

El consumo de drogas en la mujer costarricense. Evolución de cinco años

Julio Bejarano*
Lizú San Lee*
Hannia Carvajal*

Summary

This study reports the main findings obtained by the National Survey on Drug Consumption, carried out in Costa Rica by the National Institute on Drug Abuse and Alcoholism in 1995.

As this work is similar to the national survey carried out in 1990, it now presents comparisons, especially those related to drug consumption prevalence and alcohol levels of intake.

It also analyzes variations in 12 to 70 year old women consumption patterns and some observations of interest in connection with critical modifications in alcohol ingestion.

Key words: Consumption, drugs, women, Costa Rica.

Resumen

En este artículo se analizan los resultados obtenidos mediante la encuesta nacional sobre consumo de drogas, llevada a cabo por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica en 1995.

En virtud de que se trata de una réplica del estudio nacional efectuado en 1990, en el presente se efectúan comparaciones con los hallazgos iniciales, en especial los relativos a las proporciones de prevalencia para todas las drogas y sobre los niveles de ingestión de alcohol.

Se destacan, entre otros hallazgos, las variaciones que han sufrido los patrones de consumo de drogas en las mujeres con edades entre 12 y 70 años y algunas observaciones de interés en relación con modificaciones trascendentales en la ingestión de alcohol.

Palabras clave: Consumo, drogas, mujer, Costa Rica.

Introducción

El tema del consumo de drogas en la mujer adquiere cada día mayor relevancia. En esto intervienen varios factores, la mayor parte de ellos derivados de la importancia que actualmente se le concede al estudio de las condiciones de la mujer, es decir las condiciones que subyacen, que le son propias y que determinan un modo particular de visualizar y afrontar la vida cotidiana; así como las posibles relaciones entre éstas y el consumo de sustancias psicoactivas.

En este estudio se concibe al género como el modo de ser de hombres y mujeres en una cultura específica

(1). Así, se trata de una construcción social históricamente determinada que se interioriza mediante el proceso de la socialización.

Dentro de una perspectiva que trasciende al consumo de drogas, diversos informes sobre la situación de la mujer en el continente (11,16), dan cuenta de múltiples elementos relacionados con el género, que determinan las diferencias que existen en la prestación de servicios de salud tanto para hombres como para mujeres. Así, para ellas existen mayores tasas de malnutrición, mayores índices de depresión, sobremortalidad por cáncer en la adultez, desprotección durante la vejez, exposición significativa a la violencia doméstica y una gama de otras circunstancias relevantes que muestran una franca desventaja de tener mejores posibilidades de acceso a la salud. Estos problemas, por otro lado, tienden a enmascarse con los ya conocidos argumentos de la mayor longevidad femenina y su presunta superioridad genética (17).

Dentro del ámbito del trabajo, en Costa Rica, a inicios del decenio, sólo un 30 % de las mujeres con edad para hacerlo (77 % correspondía a varones), trabajaban fuera de su casa (1). El nivel de desocupación sigue siendo mayor que el de los hombres, en efecto, la mujer encuentra dificultades para hallar empleo fuera del hogar, no recibe los mismos incentivos cuando lo encuentra, y existe un subempleo visible (el de aquellas que trabajan menos de 47 horas contra su voluntad) que agrava el problema de la desocupación. A lo anterior se agregan las transformaciones y limitaciones específicas para las mujeres que acceden a mayores niveles educativos y logran una inserción laboral que les permite brindar un aporte de amplio sentido social y económico.

Como resultado de transformaciones mayores, generalmente originadas en los países de más desarrollo, se habla también de variaciones en los estilos de vida de la mujer, variaciones que se traducen en cambios en los patrones de consumo en general y de drogas en particular. Los países latinoamericanos no han estado exentos de dichas modificaciones, algunas veces más graves que en los países centrales, tal es el caso del tabaquismo, el cual disminuye en los más desarrollados y tiende a aumentar en los periféricos.

El problema del consumo, y en especial del abuso de sustancias, es materia sumamente compleja; y cuan-

* Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Apartado 4494-1000, San José, Costa Rica.

do se afirma que en ciertas circunstancias lo es más para la mujer, se hace referencia a factores que parecieran introducir diferencias en términos de riesgo y de pronóstico en la evolución del problema (10): aspectos ginecológicos y consumo de alcohol, trastornos depresivos y alcoholismo, diferencias biológicas que desfavorecen a la mujer en cuanto a tolerancia y metabolización de ciertas drogas y mayor gravedad en los efectos psicosociales y biológicos de la adicción, pese a que ésta es menos frecuente en ellas (13,22).

Cabe destacar aquí los problemas de consumo y tráfico de drogas que enfrentan las mujeres en condiciones particularmente difíciles, como es el caso de las mujeres que están privadas de su libertad y del considerable número de niñas y adolescentes que trabajan o viven en las calles y las convierte en sujetos con alto riesgo de desarrollar éste y múltiples problemas de orden social. El tema de la droga, en general, se constituye en una fuente de violencia y agresión, además propicia problemas permanentes de generación en generación. Si bien estos grupos no se encuentran representados en este trabajo, vale la mención para enfatizar sobre la necesidad de profundizar en la materia mediante otras investigaciones.

Como réplica de un estudio publicado en 1994 (2), este trabajo permitió contrastar la situación del consumo de drogas en la mujer en 1990 y 1995.

Material y métodos

El presente trabajo constituye un análisis de la muestra de mujeres utilizada en el estudio nacional sobre consumo de drogas de 1995. Dicho estudio se realizó en una muestra de hombres y mujeres, y estas últimas representaron el 50.2 % del total. El grupo considerado es representativo del sector nacional femenino con edades de entre 12 y 70 años y que al momento de la encuesta residían en un hogar. Los criterios de exclusión fueron: la edad (menores de 12 y mayores de 70) y el no residir en un hogar durante el año anterior al estudio (personas internadas en hospitales, en prisión y población deambulante o sin residencia fija). El diseño de la muestra contempló las ponderaciones por edad y sexo de la población costarricense correspondiente al año 1995.

Al constituir una réplica de los aspectos metodológicos del estudio nacional sobre consumo de drogas efectuado en 1990, el instrumento empleado fue el mismo de aquella oportunidad, salvo por la introducción de un número reducido de variantes.

Las 139 preguntas del instrumento se encuentran ubicadas en nueve secciones, a saber:

- I. Información general (ubicación geográfica, fecha, día de la semana en que se aplicó el instrumento, característica del entrevistador y del supervisor del trabajo de campo).
- II. Información sociodemográfica (incluye sexo, edad, raza, número de habitantes por vivienda, país de origen, ocupación, estado civil, alfabetización, escolaridad, religión y la percepción del entrevistado sobre el principal problema del país y el principal problema de la comunidad de residencia).

- III. Área de salud (práctica de ejercicio, ingestión de vegetales y frutas, presencia de problemas de salud durante el último año y atenciones profesionales por problemas de salud).
- IV. Cafeína (detección del consumo, ingesta diaria, molestias asociadas a la supresión).
- V. Tabaco (detección del consumo, edad de inicio, historia del consumo, consumo reciente, molestias asociadas a la supresión, intentos por cesar el consumo, razones para el no consumo, para la cesación y para continuarlo).
- VI. Medicamentos (detección del consumo, edad de inicio, características e historia de la ingesta, consumo reciente, razones de la ingestión y de la cesación). Las drogas estudiadas fueron tranquilizantes, estimulantes y opiáceos.
- VII. Alcohol (detección del consumo, edad de inicio, historia de consumo, ingesta reciente y sus características, molestias asociadas a la supresión, intentos por cesar el consumo, razones del no consumo, de la cesación y de la continuación). Al igual que en 1990, se incluyó el cuestionario CAGE* con la finalidad de corroborar los diagnósticos del alcoholismo.
- VIII. Drogas ilícitas (detección del consumo de marihuana, cocaína, crack, heroína y sustancias inhalables, edades de inicio, historia de consumo, ingesta reciente y sus características, síntomas de supresión, intentos de cesar el consumo, razones de la ingestión y de la abstinencia).
- IX. Opinión (criterio del entrevistado sobre la peligrosidad de las drogas, la legalización de la producción y el consumo, medidas por aplicar a los consumidores, facilidad para conseguir drogas en el país, conocimiento sobre amigos o conocidos consumidores, las fuentes de información sobre el tema, criterio acerca de las variaciones en el consumo, efectos del turismo en la comunidad de residencia, conocimiento sobre programas públicos y privados que atienden este problema y los resultados que se obtienen).

Los datos se procesaron mediante el programa SPSS-PC. Se aplicaron procedimientos de estadística descriptiva, estadística inferencial y de epidemiología analítica. En las pruebas de significancia se utilizó la estadística chi-cuadrada.

Como complemento del cuadro 1, destaca que casi la totalidad de la población lee y escribe, es de raza blanca y poco más de la mitad reside en zonas urbanas. Con ligeras variaciones, si se compara con 1990, la distribución según la religión revela que 68 % son católicas practicantes, 11 % son católicas no practicantes y 17 % son protestantes.

* Este instrumento es breve, de fácil aplicación, muy específico y sensible para el diagnóstico de alcoholismo en personas de la población general. El sistema de calificación establece que dos respuestas positivas, de las cuatro que contiene el cuestionario, sugieren una posible bebida excesiva o un alto riesgo de alcoholismo, en tanto que tres o cuatro equivalen a problemas de alcoholismo.

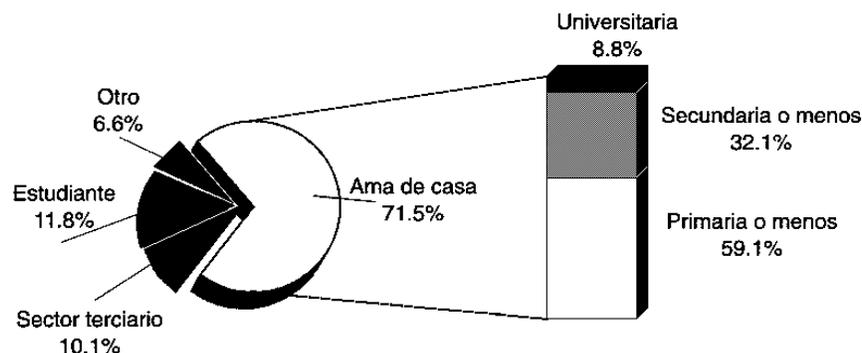


Figura 1. Distribución de la muestra según ocupación y nivel de escolaridad de las amas de casa. Costa Rica, 1995.

La proporción de personas con ingresos familiares altos es muy reducida. El grupo de las asalariadas incluye únicamente al 13.2 % de las entrevistadas.

CUADRO 1
Características sociodemográficas de la población de mujeres estudiadas. Costa Rica 1995

Variable	Valores relativos (%)
Edad	
12-17	14.5
18-23	16.2
24-29	13.4
30-35	14.7
36-41	11.8
42-47	7.5
48-53	8.7
54-59	4.9
60-70	8.2
Estado civil	
Casada	51.7
Soltera	29.3
Unión libre	11.4
Viuda	3.4
Divorciada	2.2
Separada	2.0
Ocupación	
Ama de casa	71.3
Estudiante	11.8
Sector terciario	10.1
Sector secundario	2.6
Sin trabajo	1.9
Jubilada/incapacitada	1.8
Sector primario	0.5
Escolaridad	
Primaria incompleta o menos	26.6
Primaria completa	32.4
Secundaria	32.4
Universitaria	8.5
Lugar de residencia	
San José	29.1
Alajuela	15.6
Cartago	11.4
Heredia	10.0
Puntarenas	12.8
Guanacaste	10.8
Limón	10.3

Según se puede apreciar en la figura 1, las amas de casa constituyen un sector de suma importancia. En comparación con 1990, hay un aumento en la proporción de estas trabajadoras y una disminución de quienes ostentan la condición de estudiante y trabajadoras del sector terciario. Entre las amas de casa, el número de universitarias aumentó 3.3 puntos porcentuales y 5 puntos las que avanzaron hacia la enseñanza secundaria.

Para 68 % de las personas entrevistadas, la casa en la cual residían era de su propiedad y el número de miembros que en ellas habitaba oscilaba entre 1 y 4 personas para 54.5 % y de 5 a 8 para 40.5 %. Cinco de cada cien eran originarias de algún país centroamericano o de México.

Por último, solamente una decena de las 1466 entrevistas efectuadas fue considerada como no confiable por los encuestadores

La ingestión de drogas en la mujer

1. Consumo de café

La ingestión de cafeína en la población costarricense ha sido objeto de un limitado número de investigaciones. Recientemente, en el informe sobre el consumo de sustancias a nivel nacional (14) se destacaron algunas de sus características.

En términos de la población general, el consumo activo de café experimentó una reducción en el período 1990-1995. En el caso concreto de la mujer, la reducción fue de 8.6 puntos porcentuales de modo que en 1995 el consumo activo se hallaba en un 73.8 %.

La ingestión reciente de café está presente de manera significativa en todos los tipos de trabajo que realizan las mujeres y es significativamente mayor conforme aumenta la edad de la persona, en especial a partir de los 39 años ($p = 0.0000$). El consumo excesivo de café, es decir, el de tres o más tazas diarias, también se localiza significativamente a partir de esta edad ($p = 0.0000$), situación semejante a la encontrada en 1990.

A casi la mitad de las mujeres que ingieren café, les hace falta éste cuando lo suspenden y un 92 % experimenta malestares como resultado de la supresión,

malestares caracterizados por cefalea y ansiedad (70.2 % y 15.7 % respectivamente).

2. Consumo de tabaco

En comparación con 1990, el consumo de tabaco alguna vez en la vida, disminuyó en menos de un punto porcentual (17.2 %), lo cual está dentro del margen de error y sugiere que la situación se mantuvo prácticamente igual. No obstante, ocurrieron variaciones importantes en el consumo en el último año y en el consumo activo (o del último mes), según se puede apreciar en el cuadro 2. La proporción de consumidoras activas se redujo en 2.6 puntos porcentuales, lo cual revela una variación porcentual relevante en relación con este grupo y pone de manifiesto una situación positiva desde el punto de vista preventivo.

La experiencia de haber fumado alguna vez en la vida, tiende a ser más prevalente a medida que la persona tiene mayor nivel educativo ($p = 0.00017$), hecho que se reporta en diversos estudios, especialmente multinacionales (14), y superior en las mujeres de la provincia de San José ($p = 0.0000$) cuya ubicación laboral corresponde al sector primario (37.5 %) y terciario (24.3 %) ($p = 0.014$).

En 1995, la proporción de mujeres que se inició en el consumo de tabaco antes de los 20 años de edad fue de 67.1 % (en 1990 fue de 80 %), esto indica una situación favorable desde el punto de vista de la salud pública y un aporte preventivo importante, pues menos mujeres comenzaron a fumar a temprana edad. La edad promedio de inicio fue de 18.4 años, prácticamente sin variación si se compara con 1990 (18 años).

Llama la atención que de todas las fumadoras, una cuarta parte tenía 20 o más años de fumar. En comparación con las otras provincias, San José es la que agrupa la mayor proporción de mujeres con 10 o más años de fumar (12.8 %); la que tiene la menor es Heredia (3.42 %). Estas son, principalmente, personas divorciadas (31.2 %) ($p = 0.00810$), con educación media o superior y con una inclinación a no practicar ejercicio físico ($p = 0.00579$). En comparación con 1990, en 1995 es considerablemente mayor la proporción de mujeres que fumó diez o más cigarrillos diariamente (18 % y 34 % respectivamente), lo que está indicando es que si bien, se redujo la proporción de fumadoras activas, aumentó el contingente de las grandes fumadoras al considerar la cantidad de unidades consumidas. Cabe

CUADRO 2

Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza del consumo de tabaco en la población nacional femenina de 12 a 70 años. Costa Rica, 1990-1995*

Tipo de prevalencia	Proporción de prevalencia		Intervalos de confianza	
	1990	1995	1990	1995
Vida	18.0	17.2	16-20	15.2-19.1
Año	9.2	7.2	7-10	5.9-8.5
Mes	9.2	6.6	7-10	5.3-7.8

*El denominador en los tres indicadores es la muestra total y el nivel de confianza de los límites es de 95 %.

destacar que si bien, las mujeres fuman menos que los varones (ya se había destacado en otro trabajo [3]) sus niveles de nicotina en sangre tienden a ser semejantes.

Entre las fumadoras, la mayor parte ha intentado dejar de hacerlo (77.4 %). Al considerar las implicaciones que tiene el tabaquismo para la salud, cerca de una cuarta parte lo ha intentado cinco o más veces, situación que pone de manifiesto la dificultad que tienen para lograrlo. Cabe mencionar que el porcentaje de mujeres que experimentan la necesidad de fumar cuando cesan su consumo es elevado (57.5 %), pero a diferencia de 1990, en este estudio se encontró que es menor la proporción que reportó haber sido persuadida por un médico para dejar de hacerlo (43.3 % en 1990, 37.7 %, cinco años después). Esto tiene implicaciones pues estaría presentándose un debilitamiento del poder persuasivo del médico para lograr suprimir el consumo en aquellas mujeres que asisten a consulta, según se ha informado en otros estudios (12).

Entre las mujeres de edad fecunda, se encontró que un 41.4 % había fumado durante el último año, dato que contrasta con los hallazgos encontrados en otros países de América Latina, según los cuales la prevalencia oscila entre 20 y 30 % (15).

3. Consumo de psicofármacos

Tranquilizantes

La prevalencia general en el consumo indebido, es decir, sin prescripción médica de tranquilizantes, fundamentalmente benzodiazepinas, es de 2.9 %. Existe una diferencia estadísticamente significativa según sexo, en virtud de que por cada varón que alguna vez consumió, existen dos mujeres ($p = 0.0059$). Se conoce que, por razones de orden cultural entre las que sobresale el machismo, el varón generalmente alivia la tensión mediante el abuso del alcohol, mientras que a la mujer se le censura severamente. Asimismo, el análisis del fenómeno de la adicción a tranquilizantes, debe considerar aspectos relacionados con la formación médica, debido a que frecuentemente se presentan prescripciones inadecuadas (7). Las características de la atención dentro del sistema de seguridad social costarricense, se orienta casi exclusivamente hacia la terapéutica farmacológica para tratar el impacto en la mujer de las múltiples situaciones de estrés y desigualdad a que se ve sometida cotidianamente.

La edad promedio de inicio en el consumo es de 33 años y las personas activas en la ingesta se caracteri-

CUADRO 3

Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza del consumo indebido de tranquilizantes en la población nacional femenina de 12 a 70 años. Costa Rica, 1995*

Tipo de prevalencia	Proporción de prevalencia	Intervalos de confianza
Vida	2.9	2.0-3.7
Año	1.9	1.2-2.6
Mes	0.95	0.4-1.4

*El denominador en los tres indicadores es la muestra total y el nivel de confianza de los límites es de 95 %.

CUADRO 4

Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza del consumo de bebidas alcohólicas en la población nacional femenina de 12 a 70 años. Costa Rica, 1990-1995*

Tipo de prevalencia	Proporción de prevalencia		Intervalos de confianza	
	1990	1995	1990	1995
Vida	55	47	52.6-57.9	44.4-49.5
Año	28	28	26.0-30.8	26.4-31.0
Mes	16	14	14.0-17.9	12.3-15.9

*El denominador en los tres indicadores es la muestra total y el nivel de confianza de los límites es de 95 %.

zan por ser residentes de la provincia de San José, en especial de zonas urbanas, y siete de cada diez tienen 30 años de edad o más. Una desigualdad de tres años en la edad de inicio encontrada en ambos periodos, acusaría una situación positiva desde el punto de vista preventivo, al ser en 1995 superior en tres años. No se hallaron diferencias significativas según otros indicadores sociodemográficos.

Las amas de casa representan el 63 % de las personas que alguna vez consumieron este tipo de medicamentos. En comparación con 1990, esto representa una disminución de siete puntos porcentuales. Cabe decir, no obstante, que no existen diferencias significativas según la ocupación. Es también de llamar la atención que casi seis de cada diez mujeres haya intentado dejar de tomarlas ya que la mayoría de ellas lo hacía para soportar la ansiedad y conciliar el sueño.

4. Consumo de bebidas alcohólicas

La prevalencia general del consumo de bebidas alcohólicas fue de 47 %, proporción inferior a la hallada en 1990, según se puede observar en el cuadro 4. Esta reducción se puede considerar importante pues no está dentro del margen de error, más no así la que corresponde a las bebedoras activas al encontrarse que la diferencia sí está dentro de dicho margen. No obstante,

CUADRO 5

Edades de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en la población femenina de 12 a 70 años. Costa Rica, 1990-1995 (Valores porcentuales)

Grupos de edad	1990	1995	Variación
Menores de 12	6.93	5.9	-1.03
12 a 17	40.36	31.2	-9.16
18 a 23	35.92	40.7	4.78
24 a 29	9.15	10.9	1.75
30 y más	7.62	11.3	3.68

te, podría estarse dando una tendencia a reducir la prevalencia de vida.

En Colombia por ejemplo, el consumo de alguna vez en la vida, según el último estudio nacional (18) fue de 23.6 %; sin embargo, en el estudio de 1992, se estimó en 87.7 % (20), lo cual plantea una diferencia que llama poderosamente la atención.

Un sector importante de las consumidoras activas costarricenses (52 %), se inició con cerveza ($p = 0.006$) y también es, significativamente, la bebida de consumo actual de la mayoría (67 %) ($p = 0.003$). Este tipo de bebedora generalmente tiene 30 o más años ($p = 0.04$), una cuarta parte ingirió alcohol entre dos y cinco días del mes anterior al estudio y se distribuyen de modo relativamente uniforme en todas las provincias.

Las consumidoras activas a las bebidas alcohólicas no son proclives a realizar ejercicio físico y 54 % manifestó presentar estados de tensión o estrés al menos una o dos veces por semana (para 36 % de las consumidoras activas de alcohol, dichos estados se presentan 3 o más veces por semana).

Existe una asociación estadísticamente significativa entre ser una consumidora activa de alcohol y haber fumado tabaco ($p = 0.0000$) y entre ser una consumidora activa de alcohol y ser una fumadora reciente ($p = 0.011$).

La edad promedio de inicio en 1995 fue de 20.35 años, superior a la hallada cinco años atrás (18.6 años). Como se observa en el cuadro 5, la iniciación se redujo en las personas menores de 17 años, lo cual se refleja en la disminución en la prevalencia de vida.

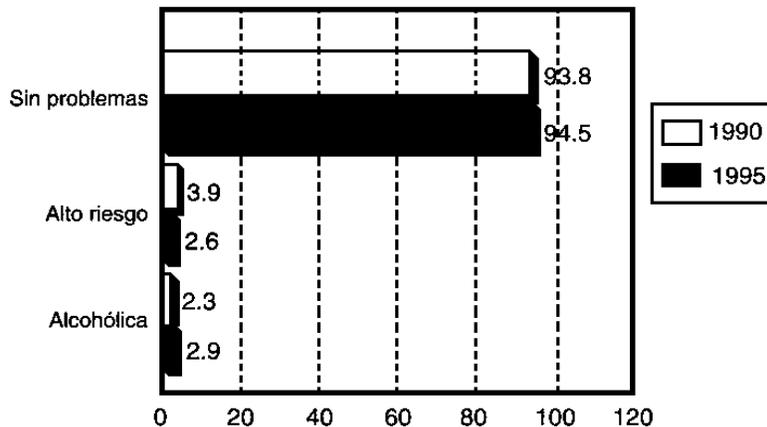


Figura 2. Resultados del instrumento CAGE en la población femenina que consumió alcohol durante el último año. Costa Rica, 1990-1995.

Los resultados del instrumento CAGE, según se aprecia en la figura 2, revelan un aumento en 1995 en la proporción de mujeres, consumidoras del último año, con problemas de alcoholismo. En comparación con los varones, en éstos los problemas de alcoholismo se presentan siete veces más que en las mujeres (en 1990 la diferencia era mayor: nueve alcohólicos por cada alcohólica).

Al comparar con poblaciones de otros países, Colombia en particular (21), el CAGE ha detectado alcoholismo en el 4.3 % de las mujeres consumidoras del último año.

La proporción de mujeres que beben excesivamente experimentó una reducción importante entre 1990 y 1995, lo cual podría estarse reflejando en los resultados del CAGE, antes expuestos. Esta reducción fue de 4.8 puntos porcentuales. Asimismo, la proporción de bebedoras moderadas se incrementó en un 5.4 %. Según se discutirá más adelante estos dos fenómenos están parcialmente relacionados.

La mayor parte de las bebedoras excesivas (84 %) tienen como características fundamentales: la ingestión de 5 o más copas por cada ocasión, ser de ingresos medios, y consumir cerveza como bebida predilecta. Un 61.1 % de las bebedoras excesivas son mujeres casadas o viven en unión libre ($p = 0.00010$) y una tercera parte cuenta con educación secundaria completa o universitaria (11.2 % corresponde a este último grupo). Dos de cada tres tienen entre 21 y 40 años y viven en zonas urbanas.

5. Consumo de drogas ilícitas

El consumo de sustancias ilegales en la mujer costarricense es bajo. Es ligeramente inferior al encontrado en 1990.

La prevalencia general de consumo de drogas ilícitas en esta población es de 0.7 %, lo cual estaría indicando que unas ocho mil mujeres habrían consumido alguna vez una droga ilegal, marihuana fundamentalmente. La edad promedio de inicio en el consumo de esta droga fue de 18 años (18.5 años en 1990) y al igual que cinco años antes, más de dos terceras partes se inició antes de los 19 años de edad.

Según se desprende del cuadro 6, tanto el consumo de por vida como el consumo reciente y el consumo

actual de marihuana y cocaína no presenta implicaciones de trascendencia en este sector de la población. En la población de mujeres mexicanas, la prevalencia de vida de consumo de drogas ilícitas es muy semejante (0.8 %) (5) y mayor entre las colombianas (2.9 %) (19), pero el contraste es muy significativo si se considera la población de mujeres estadounidenses (32.4 %) (6).

En Costa Rica, el haber consumido marihuana alguna vez en la vida, se encuentra asociado con haber fumado recientemente tabaco ($p = 0.02$) y tanto para esta droga como para la cocaína, el consumo femenino se caracteriza por ser una práctica de experimentación. Aquellas mujeres que dejaron el consumo (80 % de las que alguna vez la probaron) lo hicieron debido a la pérdida de interés o no hallarle sentido. Las consumidoras de alguna vez en la vida se caracterizan también por no ser practicantes de alguna religión ($p = 0.001$), ser residentes de áreas urbanas y laborar en el sector de los servicios ($p = 0.02$).

Las mujeres incluidas en este estudio consideraron que las drogas más peligrosas eran el crack (33.2 %), la cocaína (26.3 %) y la marihuana (24.8 %). Solamente 0.3 % mencionó al tabaco como la droga más peligrosa, los psicotrópicos (0.3 %) y el alcohol (3.2 %). Nueve de cada diez estimaron que conseguir drogas en Costa Rica es fácil y 36 % reconoció tener algunos o muchos amigos consumidores de sustancias ilegales.

El criterio de la mayor parte de las mujeres consultadas (83 %) es que el consumo de drogas ha aumentado en el país. Los medios de comunicación constituyen su principal fuente de información (79.5 %) acerca de las drogas y sólo un 10 %, se entera mediante la lectura de libros, revistas o por conducto de organizaciones e instituciones.

Al igual que en 1990, las mujeres que nunca consumieron una droga ilícita lo fundamentaron en que tal decisión iba en resguardo de su salud o en atención a sus principios (58.2 y 23.8 %, respectivamente).

Discusión

Una discusión sobre los resultados de un estudio sobre el consumo de drogas en la mujer costarricense, necesariamente obliga a plantear el tema de la mujer dentro de una perspectiva sociocultural e ideológica más amplia. Una perspectiva que dé cuenta de sus condiciones de vida en general y que permita ubicar apropiadamente el tema del consumo y del abuso de drogas como resultado de dichas condiciones.

Aunque no se ha profundizado suficientemente en el tema del estrés y el consumo de drogas, para algunos autores el incremento mundial en el consumo de café y tabaco en la mujer, así como los altos índices en el uso de benzodiazepinas y alcohol, están relacionados con la tensión y la adopción de símbolos de liberación o progreso mal entendidos. Este trabajo ha permitido establecer, aunque de manera preliminar, la presencia de estados de estrés o intensa preocupación en las mujeres costarricenses, derivados de sus condiciones laborales y/o académicas, situación de suma importancia para el diseño de programas preventivos. Para otros

CUADRO 6

Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza del consumo de marihuana, cocaína y crack en la población nacional femenina de 12 a 70 años. Costa Rica, 1995*

Tipo de prevalencia	Proporción de prevalencia		Intervalos de confianza	
	Marihuana	Cocaína	Marihuana	Cocaína
Vida	0.68	0.1	0.2-1.1	**
Año	0.13	0.1	**	**
Mes	0.06	—	**	—

*El denominador en los tres indicadores es la muestra total y el nivel de confianza de los límites es de 95 %.

**Número insuficiente de casos para hacer inferencia.

investigadores (9), en las mujeres existiría una mayor vulnerabilidad física y mental hacia el alcohol y otras drogas y una mayor presión ambiental por la angustia y la depresión que genera la sobrecarga de trabajo, el bajo reconocimiento personal y la violencia doméstica, así como las situaciones de acoso y abuso sexual. Otros elementos, como el desempleo o el acceso a interacciones sociales vinculadas con el consumo, lo facilitarían en una medida superior.

Puede afirmarse que, para el caso de Costa Rica en particular, el consumo de drogas en la mujer no ha experimentado deterioro entre 1990 y 1995, no obstante, existen elementos que llaman a la reflexión y constituyen puntos álgidos si se les considera de manera global.

Entre los aspectos positivos cabe mencionar, primeramente, la reducción en la proporción de mujeres consumidoras activas de café y la baja prevalencia general en el consumo de alcohol. Estos dos elementos deben considerarse dentro de los programas preventivos pues éstos indican de manera clara que en los sectores jóvenes están operando efectos importantes como resultado de las acciones preventivas llevadas a cabo a nivel nacional. En cuanto al café, el consumo reciente ocurre en los grupos de mayor edad y en cuanto al alcohol la edad promedio de inicio aumentó en poco menos de dos años en comparación con 1990. La reducción en la prevalencia de consumidoras activas de tabaco es otro elemento importante, aunado a la baja proporción de mujeres que reportaron haber consumido alguna vez en sus vidas. Sin embargo, preocupa la alta proporción de mujeres en edad fértil que fumaron recientemente, así como la ya conocida asociación entre el consumo y los mayores niveles de escolaridad.

En lo que a consumo indebido de tranquilizantes (benzodiazepínicos) respecta, se tiene que, aunque la edad de comienzo es tardía, aún constituyen un serio problema de salud pública. La proporción de mujeres que consumen estos medicamentos indebidamente es mayor que la de las bebedoras excesivas (2.5:1). Asimismo, al considerar las condiciones en que son prescritos estos medicamentos, impera la necesidad de que se efectúe un análisis tendiente a esclarecer si dichas condiciones, además de generar un posible daño por la facilidad con que pueden propiciar una adicción, también pueden enmarcarse dentro del ámbito general de

agresión que experimenta la mujer, originada en este caso, desde el sistema de salud. Al respecto, Ferreira afirma:

"...los médicos cuidan de preservar la lucidez masculina para el trabajo y el desempeño público. Que los medicamentos dados al ama de casa le alteren el ánimo y el sueño, le deterioren la vista o le produzcan cefaleas no es tan importante. Tampoco lo es que desarrolle una adicción, pues con ella contribuirá a financiar el circuito laboratoripromotores-médicos. Por eso las investigaciones denuncian un mayor consumo en amas de casa que no trabajan afuera y se ha visto que, cuanto mayor es la actividad social de las mujeres, disminuye la ingesta de psicofármacos" (8).

El hallazgo más importante de este estudio tiene que ver con el sorprendente cambio experimentado por parte de las mujeres en el consumo de drogas, en especial, las variaciones observadas en los niveles de ingestión alcohólica, los cuales sugieren una mejoría como resultado de la reducción de los indicadores de prevalencia de vida y la edad de inicio, así como la disminución del porcentaje de bebedoras excesivas. Si bien, la situación general llama a la reflexión y a mantener todos los esfuerzos preventivos actuales así como la promoción de otros, resulta sumamente interesante observar que las mujeres han logrado cambios positivos en el consumo que, posiblemente, obedezcan a efectos producidos por el movimiento de género en los últimos años, el cual si bien, no ha apuntado directamente al consumo de drogas, sí ha podido generar indirectamente un fortalecimiento de la conciencia femenina y una mejor capacidad para la toma de decisiones. El fenómeno de la violencia doméstica, la vinculación entre ésta y la ingestión de alcohol, ha propiciado una intensa discusión social que podría ser un factor coadyuvante. Es posible también que el contar con niveles de educación cada vez más altos, haya permitido vislumbrar las implicaciones de determinadas prácticas de consumo y tomar decisiones a favor de la salud y la unidad familiar. La mujer, en especial la joven, es objeto de un sinnúmero de influencias de orden comercial-publicitario que aumentan su riesgo de adoptar conductas que afecten su salud, sin embargo, este estudio parece indicar que pese a esa realidad, mantiene condiciones que han permitido explicar los hallazgos planteados en este trabajo.

REFERENCIAS

1. BATRES G: La perspectiva de género como modelo de análisis de la violencia familiar y el consumo de alcohol y otras drogas. En: *El Impacto del Abuso de Drogas en la Mujer y la Familia*. Instituto Interamericano del Niño. Informe Final y Ponencias, Tomo I y II, IIN/CICAD/OEA. 27-50, Montevideo, 1996.
2. BEJARRANO J, CARVAJAL H: El consumo de drogas en la mujer costarricense. *Revista de Ciencias Sociales*, 65:43-55, 1994.
3. BEJARRANO J, CARVAJAL H: *Op cit.*
4. BEJARRANO J, CARVAJAL H, SAN LEE L: Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional de 1995, San José, CR/IAFA, 1996.
5. CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL: *Panorama Epidemiológico del Consumo de Drogas en 1993, México y Estados Unidos de América*, México, 1995.
6. CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL: *Op cit.*
7. EPELIN C, RIVERA S: Prescripción de benzodiazepinas y farmacodependencia. Estudio de casos realizado en una clínica periférica de la CCSS. San José, CR: Escuela de Psicología, Tesis. Universidad de Costa Rica, 1993.
8. FERREIRA G: *Hombres Violentos, Mujeres Maltratadas. Aportes a la Investigación y Tratamiento de un Problema Social*. Ed. Sudamericana, S.A. Buenos Aires, 1992.
9. FORSELLEDO A, FOSTER J: Aproximación al impacto del abuso de drogas en la mujer. *Revista de Ciencias Sociales*, 73(74):77-94, 1996.
10. HEINEMANN E, ESTES N: *Alcoholismo, Desarrollo, Consecuencias y Tratamientos*. Editorial Mc.Graw Hill-Interamericana, México, 1989.
11. INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO: *El Impacto del Abuso de Drogas en la Mujer y la Familia*. Informe

- Final y Ponencias, Tomo I y II, IIN/CICAD/OEA Montevideo, 1996.
12. MCGINNIS J y cols.: Tobacco and health: trends in smoking and smokeless tobacco consumption in the United States. *Annual Review Public Health*, 8:441-467, 1987.
 13. NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM: Alcohol and women. US Department of Health, Education and Welfare. Research Monograph No. 1, 1980.
 14. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *La Mujer y el Tabaco*, Ginebra 1993.
 15. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Op cit.
 16. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica No. 541, Washington, 1993.
 17. RESTREPO H: *Notas para la Discusión sobre la Atención y la Promoción de la Salud de la Mujer Adulta en las Américas. Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica No. 541, 87-88, Washington, 1993.
 18. RODRIGUEZ E: *Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Dirección Nacional de Estupeficientes. Colombia, 1997.
 19. RODRIGUEZ E: *Op cit.*
 20. RODRIGUEZ E, DUQUE L, RODRIGUEZ J: Estudio Nacional sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, Santa Fé de Bogotá, Dirección Nacional de Estupeficientes, Santa Fé de Bogotá, 1993.
 21. RODRIGUEZ E, DUQUE L, RODRIGUEZ J: *Op cit.*
 22. VELAZQUEZ E: La mujer, las drogas y los grupos de riesgo. En: *El Impacto del Abuso de Drogas en la Mujer y la Familia*. Instituto Interamericano del Niño. Informe final y ponencias, Tomo I y II, IIN/(ICA)/OEA 47-78, Montevideo, 1996.

