

Consumo de Drogas en Costa Rica
Encuesta Nacional 2010

Consumo de Cannabis
en Costa Rica

Elaborado por: Ernesto Cortés

Costa Rica 2012

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 cannabis. San José, CR. : IAFA, 2012.
22 p.: 454 Kb

ISBN: 978-9968-705-89 -9

1. CONSUMO. 2. COSTA RICA. 3. MARIJUANA.
i. Ernesto Cortés Amador

CONSEJO EDITORIAL

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

Índice

I. Introducción.....	4
II. Aspectos metodológicos.....	7
III. Resultados.....	12
IV. Discusión.....	16
V. Agradecimientos.....	19
VI. Referencias.....	19
Anexos.....	21

I. Introducción

Conocido popularmente en Costa Rica como marihuana, mota, grifa, hierba, ganja, etc., el cannabis es la sustancia ilícita de mayor consumo en el mundo entero, y nuestro país no es la excepción. Esta es una planta¹ con una larga historia y diversidad de usos, asociada con a una gran variedad de imágenes sobre sus efectos, pero que rara vez muestran el panorama completo entorno a su consumo.

El presente documento busca mostrar una parte de este amplio panorama acerca del cannabis en Costa Rica, a partir de los indicadores de consumo, según se obtuvieron en la V Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas, realizada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en el 2010. Esto con el fin de brindar una visión general sobre el uso de esta sustancia ilícita en el país, que sirva de insumo para la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas, así como para posteriores investigaciones en el tema.

El uso del cannabis como sustancia psicoactiva ha sido documentado desde hace miles de años (Schultes y Hoffman, 2000; Escohotado, 1989). Aun así, esta se hizo realmente popular en década de 1960, cuando formó parte central del movimiento contracultural juvenil de los Estados Unidos. En los siguientes 20 años se extendió por todo el continente Americano y a la mayor parte de Europa, luego en la década de los años noventa llegó a nivel mundial (Global Cannabis Commission 2008). Esta asociación entre uso de cannabis y personas jóvenes es un hecho que persiste hasta la fecha y puede observarse aun en Costa Rica.

A nivel bioquímico, el cannabis es una sustancia que contiene más de 60 tipos de compuestos cannabinoides, que puede tener efectos diversos en las funciones cognitivas, de percepción y psicomotoras, en la temperatura del cuerpo,

¹ También llamada *cáñamo*, esta planta pertenece a la familia *Cannabácea*, del género *Cannabis* y existen 3 especies distintas: *Sativa*, *Índica* y *Ruderalis*. Suele ser herbácea, anual, robusta, erecta y libremente ramificada; puede llegar a alcanzar hasta los 5.4mts de altura (Schultes y Hoffman 2000)

en el tracto gastrointestinal y en los ojos, así como en el sistemas nervioso, cardiovascular, respiratorio, hormonal e inmunológico (Grotenhermen 2002). El THC (Delta-9 Tetrahydrocannabinol) es el componente que genera los principales efectos psicoactivos, aun así, otros compuestos cannabinoides como el CBD (Cannabidiol) o el CBC (Cannabigerol), pueden afectar la misma potenciación y metabolización del THC (Russo 2003).

El correcto balance de estos compuestos cannabinoides es la base para la utilización medicinal del cannabis, el cual ha demostrado su beneficio para el tratamiento de enfermedades crónicas como el cáncer, VIH/SIDA, glaucoma, esclerosis múltiple y la artritis. Señalando que su fumado puede afectar negativamente el sistema respiratorio, por lo que se recomienda administrar la sustancia mediante alimentos, vaporizadores, tinturas o aceites (American College of Phisycians 2008, Institute of Medicine 1999)

Al igual que otras sustancias psicoactivas, el consumo perjudicial de cannabis puede tener efectos adversos en la salud, aunque su impacto es relativamente modesto en comparación con el de otras drogas lícitas e ilícitas. En un primer plano, se pueden observar los efectos agudos o a corto plazo, como es el riesgo de accidentabilidad de tránsito o las sensaciones de ansiedad y pánico, especialmente en usuarios experimentales. En un segundo plano el impacto largo plazo por el consumo crónico, sobresale el riesgo de desarrollar dependencia a la sustancia y en menor grado la manifestación de problemas en el sistema respiratorio o por ciertos trastornos de salud mental. Existe un mayor riesgo de presentar estos problemas en las personas que inician su consumo en edades tempranas, que tienen deficiencias inmunológicas o predisposición genética a estos padecimientos (Global Cannabis Commission 2008, EMCDDA 2004).

A nivel legal, la producción y comercialización del cannabis son actividades prohibidas desde hace más de medio siglo en la mayor parte del mundo, según la Convención Única de Estupefacientes de 1961 de las Naciones Unidas (Convención Única). Esta convención es el referente del derecho internacional que prohíbe el cannabis a nivel mundial, colocándola en las Listas I y IV de control

de drogas; las cuales exigen medidas más estrictas debido a las características nocivas, los riesgos de generar adicción y el limitado valor terapéutico. Aun así, pasados más de 50 años de la Convención Única, muchos expertos han planteado que “*la inclusión del cannabis fue una equivocación basada en la información médica y científica disponible cuando se redactó el tratado*” (Blickman & Jelsma 2009, p.93).

En Costa Rica, en consonancia con el Sistema Internacional de Control de Drogas, el cannabis es una sustancia prohibida por la *Ley General de Salud* de 1973², así como por la *Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas* del año 2002. Esta última ley; sanciona penalmente la producción, distribución y venta del cannabis, pero no considera el consumo como un delito, sino más bien como una enfermedad que necesita de tratamiento y rehabilitación³.

En este marco, este fascículo parte del enfoque de salud pública en relación al consumo de cannabis. Se busca dimensionar el panorama con respecto al uso de esta sustancia, con el objetivo de brindar alguna evidencia para orientar las políticas del sector salud para garantizar los derechos humanos de toda persona que habitan en el territorio costarricense, especialmente aquellas que presenten o puedan presentar problemas asociados al consumo de cannabis.

² Ley No.5395 “Artículo 127.- Queda prohibido y sujeto a destrucción, por la autoridad competente el cultivo, de la adormidera (*papaver somniferum*) de la coca (*erythroxilon coca*) y del **cáñamo o marihuana (*cannabis índica y cannabis sativa*)** y de toda otra planta de efectos similares así declarado por el Ministerio. Queda asimismo prohibida la importación, exportación, tráfico y uso de las plantas antes mencionadas, así como sus semillas cuando tuvieren capacidad germinadora.”

³ Ley No.8204 “Artículo 79.- Se promoverá y facilitará el internamiento o el tratamiento ambulatorio voluntario y gratuito con fines exclusivamente terapéuticos y de rehabilitación en un centro de salud público o privado, de quien, en las vías públicas o de acceso público, consuma o utilice drogas de uso no autorizado; esta disposición tiene el propósito de desintoxicar al adicto o eliminarle la adicción. Cuando se trate de personas menores de edad, las autoridades estarán obligadas a comunicar dicha situación al PANI, para que gestione las medidas de protección necesarias, conforme al Código de la Niñez y la Adolescencia y al artículo 3 de esta Ley.”

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.

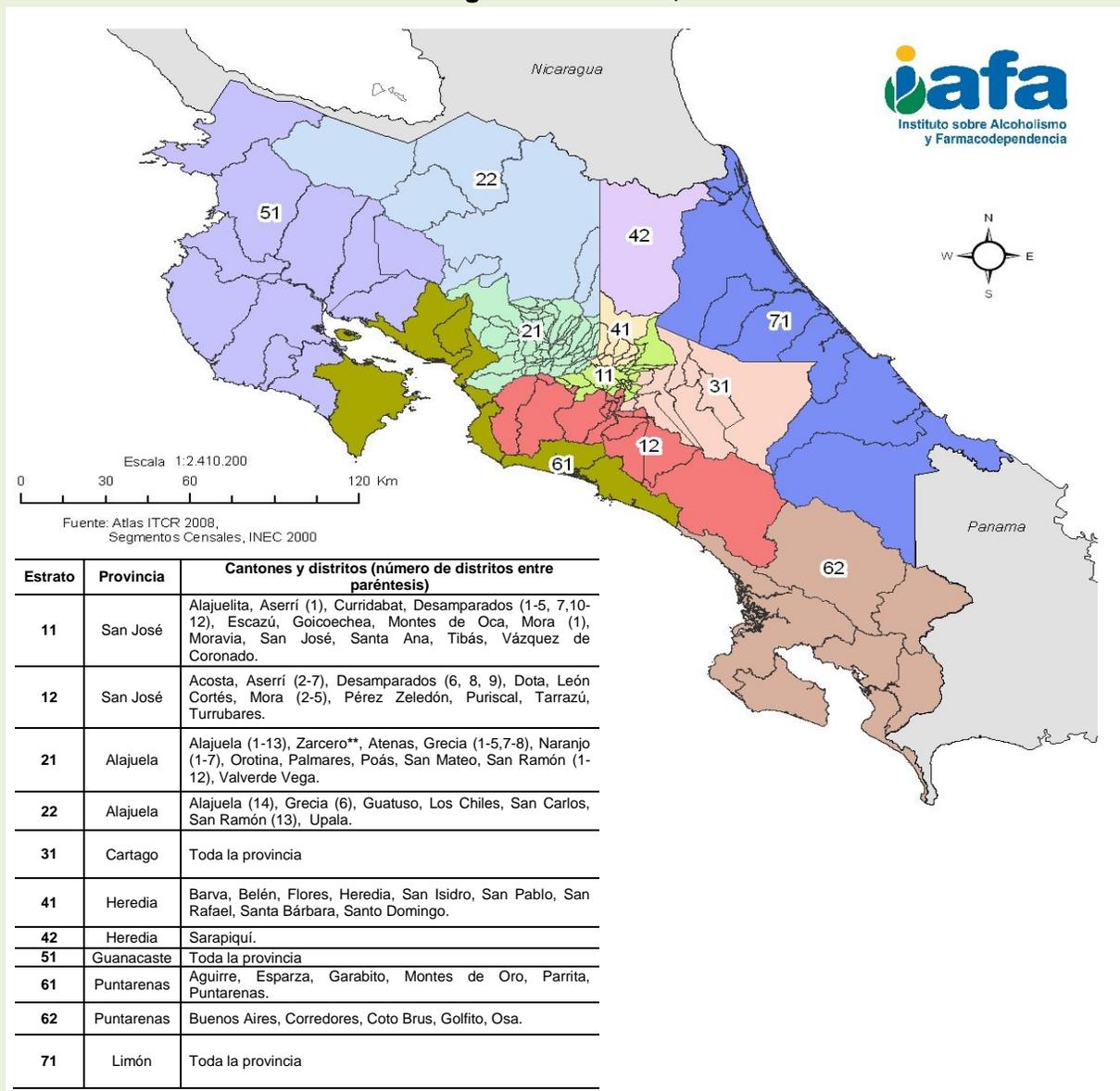
Estratificación

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



Selección de segmentos

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

Como se indicaba 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 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% con 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, 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 mas 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

El cannabis es la sustancia ilícita más producida y consumida en todo el mundo, cerca de 170 millones de personas entre los 15 a 64 años de edad la usaron en el 2009 (UNODC 2011). En Costa Rica, también es la droga ilícita de mayor consumo, principalmente entre personas jóvenes (12 a los 35 años); aunque en general los hombres triplican las tasas de consumo en relación a las mujeres.

Prevalencia del consumo de cannabis

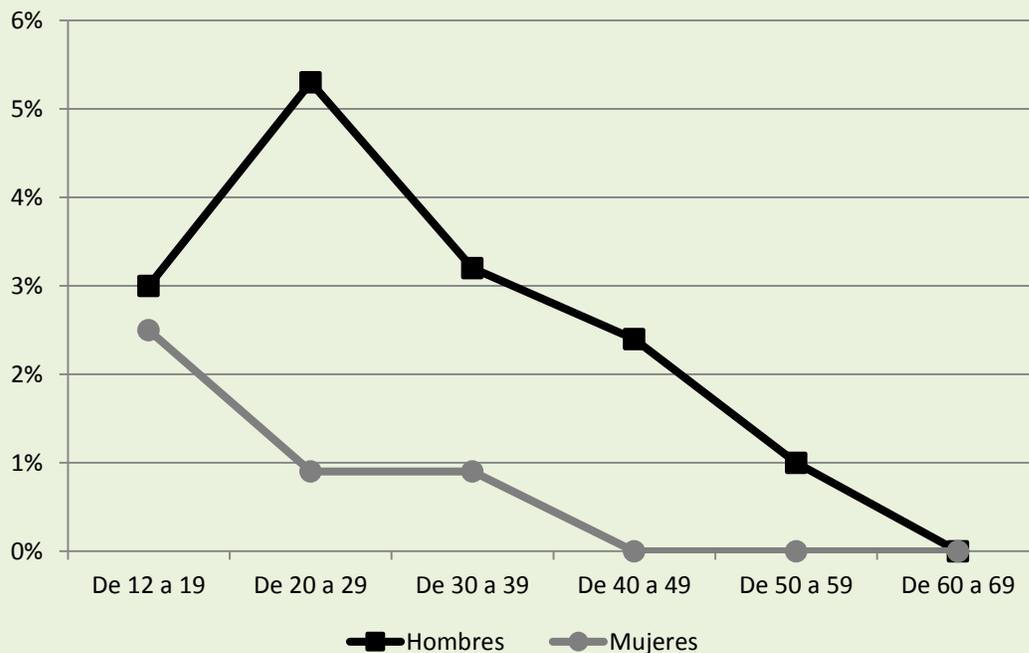
La Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas 2010 en población general de 12 a 70 años, muestra tendencias diferenciadas en las distintas tasas de prevalencia, ya que mientras el consumo de alguna vez en la vida se mantuvo relativamente estable en el periodo del 2006 al 2010, el consumo reciente y el consumo activo tuvieron un incremento significativo (Tabla 1).

Tabla 1. Consumo de cannabis entre residentes de 12 a 70 años en hogares, por sexo Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010
(valores porcentuales)

Período de consumo	1990	1995	2001	2006	2010
Vida	4,0	3,9	5,5	7,5	7,1
Hombres	6,8	7,1	9,0	10,9	10,2
Mujeres	1,3	0,6	1,9	3,9	4,0
Año	0,5	0,6	1,3	1,0	2,6
Hombres	0,7	1,0	2,1	1,9	4,0
Mujeres	0,2	0,1	0,5	0,2	1,1
Mes	0,4	0,3	0,4	0,6	2,0
Hombres	0,7	0,6	0,7	1,2	3,0
Mujeres	0,2	0,1	0,0	0,1	0,9

Es importante observar como el consumo del último año y del último mes no tienen la misma tendencia del consumo alguna vez en la vida, el cual presentó un incremento paulatino de 1995 al 2006 y una relativa estabilización en el último quinquenio. Los porcentajes por sexo siguen presentando a los hombres con un consumo mucho mayor que el de las mujeres, aunque el aumento es proporcional para ambos sexos.

Gráfico 1. Consumo activo de cannabis por grupos decenales de edad y sexo, entre residente de 12 a 70 años, en hogares. Costa Rica, 2010



El aumento en el consumo activo en un 2%, podría indicar que en el país existe un grupo de personas que presenta un consumo más frecuente o habitual de cannabis, ya que cerca de la mitad de estos usuarios activos utilizan la sustancia de 1 a 3 veces al mes, mientras que la otra mitad lo hace semanal o diariamente. En el gráfico No.1 se puede apreciar como este grupo se compone principalmente por hombres jóvenes entre los 12 y los 39 años, siendo su punto

más alto entre los 20 y 30 años (5,4%). Mientras que el mayor consumo de las mujeres, es en aquellas menores de 20 años (2,5%).

Los indicadores de consumo activo de cannabis en adolescentes que se encuentran en el sistema educativo también presentaron un aumento del 2006 al 2009, pasando de un 2,3% de consumidores activos a un 3,6% (Bejarano, Cortés, Chacón, et al. 2011). Este último porcentaje es similar al del grupo etario de 12 a 19 años (2,8%) de consumidores activos presente en la Encuesta Nacional de Hogares 2010, reafirmando así, la característica juvenil en el consumo de esta sustancia.

Incidencia del consumo de cannabis

La cantidad de persona que consumieron cannabis por primera vez en el último año, se ha mantenido relativamente estable en la última década. En la Tabla No.2 se puede observar un leve incremento desde el 2006 (5,1 x 1000) al 2010 (5,7 x 1000), que se debe principalmente al aumento en las mujeres iniciadas (2,9 x 1000) en este mismo periodo, compensado por la disminución en el inicio de los hombres (8,7 x 1000).

Tabla 2. Personas iniciadas en el consumo de cannabis en el último año, entre residentes de 12 a 70 años en hogares, por sexo Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010
(valores porcentuales)

Año	Tasa por mil		
	Total	Mujeres	Hombres
1990	1,8	0,7	3,0
1995	1,0	0,7	1,4
2001	5,0	3,1	7,1
2006	5,1	0,4	10,0
2010	5,7	2,9	8,7

Estas diferencias por sexo en las personas que iniciaron el consumo de cannabis en el último años, es la razón principal de la estabilidad del indicador. Ya que mientras los hombres mostraron un incremento sustancial en los últimos 15 años, las mujeres se mantuvieron por debajo de las 3 x mil iniciadas.

Edad de inicio en el consumo de cannabis

Con respecto a la edad de consumo de cannabis por primera vez en la vida, se puede observar una constante disminución del promedio en los últimos 20 años (Tabla No.3). Esta disminución de la edad de inicio se puede observar tanto en hombres como en mujeres, que alcanzó un promedio total de 16,7 años en el 2010; resaltando así, que el primer contacto se da durante la adolescencia.

Tabla 3. Edad promedio de inicio en el consumo de cannabis entre residentes de 12 a 70 años en hogares. Costa Rica, 1990, 1995, 2000, 2006, 2010

Sexo	1990	1995	2000	2006	2010
Hombres:	19,9	18,6	17,8	18,1	16,5
Mujeres:	18,5	18,0	17,7	16,7	17,1
Total:	19,1	18,5	17,7	17,6	16,7

El hecho de que las primeras experiencias de consumo de cannabis se están dando a edades cada vez más tempranas, ratifica aún más la connotación juvenil de esta sustancia; pero también implicaría un mayor riesgo para la generación de problemas asociados, que podría visualizarse a mediano o largo plazo en los indicadores de salud pública de las personas adolescentes.

IV. Discusión

Como se puede apreciar en los resultados de la V Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas en Costa Rica 2010, las tasas de prevalencia en el consumo de cannabis han presentado claras variaciones en el último quinquenio. Resalta el incremento en el consumo activo, que junto a la estabilización en la iniciación en el consumo, a edades cada vez más tempranas, nos señala una mayor difusión de la sustancia entre las personas jóvenes costarricenses entre 12 a 35 años⁴.

Esto se podría asociar a una mayor disponibilidad de la sustancia en el mercado, el cual ya presenta distintas variedades y calidades de cannabis, así como posiblemente de productores y vendedores especializados. Esto aunado al auge de movimientos culturales juveniles donde el cannabis forma parte del estilo de vida, así como discursos que señalan los beneficios percibidos por el consumo, lo cual fomenta una mayor tolerancia social a la sustancia. Aun así, habría que darle un mayor seguimiento a estas tendencias de consumo, para determinar si realmente implica un cambio definitivo en los patrones de consumo de cannabis en el país.

Estos incrementos en las tasas de consumo reciente y activo, así como el inicio en edades cada vez más tempranas, podría expresarse a corto o mediano plazo en las posibles consecuencias sociales y sanitarias citadas en la literatura científica (Global Cannabis Commission 2008). Por lo que resultaría valioso evaluar la cantidad de personas necesitadas de tratamiento por dependencia al cannabis, comorbilidad psiquiátrica asociada, accidentabilidad de tránsito, así como el fracaso escolar y problemas familiares que puede ocasionar en personas adolescentes.

⁴Ley No. 8261 Ley General de la Persona Joven del 2002. Artículo 2

Es así, que las instituciones estatales tienen la obligación de garantizar y proteger los derechos humanos de toda la población costarricense, principalmente el Derecho a la Salud, *“entendido como el disfrute del nivel más alto de bienestar físico, mental y social”* (OEA 1988). Para esto, el Estado tiene la obligación de implementar una serie de medidas como la universalización de los beneficios de los servicios de salud, la educación, prevención y tratamiento de enfermedades; procurando satisfacer de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y vulnerabilidad, entre otros.

El Estado costarricense asumió un compromiso, como miembro de la Organización de Estados Americanos, con la Estrategia Hemisférica de Drogas. Esta estrategia expone la *“reducción de la demanda”* como un *“componente prioritario para garantizar un enfoque integral y equilibrado del problema mundial de las drogas, habida cuenta de que el abuso de éstas constituye un problema social y de salud que requiere un abordaje multisectorial y multidisciplinario. Con el objetivo de promover la salud y el bienestar social de los individuos, las familias y las comunidades, y de reducir las consecuencias adversas del abuso de drogas.”* (CICAD 2010, p.3).

Esto implicaría una política nacional de salud pública sobre consumo de drogas que implemente de forma coherente y sostenible, toda una serie de políticas de prevención (universal, selectiva e indicada), intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, reintegración social, gestión de los sistemas de salud y de reducción de las consecuencias adversas ocasionadas por el consumo (OMS 2011). Asimismo, es imprescindible enfocarse en las necesidades de las poblaciones en mayor vulnerabilidad social y con problemas de consumo; que en el caso del cannabis sería la población adolescente y personas jóvenes en general.

Aunque en el Plan Nacional de Drogas 2008-2012 (ICD 2007), se incluyen políticas específicas de reducción de la demanda de drogas, estas se conciben como proyectos aislados con poca coherencia dentro del “Sistema nacional de prevención, atención y recuperación de personas en adicción”, que propone la Política Integral y Sostenible de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz Social (PNUD 2010). Aun así, esta misma política de seguridad ciudadana no desarrolla como se implementará el “Sistema Nacional”, olvidando que el país ya cuenta con una “Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica, revisada y ajusta en el año 2010” (IAFA 2010).

La correcta implementación de esta política de tratamiento para el consumo de drogas, en este caso enfocada en el consumo perjudicial de cannabis, resultaría de significativa importancia para brindar un marco legal y administrativo para la atención de las personas con problemas de consumo. Sin embargo, aún no se cuenta con el Decreto Ejecutivo mediante el cual se oficializaría esta Política tan urgente y necesaria.

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 Sonia Pérez por todo el apoyo administrativo. A Douglas Mata por su revisión de contenido y discurso.

VI. Referencias

American College of Physicians (2008) *Supporting Research into the therapeutic role of marijuana. Position Paper*. Philadelphia. : American College of Physicians.

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*. San José, Costa Rica. : IAFA

Blickman, T. y Jelsma, M. (2009) La reforma de las políticas de drogas. Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos. *Revista Nueva Sociedad No.222*

Global Cannabis Commission (2008) *Cannabis Policy: Moving beyond stalemate*. Beckley Park, Oxford. : The Beckley Foundation

Comisión Interamericana para el Control del abuso de Drogas (2010) *Estrategia Hemisférica sobre Drogas*. Adoptada por la CICAD en su 47mo periodo ordinario de sesiones. Washington, D.C. : CICAD/OEA

Escohotado, A. (1989) *Historia sobre las drogas. Tomo 2*. España. : Alianza Editorial

European Monitoring Center of Drugs Use and Drug Addiction (2004) *Cannabis problems in context Understanding the increase in European treatment demands*. Lisbon. : EMCDDA

Grotenhermen, F. (2002) Effects of Cannabis and the Cannabinoids. In: Grotenhermen, F & Russo, E. *Cannabis and cannabinoids: Pharmacology, toxicology, and therapeutic potential*. New York. : The Haworth Press.

Institute of Medicine. Division of neuroscience and behavioral health (1999) *Marijuana and Medicine. Assessing the science base*. Washington, D.C. : National Academy Press

Instituto Costarricense sobre Drogas (2007) *Plan Nacional de Drogas 2008-2012*. San José, Costa Rica. : ICD

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2010) Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Costa Rica, revisada y ajusta en el año 2010. San José, Costa Rica. : IAFA

Organización de Estados Americanos (1988) *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. "Protocolo de San Salvador"*. El Salvador. : OEA

Organización Mundial de la Salud (2011) *Plan de acción sobre el consumo de sustancia psicoactivas y la salud pública*. Washington, D.C. : 51 Consejo Directivo.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010) *Política integral y sostenible de seguridad ciudadana y promoción de la paz social*. San José, C.R. : PNUD

Russo, E. (2003) *Cannabis: From pariah to prescription*. New York. : The Haworth Press.

Schultes, E. y Hoffman, A. (2000) *Plantas de los dioses. Origen del uso de los alucinógenos*. 2ª Ed. México D.F. : Fondo de Cultura Económica

United Nations Office on Drugs and Crime (2011) *World Drug Report*. Vienna. : UNODC

Anexo 1

Definición de términos⁵

Abstinencia: Esta se puede aplicar a una droga en particular o a un conjunto de ellas. Se usa para referirse a aquellas personas que nunca han consumido cannabis.

Consumo perjudicial: Consumo de una sustancia psicoactiva que causa daños a la salud. El daño puede ser físico o mental. Incluye el término “abuso de sustancias psicoactivas”

Comorbilidad: Término general que se refiere a la coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de otro trastorno psiquiátrico en la misma persona. El empleo de este término no implica la naturaleza de la asociación entre los dos trastornos ni ninguna relación etiológica entre ambos.

Dependencia: Esta consiste en un conjunto de síntomas cognitivos, de comportamiento y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la mayor persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga, y a veces, un estado de abstinencia por dependencia física.

Droga Psicoactiva: Sustancia natural o química que afecta el Sistema Nervioso Central.

Edad promedio de inicio: Este indicador consiste en la suma del total de edades reportadas, dividido entre el total de personas que señalaron la edad que probaron cannabis por primera vez en la vida.

⁵ 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. Proviene, a su vez, de nomenclatura utilizada internacionalmente.

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

Consumo alguna vez en la vida: se refiere a la proporción de sujetos, con respecto a la muestra total, que han consumido cannabis alguna vez en su vida.

Consumo en el último año (consumo reciente): resulta de dividir el total de la población que consumió cannabis durante el último año entre la muestra total.

Consumo en el último mes (consumo actual o activo): corresponde a la proporción de individuos que consumieron cannabis 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.

Desarrollo Institucional

Proceso de Investigación. 2012

San José, Costa Rica

Apartado 4494-1000