# Consumo de Drogas en Costa Rica

# Encuesta Nacional 2010

# *Consumo de bebidas alcohólicas*

**Elaborado por: Julio Bejarano O.**

Costa Rica, 2012

**Fascículo sobre Alcohol. Serie 2 de 5**

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 bebidas alcohólicas. San José, CR. : IAFA, 2012.
32 p.: 460 Kb

ISBN: 978-9968-705-86-8

1. CONSUMO. 2. COSTA RICA. 3. ALCOHOL. i. Julio Bejarano Orozco

CONSEJO EDITORIAL

Hannia Carvajal M.
Zulay Calvo A.
Alvaro Dobles U.
Rosa I. Valverde Z.

# Índice


I. Introducción…… 4

II. Aspectos metodológicos…… 5

III. Resultados…… 11

IV. Discusión…….. 20

V. Agradecimiento…….. 24

VI. Referencias…….. 24

Anexos…….. 27

# I. Introducción

En diversas publicaciones realizadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (I.A.F.A.) desde los años setenta, se ha establecido la existencia de una ingestión per cápita de alcohol relativamente baja, como resultado de compararla con otros países, tanto de América como de Europa. Se ha indicado además que, pese a dicho consumo, los problemas por el alcohol resultan de la existencia de un patrón caracterizado por una ingesta episódica de grandes cantidades en cerca de una quinta parte de la población. Además, en fecha reciente se estableció adicionalmente (López y Bejarano, 2012) que el consumo por habitante no sólo era relativamente bajo, comparativamente, sino que experimentaba niveles menores que los detectados en años anteriores y que una posible consecuencia de esto sería poseer una mortalidad por cirrosis hepática de 4,5 por 100 mil habitantes frente a una tasa en América de alrededor de 14 por 100 mil. En México, por ejemplo, la tasa es superior a 22 por 100 habitantes (CONADIC, 2008). Acerca de la accidentabilidad en carreteras y otros trastornos asociados a la ingesta se pueden hacer consideraciones similares. Aún así, el consumo de alcohol en Costa Rica es un tema de enorme sensibilidad que ocasiona grandes erogaciones y pérdidas y produce, en lo social, un daño subjetivo, muchas veces difícil de medir, cuyas implicaciones van más allá del individuo.

Esta situación ha sido corroborada en diversos países de la Región, a juzgar por los aportes que se encuentran en el último informe de la CICAD/OEA (CICAD/OEA, 2011) sobre el estado de la cuestión en las Américas:

> "*El comportamiento de consumo riesgoso de alcohol es común entre las poblaciones de las Américas. De particular preocupación es el hecho de que algunos de los más altos índices de consumo problemático de la población en general se encuentran en países con una prevalencia relativamente baja de consumo de alcohol. Esto implica que los problemas más graves con la bebida pueden estar concentrados en grupos de alto riesgo de las minorías".* (Pág. 4).

En efecto, hay logros por destacar en materia de algunos indicadores importantes cuya reducción es evidente; sin embargo, persisten aún grandes desafíos alrededor de los grupos de mayor riesgo, los cuales comprenden a cerca de una quinta parte de la población.

Este fascículo corresponde al capítulo de consumo de alcohol que se deriva de la quinta ronda de estudios sobre epidemiología del consumo de drogas que se realiza en Costa Rica desde 1990. Su objetivo es presentar una primera aproximación a los datos fundamentales del consumo de esta sustancia en Costa Rica. Semejantes a este, se están publicando otros documentos que dan cuenta de las restantes drogas, bajo el supuesto que esta es una primera producción que precederá a documentos semejantes que abarcarán y profundizan otros aspectos o vertientes del fenómeno.

## II. Aspectos metodológicos de la encuesta

### *Población de interés*

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

### *Unidad estadística y unidad informante*

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

### *Técnica de recolección de datos*

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

### *Diseño de muestra*

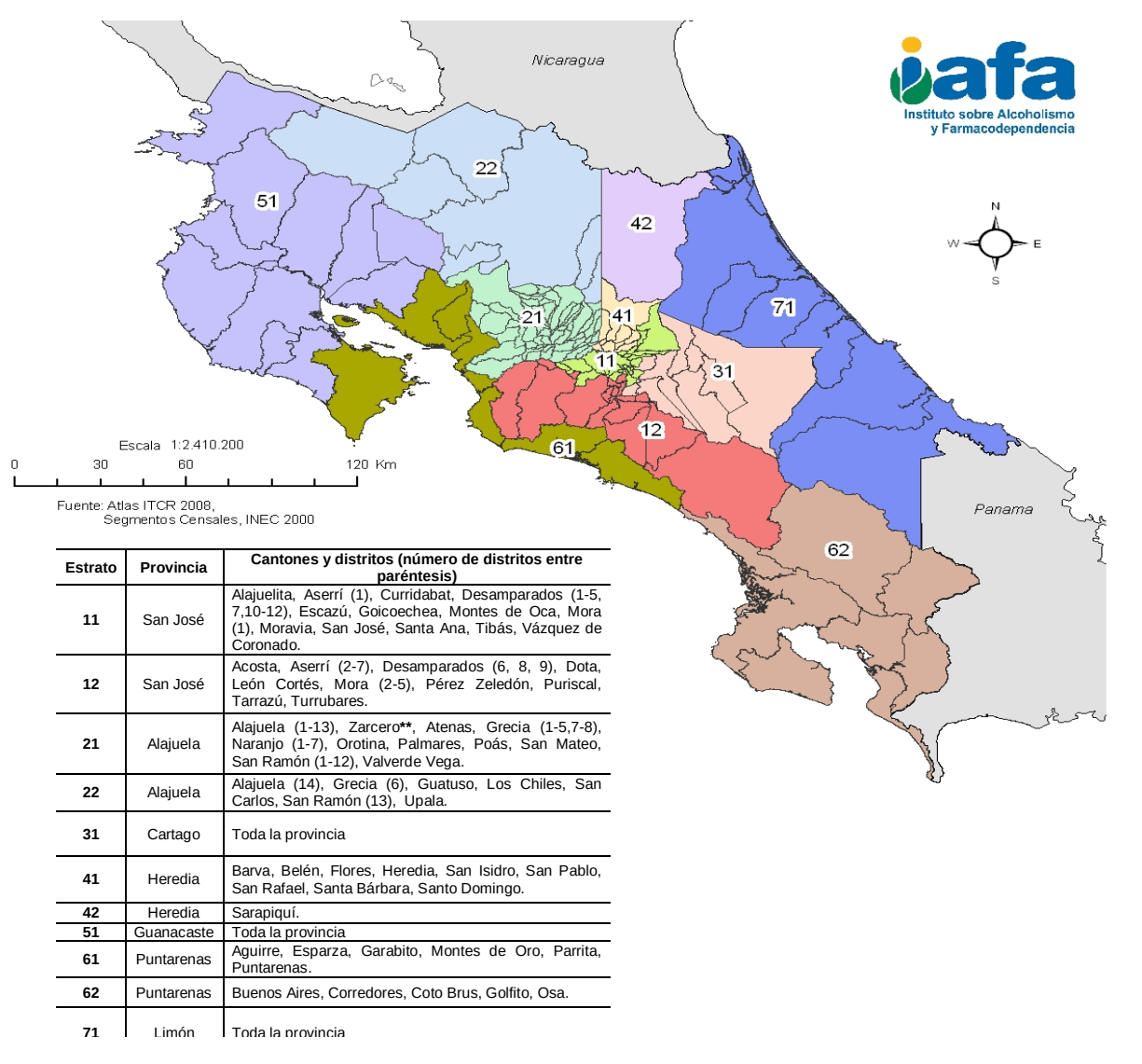
La muestra se diseñó para ser seleccionada siguiendo las pautas de un muestreo estratificado de conglomerados. El país fue dividido en estratos de los cuales se seleccionaron segmentos censales, en los cuales se visitaban todos los hogares, seleccionando un informante en cada uno de ellos.

### *Estratificación*

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

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

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




| 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 Estadísticas 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 la actualización cartográfica del año 2000.

Comose indicaba anteriormente, la cantidad mínima de segmentos censales que se planeó visitar en cada estrato fue de 3, 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 submuestrados.

### *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 los 12 a los 70 años cumplidos y pudiera responder a una entrevista personal. La muestra final obtenida fue de 3004 entrevistas efectivas, lo que constituye cerca de un 60% del total previsto. Se espera, a priori, un error de muestreo máximo de 2,5% conun 95% de confianza para las estimaciones generadas.

### *Recolección de datos*

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

### *Captura de datos*

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

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

### *Generación de resultados*

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

### *Limitaciones metodológicas*

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

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

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

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

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

del dato desde el documento llenado en el campo con el registro de las respuestas. La experiencia fue novedosa 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

### *Prevalencia del consumo de alcohol*

Como se indicó en el informe de la encuesta de hogares del 2006 (Bejarano, Fonseca y Sánchez, 2009), el consumo de alcohol en Costa Rica experimenta un patrón de descenso sostenido a lo largo de los últimos veinte años. La ronda del 2010no fue la excepción; sin embargo, los problemas asociados con el abuso persisten y, así como en el pasado, el país experimenta condiciones de riesgo y una afectación importante, en diferentes ámbitos, por el consumo.

Una prevalencia de consumo activo en Costa Rica de 20,5% (véasela Tabla 1), supera los valores hallados en países como El Salvador (10,1%), Guatemala (11,4%) y Nicaragua (18,1%) y se acerca a lo encontrado en México (22,9%). Niveles de prevalencia de consumo activo superiores a 50% solo se han detectado en los EEUU, Canadá y Uruguay (CICAD/OEA, 2011).

Los datos de prevalencia de vida de consumo  alcohol de 2010 muestran un descenso que debe ser examinado con suma cautela dado que si bien este indicador mostró reducciones en 1995, 2001 y 2006, con resepecto a los períodos quinquenales anteriores, la baja en el período inicialmente indicado pudiera corresponder a un problema metodológico, según se comentó en el apartado sobre Aspectos Metodológicos. Al evaluar la tendencia general de los 20 años cabría esperar un descenso o un patrón relativamente estable, más no unareducción tan abrupta desde 2006. Las próximas evaluaciones del indicador podrán brindar mejores elementos para determinar los valores reales de éste.

Lo anterior, empero, no le resta importancia a la presencia de un cambio importante en las tendencias de consumo de alcohol del costarricense: disminución en algunos niveles de ingestión, lo cual es positivo como efecto de lineamientos de política en la materia durante los últimos cincuenta años y un agravamiento visible, por ejemplo, de las condiciones de ingestión en personas jóvenes, ubicadas dentro del sector educativo.

**Tabla 1. Niveles de prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas de 12 a 70 años residentes en viviendas, por sexo Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010**

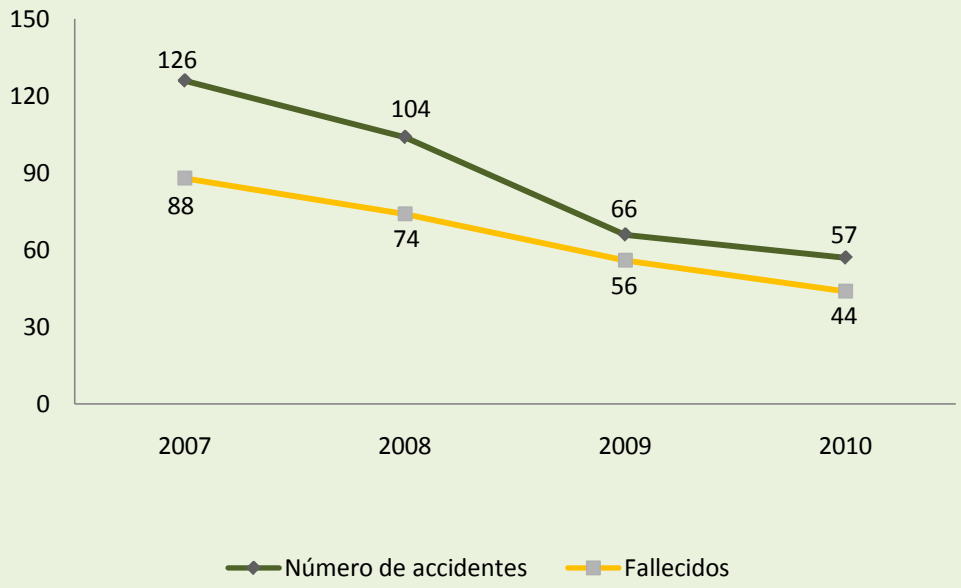
| Período de consumo | 1990 | 1995 | 2001 | 2006 | 2010 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Vida** | **66,1%** | **62,2%** | **54,3%** | **51,2%** | **38,1%** |
| Hombres | 76,9% | 78,8% | 65,3% | 61,6% | 43,8% |
| Mujeres | 55,3% | 47,0% | 43,2% | 40,4% | 32,1% |
| **Año** | **39,3%** | **40,3%** | **39,0%** | **36,0%** | **24,2%** |
| Hombres | 50,0% | 52,0% | 50,0% | 44,0% | 28,5% |
| Mujeres | 28,5% | 29,0% | 28,1% | 27,4% | 19,7% |
| **Mes** | **27,5%** | **24,8%** | **27,0%** | **24,3%** | **20,5%** |
| Hombres | 39,0% | 38,0% | 37,0% | 32,0% | 24,8% |
| Mujeres | 16,0% | 14,1% | 16,3% | 17,0% | 16,2% |

Así, para el primer caso, en el 2010 resaltaron niveles de prevalencia de los últimos doce meses y de los últimos treinta días, acerca de los cuales caben algunos aspectos de interés por destacar. Reducciones significativas ($p<0,01$) de 12 y 4 puntos porcentuales, respectivamente, parecieran guardar alguna relación parcialmente con la puesta en marcha de la Ley de Tránsito en Costa Rica (La Gaceta, 2008). Si se acepta, como indica la OPS/OMS, que hasta un 50% de la morbimortalidad por accidentes de tránsito se encuentra vinculada con el alcohol, se entenderá el poder potencial que tienen las medidas de este tipo para controlar la conducción bajo los efectos del alcohol(Monteiro, 2007). Así, según lo informa el Consejo de Seguridad Vial[1], del 2007 al 2010 ocurrieron 2486 accidentes de tránsito en Costa Rica, los cuales produjeron 1686 fallecimientos, de los cuales un 80% tuvo lugar en el sitio del accidente. La Figura 2 muestra los eventos en los cuales el consumo de alcohol fue un factor interviniente y se aprecia que, de los 353 accidentes en los que medió el consumo, se produjeron 262 muertes (un promedio de 0,74 muertos por accidente), lo cual corrobora la alta probabilidad de morir cuando el factor alcohol está presente. En aquellos accidentes en los cuales no se comprobó ingestión de alcohol falleció una proporción menor, aunque aún elevada, de personas (67 muertes por cada 100 accidentes). Esta información

[1] *Comunicación personal con especialistas del Consejo. Estos datos solo incluyen los accidentes reportados a la Dirección General de Policía de Tránsito (DGPT)*

permite establecer que la reducción observada en el número de accidentes y de fallecimientos se encontraba asociada con la implementación, antes comentada, de la citada ley de tránsito, la cual estableció penalidades importantes para aquellas personas que condujeran con niveles de alcohol en la sangre iguales o superiores de 0,05% gramos.

**Figura 2: Accidentes de tránsito totales y fallecimientos en los que medió el consumo de alcohol. Costa Rica, 2007-2010**
*(n=353)*




*Fuente: Tomado del artículo en prensa: López, K. y Bejarano, J. (2012) Abuso y dependencia del alcohol: aportes para una visión comprensiva y propuesta para una política integrada. Universidad de Costa Rica. Escuela de Salud Pública*

Al compararse la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en la que el alcohol fue un agente causal en 2007 y 2010, se tiene que en el primer año aquella fue de 2,01 por 100,000 habitantes, en tanto que en 2010 de 1,02 por 100,000, lo cual es coherente la tendencia anotada como resultado de la implementación de la Ley.

Como se aprecia en la Tabla 2, los grupos de edades en los cuales el consumo reciente de alcohol agrupa a una mayor cantidad de individuos discurren

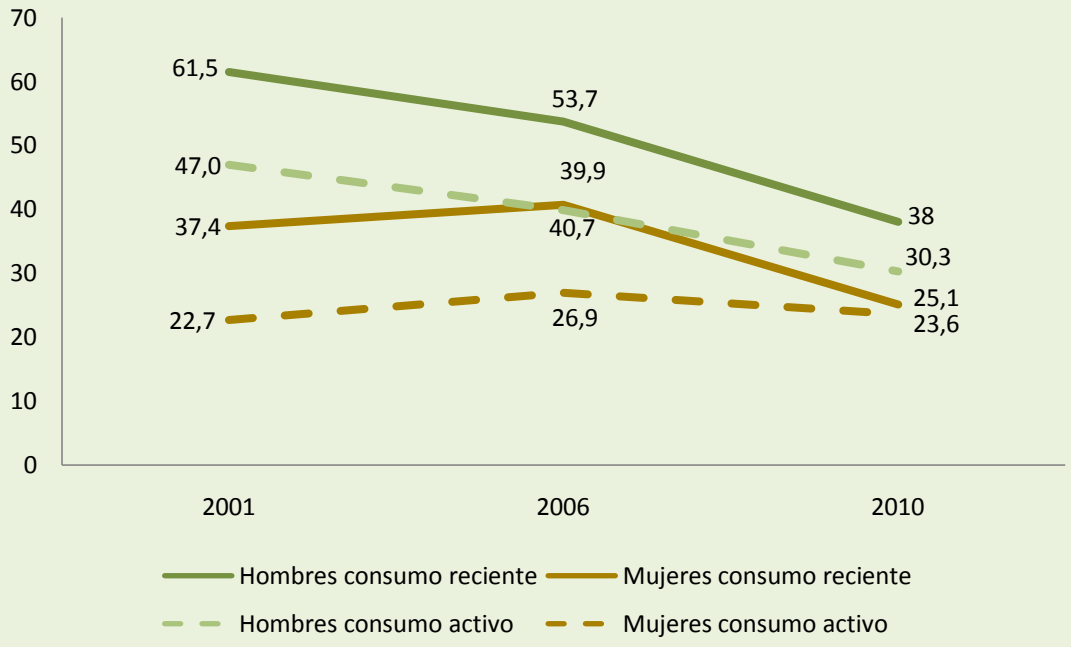
entre los 20 y 49 años de edad, tanto en los hombres como en las mujeres. Una situación semejante se presenta en relación con el consumo activo. Sobre este último indicador obsérvese que la proporción de jóvenes entre 12 y 19 años supera al 10%; valor que contrasta contra una prevalencia de consumo activo en colegiales de edades semejantes, igual a 21,7% (Bejarano, Cortés, Chacón, Fonseca, López y Sánchez, 2011).

**Tabla 2. Porcentajes de consumo de bebidas alcohólicas por grupos de edad y sexo, residentes en hogares Costa Rica, 2010**

| Grupo de edad | Prevalencia de vida | | Prevalencia de año | | Prevalencia de mes | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| De 12 a 19 | 21,7% | 20,7% | 13,2% | 14,3% | 10,9% | 10,5% |
| De 20 a 29 | 51,8% | 44,7% | 37,4% | 27,4% | 31,9% | 23,4% |
| De 30 a 39 | 44,7% | 30,2% | 29,3% | 19,3% | 27,8% | 16,6% |
| De 40 a 49 | 47,9% | 33,3% | 34,6% | 20,7% | 30,6% | 18,1% |
| De 50 a 59 | 55,0% | 31,6% | 30,7% | 17,7% | 25,5% | 12,3% |
| De 60 a 69 | 45,1% | 24,1% | 17,7% | 11,4% | 13,8% | 9,1% |
| 70 años | 26,9% | 20,0% | 19,2% | 7,5% | 19,2% | 7,5% |
| **Total** | **43,8%** | **32,1%** | **28,5%** | **19,7%** | **24,8%** | **16,2%** |

Al seleccionarse arbitrariamente al grupo de 18 a 25 años, se observan algunos aspectos de interés, al ser comparados con información del 2001 y 2006, como se muestra en la Figura 3.

**Figura 3: Prevalencia de consumo reciente y de consumo activo en personas de 18 a 25 años Costa Rica, 2001, 2006 y 2010**




Esto viene a confirmar la tendencia a la baja que se ha comentado desde el inicio, solamente que en un grupo donde el consumo reciente y activo suele agrupar a sectores más amplios tanto de hombres como de mujeres. Aún así, los datos de consumo activo son reveladores de una población masculina y femenina del orden de 95,000 y 89,614 individuos respectivamente.

### *Incidencia del consumo de alcohol*

En la ronda de 2010, la incidencia del consumo de alcohol fue de 110 por mil habitantes, lo cual equivale a afirmar que de cada mil personas no iniciadas en el período de los 12 meses previos a la realización de la encuesta, 110 empezaron a beber. En los hombres la incidencia fue de 140,8 por mil en tanto en las mujeres de 70,5 por mil. En 2006 se registró un valor de 50 por mil, que representó una reducción significativa en comparación con 2001, 1995 y 1990, de modo que el

indicador de 2010 sugiere un regreso al nivel de 2001, el cual fue de 111 por mil individuos.

### *Edad de inicio*

La edad promedio de inicio del consumo se mantiene en los mismos niveles de 2006 y 2001. Esta fue de 17,4 años, con una edad de comienzo significativamente mayor para las mujeres (18,5) en comparación con la de los hombres (16,6). Estos valores para hombres y mujeres tampoco han variado sustancialmente si se les compara con la situación en 2006 y 2001. Cabe destacar, no obstante, que ante la posible disonancia que representan estos datos cuando se les contrasta con lo que sucede estrictamente en el sector de las personas jóvenes dentro del sistema educativo, los datos más recientes de investigación en este grupo poblacional establecieron un inicio promedio a los 12,79 años (Bejarano, Cortés, Chacón, Fonseca, López y Sánchez, 2011). A diferencia de lo que aconteció en la población general, en el sector juvenil no se hallaron diferencias según el sexo, lo cual pone de manifiesto que es en este sector en el que es más palpable la convergencia de género en cuanto al consumo se refiere. Estudios posteriores podrían establecer si estas igualdades persisten o, si por el contrario, se mantienen y manifiestan en otros ámbitos y conductas, como la realidad parece mostrar. La cerveza fue la bebida de inicio para la mitad de los hombres y de las mujeres, situación semejante a la encontrada en 2006. La introducción en el mercado de una diversidad de bebidas podría explicar la ligera baja que experimentaron el *guaro* y el vino como productos de comienzo.

El tema de la edad de inicio persiste como uno de los más importantes dentro del campo. Aun cuando diversos estudios indican la necesidad de establecer límites más elevados o cuestionan los niveles presentes en diversas naciones (Hingson & Zha, 2009; Bejarano, 2007; Toomey, Rosenfeld, and Wagenaar, 1996, Warner, 1998), lo que el país podría promover como estrategia de largo plazo, sin perjuicio de que aumente o no la edad de inicio, es una transformación en las perspectivas y expectativas que rodean el inicio, el cual ha demostrado tener un significado de gran trascendencia en la vida de los y las

jóvenes (Bejarano, 2007); es decir, un cambio en la manera en que dicho evento es concebido y llevado a cabo, aspecto de gran relevancia por su potencial para mantener e incrementar la ingesta (Bremmer, Burnett, Nunney, Ravat, Mistral, 2011). Lógicamente, no se niega la importancia de promover acciones de corte promocional o preventivo que retrasen el inicio; las cuales deben persistir sin perjuicio de lo antes indicado. Esto por cuanto se conoce que el inicio temprano del consumo de alcohol se asocia con diversos problemas psicosociales y sanitarios (Donovan, 2004; Masten, A., Faden, V., Zucker, R., Spear, L., 2009; Bejarano, 2007; Becoña, 2002).

### *Consumo problemático de alcohol*

Si bien la temática del consumo problemático de alcohol será objeto de un análisis separado, en un fascículo semejante a este, cabe hacer algunas apreciaciones sustantivas sobre las preocupaciones que el asunto conlleva. Históricamente la investigación local ha permitido establecer una tasa de abuso de alcohol cercana al 40% de las personas, hombres y mujeres en proporciones semejantes, que indicaron haber bebido recientemente (*prevalencia de los últimos 12 meses*) y una de dependencia en alrededor de un 21% con una clara diferencia entre hombres y mujeres (26% y 12%, respectivamente). La utilización del AUDIT[2], en los últimos diez años, ha revelado la presencia de un consumo riesgoso (ingesta de cinco o más tragos por ocasión, bajo un patrón semanal) en alrededor de un 14,0% de las personas tomadoras del último año. El consumo perjudicial (informado por personas con sentimientos de culpa por su forma de tomar, por haberse lastimado o por herido a alguien y por haber recibido alguna recomendación para dejar de beber), agrupó a alrededor de un 8,0%, lo que habla de una tasa de ingestión riesgosa y perjudicial de un 22% de los bebedores del último año. La dependencia alcohólica, según resultados del AUDIT se ha detectado en un 4,4% de los individuos que refirieron consumo en los últimos doce meses. Estos resultados, los cuales con un buen margen de certeza persisten en el país, tienen por característica, precisamente, su estabilidad a lo largo del tiempo

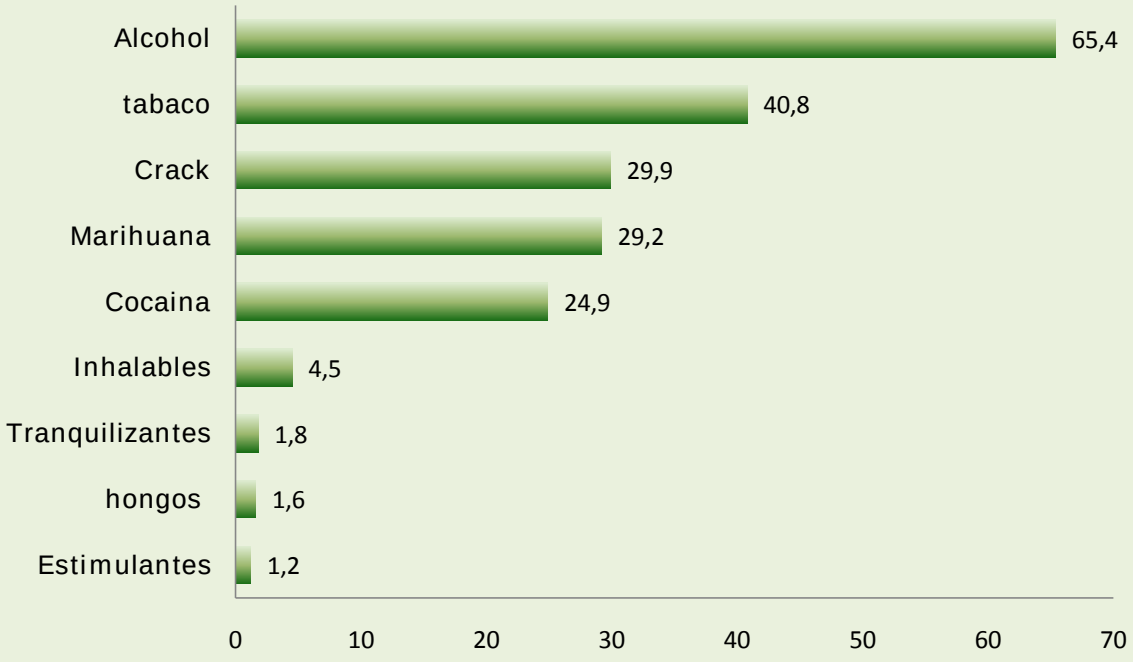
[2] Test de identificación de problemas por el consumo de alcohol (por sus siglas en inglés).

y guardan cierta semejanza (aunque en general son más bajos que lo encontrado en países como Bolivia, Colombia y Ecuador) con los hallazgos que se han efectuado en algunos de los pocos países de la Región que los han explorado (CICAD/OEA, 2011).

En teoría, la vertiente de mayor gravedad dentro del continuo del proceso de alcoholización[3] corresponde a los sujetos que por presentar una condición de dependencia y deterioro, son objeto de atención en los 68 centros de tratamiento especializados que funcionan en Costa Rica (46 ONG y 22 hospitales y clínicas públicas y privados). En 2010 egresaron, de dichos centros 7551 individuos. Según se muestra en la Figura 4, un sector muyconsiderable de dichos pacientes egresados manifestaron haber ingerido bebidas alcohólicas durante los 30 días previos al ingreso al centro y aunque dicha proporción no da cuenta del *motivo*

**Figura 4: Pacientes que egresaron de centros de tratamiento, clínicas y hospitales según droga consumida en los 30 días previos al ingreso Costa Rica, 2010**

*(n=7551)*




*Tomado de: Madrigal, S. (2010). Características de la población egresada de algunos centros de tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Costa Rica: I.A.F.A.*

[3]Proceso de alcoholización según la concepción de Menéndez (1998).

*de consulta*, bien refleja el grado, de por sí significativo, de las implicaciones que los problemas derivados del consumo generan. Una revisión preliminar de los datos de egresos correspondientes a 4,236 sujetos hasta octubre de 2011, revela que en al menos un 85% de los casos el motivo de consulta tuvo que ver con el alcohol.

La aplicación del método de *captura-recaptura*, con fundamento en la comparación de tres muestras de egresos reportados en atenciones de ONG y Hospitales (véase el Anexo 2), permitió estimar el número de individuos potencialmente demandantes de servicios de esta naturaleza en 101,147personas (con un 95% de confianza). Aunque no todos demandarían atención en exclusiva por su problema con el abuso/dependencia del alcohol, los datos aportados en el párrafo anterior sugieren que lo haría una gran mayoría[4].

A la información destacada inicialmente respecto de una reducción en los niveles de consumo cabe adjuntar, como aspecto explicativo adicional, el hecho que la capacidad adquisitiva de las personas en general ha sufrido un menoscabo importante en los últimos años. Así, existe evidencia sólida de que hay una relación positiva entre el consumo de alcohol y sus consecuencias y el estado de la economía de un país: un crecimiento económico robusto se asocia con un alto consumo de alcohol (Ritter and Chalmers, 2011). Lo contrario, es decir un mercado laboral deprimido o deteriorado sugiere un menor consumo. En América Latina pueden hallarse ejemplos de esta relación entre mayor desarrollo y consecuentemente mayor capacidad adquisitiva de las personas y un consumo con tasas al alza. Esto es consistente con la teoría económica acerca del ingreso y la capacidad de gasto (los resultados sobre las drogas ilícitas parecen menos claros y pudieran sugerir lo contrario, por lo que se requiere explorar en otros estudios estas relaciones). En Costa Rica, según lo indica Guardia (2009), el 2008 se caracterizó por ser el año en que terminó el progreso económico que se había vivido en el país en los últimos años y por comenzar un período de recesión. En el

[4]Valga indicar que aunque la utilización de este método indirecto de estimación es de reciente data en el país, cuenta con potencial como alternativa válida y económica para aproximarse a la magnitud de un determinado aspecto de la realidad, en especial cuando no es posible estudiar cada uno de los individuos de una población o a grupos de individuos por las dificultades para llegar a ellos.

mismo sentido, un informe de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica (El Financiero, 2012) sobre las tendencias de consumo de los costarricenses, reveló un cambio en el orden de prioridades, de manera que, ante el panorama económico, los costarricenses estarían restringiendo o estarían en disposición de limitar, el consumo de bebidas alcohólicas en comparación con otros productos. Se agrega que esta tendencia a la baja también se ha observado en América Latina en general (CICAD/OEA, 2011), ante lo que un análisis semejante puede caber.

# IV. Discusión

El consumo de alcohol, pero principalmente el abuso, persisten como aspectos de honda trascendencia para el país. La investigación reciente sobre el tema confirma hallazgos previos y sugiere la existencia de una senda o trayectoria que revela la eficacia de la implementación en Costa Rica de lineamientos de política que han dado resultados concretos con manifestaciones específicas en la reducción de indicadores como los de consumo per cápita, prevalencia de vida, prevalencia de consumo reciente y prevalencia de consumo actual, así como indicadores de morbimortalidad (accidentes de tránsito, cirrosis hepática, y algunos otros trastornos asociados al consumo), no menos importantes. No podía ser de otra manera, toda vez que en el país dichos lineamientos (monopolio estatal de la producción, el más antiguo, control de la publicidad, reglamentación sobre horarios para el expendio, distribución de patentes según densidad poblacional, establecimiento de límites de alcohol en sangre para la conducción de automotores, cargas impositivas, edad mínima para la compra) tienen una larga historia y de sus consecuencias da cuenta la investigación realizada.

Sin embargo, el potencial de dichas medidas podría mejorarse si se articularan de manera tal que se constituyan en una política nacional que opere bajo un liderazgo fortalecido, con voluntad política y un alto grado de conciencia pública. Además, resulta en extremo necesario que haya intersectorialidad junto con la utilización permanente de la evidencia y la construcción de objetivos y metas medibles que faciliten su evaluación. Otro reto de suyo relevante, proviene

del hecho que acerca de las bebidas alcohólicas existen percepciones en el nivel social en las que se destacan algunos de sus aspectos positivos(consideraciones sobre su poder de cohesionar socialmente o facilitar la interacción, por lo que cuenta con arraigo cultural, familiaridad y un marco general en el cual la población costarricense convive con las bebidas alcohólicas) y que posiblemente no escapan a grandes sectores de población, incluidas las personas jóvenes, por lo que cabría promover acciones eficientes de salud pública, ergo prevención e intervención especializadas, para prevenir y reducir los daños ocasionados por el abuso. En comparación con la mayor parte de los países de desarrollo intermedio, Costa Rica cuenta no sólo con más trayectoria en el campo, sino con una serie de ventajas asociadas (muchas de ellas de naturaleza idiosincrática) que resultan de las características del estado existente, una fuerte vocación por lo regulatorio, ciertos resabios de paternalismo y una inclinación por las actividades de servicio a los demás.

Cabe reconocer, además, que muchas veces los intereses económicos de la industria alcoholera, así como aquellos de los sectores asociados directa o indirectamente con ella, pueden constituirse en obstáculos para el desarrollo de las políticas y, por ende, para la salud pública. Esto ha sido así en Costa Rica y debe tenerse en cuenta permanentemente[5]. Además, debe considerarse que la proliferación de acuerdos de comercio internacional, bajo la égida de la globalización, suelen debilitar la capacidad de los estados nacionales para valerse de las mejores estrategias para impactar la generación de los problemas que implica el aumento de los niveles de oferta de alcohol en los mercados. Esta es una de las razones por las cuales se invoca la necesidad de desarrollar acciones en el nivel internacional que favorezcan las políticas de salud pública.

Puesto que los aspectos positivos del consumo, de la producción y de la comercialización de las bebidas alcohólicas aparecen de tiempo en tiempo en la opinión pública, bueno es no ignorarlos, pero sin que conduzcan a provocar

[5]*De años recientes data la promulgación de una ley de tránsito (citada al comienzo de este documento) la cual no ha adquirido la firmeza suficiente por la gran cantidad de intereses, en uno u otro sentido, que obstaculizan y afectan su pronta aprobación, a pesar de haberse demostrado su claro impacto sobre la conducta de beber de los conductores.*

distorsiones[6]. Ante todo, el estado debería orientar el desarrollo de una conciencia nacional que conozca y pueda enfrentar los retos que supone, para las mayorías en todos los sectores, la convivencia con un producto el cual debe enmarcarse dentro regulaciones y condiciones de orden social que aseguren el menor daño posible para sus usuarios, un objetivo acerca del cual la evidencia ha demostrado que es posible llevarlo a cabo. Como indica Castaño (2008), el valor simbólico, sociocultural y económico del alcohol lo definen los individuos, las comunidades y puesto que estos aspectos son intrínsecos a ellos, la problematización del consumo y el abuso adquiere perspectiva cultural al acercarse más a la realidad, por cual resulta posible asumirlo sin prejuicios o etiquetas.

Preocupa, pese a lo anterior, la situación imperante entre las personas jóvenes cuyos patrones de consumo, en todos los niveles, no importa el tipo de producto del que se trate, han mostrado variaciones significativas. En lo que ingesta de alcohol respecta, la embriaguez y ciertas conductas de riesgo asociadas, encuentran un lugar común en una alta proporción de los y las jóvenes, como han indicado recientes investigaciones del I.A.F.A. El fenómeno de niveles de prevalencia estables o con cierta tendencia a la baja pero con proporciones de consumo abusivo al alza, como se indicó en la Introducción para el caso de la población general, sucede también en el ámbito juvenil local y se encuentra documentada también para poblaciones de países industrializados (Argandoña, Fontrodona y Lombardía, 2009), por lo que se está frente a un fenómeno de escala mundial cuya atención no debe postergarse.

Las transformaciones y desafíos que enfrenta la juventud y la sociedad en la actualidad pudieran facilitar la discusión de temas usualmente vedados en el pasado. Es claro que la abstinencia total es una meta irrealista y que, por el contrario, la manera de ingerir alcohol en dichos sectores genera grandes problemas, incluidos fallecimientos evitables, y augura mayor detrimento en la

---

[6]*Aunque se han descrito con detalle los beneficios macro de la industria, en particular en Europa (International Center for Alcohol Policies, 2006), también en ese continente la sustancia ha impuesto una carga significativa sobre la sociedad, pues se le relaciona con más de 195.000 muertes al año, aunque su efecto cardio protector evita unos 160.000 fallecimiento anuales. En el análisis de los años de vida perdidos y vividos con incapacidad ajustada por severidad, el alcohol da cuenta del 12% del total de años de vida perdidos en hombres y del 2% en mujeres. Esto lo coloca en el tercer lugar como factor de riesgo, siguiendo al tabaco y a la hipertensión arterial (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).*

salud individual y social en el futuro. Por ello, conviene que las entidades nacionales que se relacionan con el tema, así como las personas jóvenes, se aseguren de disponer de información verdadera y confiable y aumenten las posibilidades de tomar decisiones acertadas.

A lo anterior se agrega la viabilidad de realizar un desarrollo en mayor escala de las denominadas *intervenciones breves,* estrategia patrocinada por la OMS, mediante las cuales se promueve la detección temprana de problemas por el abuso de alcohol a partir de un tamizaje efectivo y de bajo costo. Esto tiene que ver con el hecho que no se debería impedir que las personas beban, salvo aquellas cuyas condiciones personales de dependencia lo contraindiquen, sino más bien se les informe y eduque sobre la posibilidad de manejar las bebidas de manera segura e informada. Los resultados han sido halagüeños en el nivel mundial (Rodríguez, Santamariña, Torralba, Escayola, Martí, Plasencia, 2005; Monteiro, 2007; APHA, 2008), y el país ha dado en fechas recientes sus primeros pasos hacia el desarrollo de la estrategia en centros de atención primaria de la salud a los que acuden las personas por problemas generales que les aquejan. Incrementar, por otra parte, las posibilidades de atención de calidad, científicamente respaldada, para las personas que cuentan con dependencia del alcohol constituye siempre un reto en un país y en una institución como el I.A.F.A. con un extenso compromiso en materia de tratamiento.

Finalmente, aunque las intervenciones preventivas dentro del sistema escolar han mostrado resultados contradictorios, no siempre en la dirección esperada (Anderson y Baumberg, 2006; Foxcroft et al.; 2003) el país debe evaluar permanentemente sus intervenciones porque se sabe que éstas pueden impactar sensiblemente sobre los conocimientos, las actitudes y sobre la comunicación familiar sobre el consumo de alcohol, pero no tanto sobre el consumo propiamente dicho, lo que mueve a considerar estrategias complementarias que aumenten el poder de las acciones tradicionales, basadas en el enfoque de habilidades para la vida.

# V. Agradecimiento

A Gerardo Sánchez por su trabajo en el desarrollo de la sección sobre Aspectos Metodológicos así como por su apoyo en la fase de análisis de datos. A Carolina Salas por su ayuda en la aplicación del método captura-recaptura. A Sonia Pérez por su apoyo administrativo.

# VI. Referencias

American Public Health Association and Education Development Center, Inc. (2008). Alcohol screening and brief intervention: A guide for public health practitioners. Washington DC: National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation.

Anderson, P. &Baumberg, B. (2006) Alcohol in Europe: A Public Health Perspective. London: Institute of Alcohol Studies.

Argandoña, A., Fontrodona, J. y Lombardía, P. (2009). Libro blanco del consumo de alcohol en España. Impulsando un cambio de actitudes y patrones de consumo. España: IESE y Diageo, Editores.

Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevenciónde las drogodependencias, España: Delegación del Gobiernopara el Plan Nacional sobre Drogas.

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, 2009, San José: I.A.F.A.

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

Bejarano, J. (2007). El inicio del consumo de alcohol en jóvenes costarricenses escolarizados. Características y perspectivas. Espiga, año 7, No. 14 y 15, 75-98.

Bremmer, P., Burnett, J., Nunney, F., Ravat, M., Mistral, W.(2011). Young people, alcohol and influences. London: Joseph Roundtree Foundation.

Castaño, G. (2008). Aspectos socioculturales del consumo de alcohol en Latinoamérica y estrategias de prevención, Revista Análisis, No. 7, 15-27.

CICAD/OEA (2011). Informe del uso de drogas en Las Américas en el último decenio. Washington, D.C.: CICAD, OEA/Ser.L/XIV6.6

CONADIC (2008).Campaña para la prevención del consumo de bebidas alcohólicas, 2007. Recuperado el: 05 de julio de 2011 en http://www.conadic.salud.gob.mx/campa/2007/alcohol2007_ppal.html

Donovan, J. (2004). Adolescent alcohol initiation: a review of psychosocial risk factors, Journal Of Adolescent Health, 35:529.e7–529.e18. Obtenido de Internet el 20 de febrero de 2012: http://www.prevention.psu.edu/documents/donovan_jah_article.pdf

El Financiero (2012). Consumo será más selectivo. Año 16, No. 855, 6 a 12 de Febrero 2012, 4-5.

Foxcroft, D. *et al*. (2003) Longer-term primaryprevention for alcohol misuse in young people: asystematic review. Addiction, 94 (4), 397-411.

Guardia, J. (2009). La economía de Costa Rica en 2008: efectos de los choques externos y vicisitudes de la política macroeconómica, en Mesalle, L. y Céspedes O., Eds., Obstáculos al crecimiento económico de Costa Rica, Academia de Centroamérica, 2009.

Hingson, R. and Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking, Pediatrics 2009; 123;1477 DOI: 10.1542/peds.2008-2176

International Center for Alcohol Policies (2006).The structure of the beveragealcohol industry. ICAP Reports 17, Washington, D.C.: ICAP.

Kaner, E.; Beyer, F: Dickinson, H; Pienaar, E; Campbell, F; Schlesinger, C; Heather, N; Saunders J.;Burnand, B; (2008). Efectividad de las intervenciones breves para controlar el consumode alcohol en poblaciones que asisten a centros de atención primaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

La Gaceta (2008). La Gaceta No.248. Alcance 55, de 23 de diciembre de 2008Ley de Tránsito por Vías Terrestres, Nº 7331. Costa Rica.

López, K. y Bejarano, J. (2012).Abuso y dependencia del alcohol: aportes para una visión comprensiva y propuesta para una política integrada. Universidad de Costa Rica. Escuela de Salud Pública (EN PRENSA).

Masten, A., Faden, V., Zucker, R., Spear, L. (2009). A Developmental perspective on underage alcohol use. NIAAA Publications, Vol. 32, No. 1. 3-15.

Menéndez, E. Aportes metodológicos y bibliográficos para la investigación del proceso de alcoholización en América Latina. Ediciones de la Casa Chata. 1988.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Prevención de losproblemas derivadosdel alcohol. 1ª Conferencia de prevención ypromoción de la salud en la prácticaclínica en España, Madrid 14 y 15 de junio de 2007

Monteiro, M. (2007). Alcohol y salud pública en las Américas. Un caso para la acción. Washington, D.C.: OPS.

Ritter, A. and Chalmers, J. (2011), The relationship between economic conditions and substance use and harm. Drug and Alcohol Review, 30: 1–3. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2010.00282.x

Rodríguez, A.*;* Santamariña, E.; Torralba, L.; Escayola, E.; Martí, J.; Plasencia, A (2005). Efectividad a corto plazo de las intervenciones breves realizadas en pacientes lesionados por accidente de tráficocon alcoholemia positiva. Gaceta Sanitaria v.19 n.1 Barcelona Ene-feb. 2005.

Toomey, T. Rosenfeld, C. and Wagenaar, A. (1996). The minimum legal drinking age: history, effectiveness and ongoing debate. Alcohol, Health and Research World, 20, (4): 214.

Warner, J. (1998). Historical perspectives on the shifting boundaries around youth and alcohol. The example of pre-industrial England, 1350-1750. Addiction, 93, 5, 641-657.

# Anexo 1

## Definición de términos[7]

**Abstemio:** persona que nunca ha consumido alcohol. Se puede aplicar a una droga en particular o, menos frecuentemente, a un conjunto de ellas. Se usa más frecuentemente para referirse a los individuos que nunca han consumido bebidas alcohólicas.

**Abuso:** consiste en un patrón desadaptativo de utilización de una droga el cual puede manifestarse por consecuencias adversas, expresadas durante un período de 12 meses.También se determina que existe abuso cuando la persona ingiere cinco o más tragos por ocasión. Esta categoría se equipara, en esta investigación, con la de *beber en exceso.*

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

**Bebedor excesivo:** sujeto que consume cinco o más bebidas alcohólicas estándar en una sentada, ocasión o sesión de consumo. En este estudio, beber en exceso y abusar del alcohol se emplean como sinónimos.

**Bebida alcohólica estándar:** nombre que se le da a una cantidad de bebida alcohólica que contiene de 10 a 14 gramos de etanol o alcohol puro. Puede ser una copa grande de vino (de unas 5 a 6 onzas), una cerveza de 250 mililitros o un trago con no más de 1,5 onzas (45 mililitros) de destilado. La variación en el contenido alcohólico de bebidas de un mismo tipo, así como en la precisión con que se miden las raciones servidas hace que en la práctica haya un margen de error cuando se intenta establecer la cantidad de bebidas estándar ingeridas.

**Bebedor moderado:** individuoque consume menos de 100 mililitros (ml) de alcohol absoluto si es varón (menos de 60 ml si es una mujer) en la ocasión que tomó (sentada), dos veces o menos al mes.

**Consumo exploratorio:** proporción de personas de una población que habiéndose iniciado en el consumo, lo hizo unas cuantas veces y cesó la ingesta hace un año o más. Este indicador no es de uso generalizado, pero pretende dar una idea del consumo experimental o aquel consumo destinado a satisfacer una curiosidad.

**Consumo ocasional**: proporción de personas de una población que habiendo consumido a lo largo de los 12 meses anteriores, no lo hizo en el transcurso de los últimos 30 días. Este indicador no es de uso generalizado, pero pretende dar una

[7] 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.

idea del consumo circunstancial, fortuito u ocasional en el que no media un patrón de regularidad que permita considerarlo parte del estilo de vida o de las prácticas habituales de una persona.

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

**Embriaguez:** se habla de embriaguez leve cuando la concentración de alcohol en la sangre oscila entre 30 y 60 miligramos (de dos a tres tragos de destilado o dos a tres botellas de cerveza) consumidos en una hora y cuyas manifestaciones principales son sensación de calor leve, ligera extroversión y placer, sensación de alerta y disminución de las preocupaciones. Una ingestión de 90 mg de alcohol (cuatro tragos o cervezas) en una hora equivale a embriaguez media y un consumo mayor puede conducir a embriaguez aguda. A partir de 150 mg (seis o siete tragos o cervezas), se presentan distintos grados de intoxicación.

**Ex bebedor:** individuo bebedor moderado, excesivo o alcohólico, así como aquellas personas cuya ingesta anual no ocurre en más de cinco ocasiones, sin llegar a la embriaguez, y quienes tienen al menos un año de no ingerir bebidas alcohólicas**.**

**Incidencia anual:** este indicador da cuenta de la cantidad de nuevos usuarios de bebidas alcohólicas en el transcurso de los últimos 12 meses con referencia al total de personas no iniciadas.

**Población en alto riesgo de presentar problemas de alcoholismo:** en este estudio, este grupo está constituido por los bebedores excesivos.

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

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

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

**Segmento:** un segmento es un área geográfica delimitada por puntos arbitrarios (calles, casas, ríos, etc.) dentro de la división territorial nacional y en la cual se ubica un promedio de cincuenta viviendas. En este estudio, se empleó la segmentación efectuada en 1994 por la Dirección General de Estadística y Censos.

# Anexo 2

**Captura-Recaptura**

Número de registros: Tres (muestras de egresos reportados por Hospitales, ONG e I.A.F.A).
Nivel de confianza: 95,0%

| Casos notificados | | |
|---|---|---|
| Registro A | IAFA | 6486 |
| Registro B | Hospitales | 474 |
| Registro C | ONG | 4276 |
| **Total** | **10244** | |

| Hipótesis | X | N | IC | ( 95,0%) | $G^2$ | gl | BIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A, B y C independientes | 12618 | 22862 | 21968 | 23756 | 1191,58 | 3 | 1169,39 |
| A y B independientes de C | 20504 | 30748 | 29164 | 32333 | 51,78 | 2 | 36,99 |
| A y C independientes de B | 90903 | 101147 | 73438 | 128857 | 1,49 | 2 | -13,30 |
| B y C independientes de A | 21422 | 31666 | 30026 | 33306 | 97,30 | 2 | 82,50 |
| A independiente de B | 107350 | 117594 | 71507 | 163682 | 0,11 | 1 | -7,28 |
| A independiente de C | 19442 | 29686 | 28163 | 31209 | 10,04 | 1 | 2,64 |
| B independiente de C | 78752 | 88996 | 51758 | 126234 | 0,95 | 1 | -6,45 |
| A, B y C dependientes | 126079 | 136323 | 7549 | 265098 | 0,00 | 0 | 0,00 |

X: Estimación de los casos no notificados por ningún registro
N: Estimación del total de casos
$G^2$: Estadístico de razón de verosimilitudes
BIC: Criterio de información bayesiano

**Exhaustividad de los registros (%)**

| Hipótesis | A | B | C | A,B | A,C | B,C | A,B,C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| A, B y C independientes | 28,4 | 2,1 | 18,7 | 30,3 | 42,9 | 20,7 | 44,8 |
| A y B independientes de C | 21,1 | 1,5 | 13,9 | 22,5 | 31,9 | 15,4 | 33,3 |
| A y C independientes de B | 6,4 | 0,5 | 4,2 | 6,9 | 9,7 | 4,7 | 10,1 |
| B y C independientes de A | 20,5 | 1,5 | 13,5 | 21,9 | 31,0 | 14,9 | 32,4 |
| A independiente de B | 5,5 | 0,4 | 3,6 | 5,9 | 8,3 | 4,0 | 8,7 |
| A independiente de C | 21,8 | 1,6 | 14,4 | 23,4 | 33,1 | 15,9 | 34,5 |
| B independiente de C | 7,3 | 0,5 | 4,8 | 7,8 | 11,0 | 5,3 | 11,5 |
| A, B y C dependientes | 4,8 | 0,3 | 3,1 | 5,1 | 7,2 | 3,5 | 7,5 |

Desarrollo Institucional

Proceso de Investigación. 2012

San José, Costa Rica

Apartado 4494-1000

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia