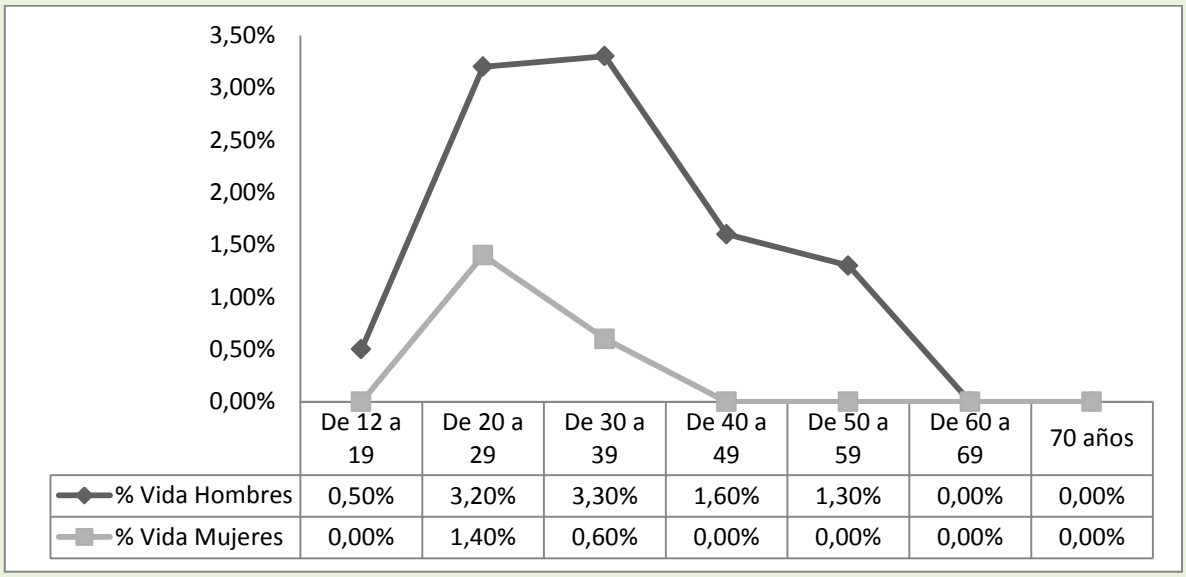
El grupo de edad que refleja mayor consumo, es el masculino con edades de 20 a 39 años, esto para todos los niveles de prevalencia. Las mujeres registran valores muy bajos, inferiores a 1%, ya que en la mayoría de los casos el reporte es 0%.Como era de esperar, las cantidades son muy bajas en este tipo de población.

Se evidencia que los hombres son los que estarían experimentando más con este tipo de droga, pues existe una diferencia significativa en relación con el consumo en las mujeres, a pesar de que los datos muestran que las mujeres se inician a edades más tempranas que los hombres.

En la siguiente figura, debido a los bajos porcentajes de consumo en la población sólo se presentan los datos de prevalencia de vida y último año en hombres y mujeres.

**Figura 5. Diferencia del consumo de crack por grupos decenales de edad y sexo de personas de 12 a 70 años residentes en viviendas Costa Rica, 2010**

.




| | De 12 a 19 | De 20 a 29 | De 30 a 39 | De 40 a 49 | De 50 a 59 | De 60 a 69 | 70 años |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| % Vida Hombres | 0,50% | 3,20% | 3,30% | 1,60% | 1,30% | 0,00% | 0,00% |
| % Vida Mujeres | 0,00% | 1,40% | 0,60% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |

La figura 5 anterior refleja más claramente la diferencia que existe en el consumo de crack entre hombres y mujeres. Aunque se refiere sólo a la prevalencia de vida, la diferencia es significativa entre ambos sexos. La mayoría de los consumidores son hombres de 30 a 39 años y mujeres de 20 a 29años. Como se observa, después de las edades antes mencionadas, se da un descenso abrupto de personas conforme las edades aumentan. Esta información resalta la importancia de determinar qué estrategias se deben implementar para caracterizar a los consumidores de esta sustancia.

### *Otras consideraciones del consumo*

Para el caso de Costa Rica, los estudios en población en riesgo, marcan una diferencia en cuanto al consumo de drogas ilícitas. Se determinó en el año 2006 que un alto porcentaje de menores de edad eran consumidores y estaban privados de libertad, (Sáenz, A., Bejarano, J., Fonseca, S, 2006), además, se establece una asociación con actos delictivos por el consumo de esta sustancia. Según el estudio mencionado anteriormente, el cual fue realizado con menores privados de libertad, se pudo observar que dos terceras partes de los jóvenes que

fueron entrevistados manifestaron consumir crack, aunado a que mucha de esta población joven estaba relacionada con consumo y actos delictivos.

Por otra parte, el crack es una droga que generalmente se asocia a bajos ingresos, y su costo es más económico en relación a la cocaína y se podría decir que la demandan las personas de más bajos ingresos. Al respecto la Organización Mundial de la Salud señala:

> *Estos comportamientos se observan principalmente entre los desempleados, las personas sin hogar, la minoría pobre y otros grupos socialmente aislados, como los trabajadores sexuales y jóvenes en la calle. Los usuarios de estos productos de coca son vistos como moralmente degenerados y delincuentes, son a menudo objeto de discriminación activa, y en ocasiones amenazo con la violencia, incluida la muerte en algunos países y lugares* (OMS,1995).

En relación a los resultados de la encuesta no se puede precisar que se de el mismo comportamiento ya que ésta es dirigida a personas que se encuentran en sus hogares y el tipo de población que se menciona anteriormente no fue objeto de estudio, poniendo en evidencia qué para ello se debe aplicar otros métodos o tipo de investigación que abarquen a las personas que están fuera de sus casas..

# IV. Discusión

El consumo de drogas ilícitas derivadas de la hoja de coca en Costa Rica, ha presentado un leve aumento con el paso del tiempo principalmente en las personas jóvenes, donde la cocaína y el crack han sido sustancias más consumidas desde la década de los noventa, a partir de donde se empezó a ver un crecimiento ligero en el consumo de esas sustancias.

Lo más destacado como ya se mencionó, es una tendencia aunque leve, al aumento del consumo en la población general. De acuerdo con los estudios realizados a lo largo de dos décadas, se ha mostrado que la tasa de prevalencia ha ido manifestando un leve aumento en el consumo de los derivados de la hoja de coca. Este patrón de aumento ha puesto en evidencia la existencia de una población tendiente a iniciarse en el consumo de estas sustancias, motivo por el cual es recomendable continuar con la búsqueda de nuevas estrategias que permitan reducir o estabilizar el crecimiento de los niveles de prevalencia para las drogas que conformarían este grupo de derivados de la hoja de coca.

La edad de inicio del consumo de crack, se muestra más tardía que la de inicio de la cocaína. Como se obtuvo en este estudio, para el 2010 hubo un retraso pasando a 19,5 años, comparado con el año 2006 donde se determinó que la edad de inicio fue 18,6 años.

Si se toma en cuenta los programas de prevención que se han impartido en la población, así como de más información de investigaciones acerca del tema de drogas, podría suponerse que se está presentando una mayor comprensión de la peligrosidad de experimentar con esta droga, conocida por ser altamente adictiva.

Por otra parte, existe evidencia para creer que la mayoría de las personas que se inician en el consumo de estas sustancias, no se mantienen como consumidores activos.

Un aspecto importante o digno de resaltar es el mayor consumo en hombres que en mujeres. Esta tendencia podría afirmar que la población masculina estaría más propensa a experimentar con este tipo de drogas, aspecto que está asociado principalmente a factores culturales que históricamente ha

reproducido la población, interrogante que debe ser objeto de evaluaciones adicionales que permitan plantear mejores estrategias de intervención.

Por otra parte, el estrato social podría marcar una diferencia entre los consumidores de estas dos sustancias, ya que un aspecto importante es el poder adquisitivo. Por un lado, la cocaína se asocia a personas con mayores ingresos, debido a su valor más alto en el mercado, comparado con el crack, que al ser más barato, es asociado a personas que no gozan de estabilidad laboral. También es claro que la dependencia, el grado deterioro, así como su mayor presencia en el mercado entre otras cosas, influirían en lo que es el consumo en la población. El grado de adicción que podrían tener con el crack, haría que los consumidores la busquen por su dependencia.

Por tanto, el IAFA como ente responsable en materia de reducción de la demanda de drogas, ha venido a enfocar sus esfuerzos en dirección a la prevención, en tanto esta es una intervención que a largo plazo es eficiente para mantener un consumo estable de drogas en la población, además, es difícil ver resultados si no se planifica las intervenciones en el tiempo, de ahí que es necesario mantener un seguimiento en el tiempo de estas estrategias de prevención.

Según la investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), relacionada con el consumo de crack en diferentes países del mundo, el consumo de esta sustancia se presentó en forma sostenida, como un problema de menor importancia en la mayoría de los países donde se realizó el estudio, pero sí como un potencial problema a futuro.

Según los datos tanto el consumo de cocaína como el de crack, en Costa Rica se presenta un aumento leve que podría continuar en el tiempo, ya que se evidencio la tendencia al alza, por lo que se hace necesario la recomendación de un mejor monitoreo del consumo de estas sustancias, que pueda ayudar a determinar si se presentan más problemas, que genere una mayor preocupación social.

# V. Agradecimientos

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 Ernesto Cortes por su apoyo en el desarrollo del documento. A Sonia Pérez por su apoyo administrativo y a María Auxiliadora por la revisión del fascículo.

# VI. Referencias

Alfaro, F. et al. (1999) Muertes relacionadas con cocaína en Costa Rica durante 1996. Obtenido 20 de enero de 2012. Med. Leg. Costa Rica [online].1999, vol.16, n.1-2, pp.07-11.ISSN14090015.

Bejarano, J., Fonseca, S., Sánchez, G. (2009), Consumo de Drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta de nacional 2006. Costa Rica: I.A.F.A.

Bejarano, J.; Cortés, E., Chacón, W., Fonseca, S., López, K. y Sánchez, G. (2011). Juventud escolarizada y drogas. Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria, Costa Rica: I.A.F.A.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones. (DEPESEX/BCN) (2004). Consumo de Drogas en los Jóvenes... Nº 131. Santiago de Chile abril de 2004. Obtenido el 13 de febrero de 2012 www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/informes/estudios_pdf.../nro131.pdf

CEPAL (2000) Producción, tráfico y consumo de drogas en América. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile, octubre de 2000. Obtenido el 3 de febrero de 2012http://www.eclac.org/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/5621/P5621.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl

CICAD/OEA (2008) estudio comparativo sobre consumo de drogas en la población general en 6 países sudamericanos-2008. Obtenido el 30 de enero de 2012 http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/pub_spa.asp

CONACE (2010) noveno estudio de drogas en población general de chiles 2010. CONACE.

Herrera-Vázquez, M., Wagner, F; Velasco, E; Borges, G. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de

Morelos, México. Salud Pública de México, marzo-abril, 132-140. Obtenido el 20 de febrero de 2012.
http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10646207

Informe mundial sobre drogas (2010) obtenido el 08 de febrero de 2012.http://www.unodc.org/southerncone/es/frontpage/2010/06/23-relatorio-mundial-sobre-drogas-2010-do-unodc-revela-tendencias-de-novas-drogas-e-de-novos-mercados.html

Jiménez, F. Bejarano, J (1991) estudio nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas 1991. Costa Rica: I.A.F.A.

Ley 8204 Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicoactivas, Drogas de uso no Autorizado y Actividades Conexas, del 11 de enero del 2002.

Lizasoain, I. Moro, M. A y Lorenzo, P. (2001). Cocaína: aspectos farmacológicos. Adicciones, 13 (sup.2), 37-45.

Observatorio español de drogas (PNSD/OED) 2009 Informe 2009 del Observatorio Español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Obtenido el 22 de enero 2012. http:// www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/oed/home.htm

Sáenz, A., Bejarano, J., Fonseca, S. (2006) Adolescentes en condiciones de vulnerabilidad: consumo de drogas en menores privados de libertad y transgresión de la ley penal. Revista de la asociación de ciencias penales de Costa Rica No. 24 Noviembre 2006.

Víquez, X (1996) algunos hallazgos epidemiológicos del crack en Costa Rica. Costa Rica: I.A.F.A.

WorldHealthOrganization (1995) (WHO)/UNICRI CocaineProject.Obtenido el 15 de enero de 2012:www.tni.org/docs/200703081409275046.pdf

# Anexo 1

## Definición de términos[3]

**Edad de inicio:** Es el indicador que muestra la edad en que las personas empezaron en el consumo de alguna sustancia psicoactiva.

**Incidencia anual:** Este indicador da cuenta de la cantidad de nuevos usuarios de algunas de las drogas derivadas de la hoja de coca en el transcurso de los últimos 12 meses con referencia al total de personas no iniciadas.

**Prevalencia de último año (o consumo reciente)**: resulta de dividir el total de la población que consumió alguna droga durante el último año entre la muestra total.

**Prevalencia de último mes (consumo actual o activo)**: Corresponde a la proporción de individuos que consumieron cocaína o crack durante el último mes.

**Prevalencia de vida:** Se refiere a la proporción de sujetos, con respecto a la muestra total**,** que han consumido cocaína o crack alguna vez en la vida.

**Segmento censal:** Un segmento es un área geográfica delimitada por puntos arbitrarios (calles, casas, ríos, etc.) dentro de la división territorial nacional y en la que se ubica un promedio de cincuenta viviendas. En este estudio, se empleó la segmentación efectuada en 2000 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

[3] 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. Provienen, a su vez, de nomenclatura utilizada internacionalmente.

**Desarrollo Institucional**

**Proceso de Investigación. 2012**

**San José, Costa Rica**

**Apartado 4494-1000**