

Consumo de Drogas en Costa Rica

Encuesta Nacional 2010

Consumo de Tabaco

Elaborado por: Sandra Fonseca Ch.

Costa Rica, 2012

Fascículo sobre Tabaco. Serie 1 de 5

616.864

I59c Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Área Desarrollo
Institucional. Proceso de Investigación.

Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010:
Tabaco. San José, CR. : IAFA, 2012.
21 p.: 448 Kb

ISBN: 978-9968-705- 87-5

1. CONSUMO 2. COSTA RICA 3.TABACO i. Sandra
Fonseca Chaves ii.Título.

CONSEJO EDITORIAL

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

Índice

I. Introducción.....	4
II. Aspectos metodológicos.....	6
III. Resultados.....	12
IV. Discusión.....	17
V. Agradecimiento.....	20
VI. Referencias.....	20
Anexos.....	22

I. Introducción

El tabaco es una de las mayores preocupaciones para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo y cuya trascendencia es cada vez más notoria. Así es como de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, al consumo de tabaco se le atribuye la muerte de más de cinco millones de personas al año; es responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos y más de 600000 personas mueren por estar expuestas al humo ambiental (WHO, 2010).

Las estadísticas de diversos países revelan que el consumo del tabaco comenzó a aumentar sostenidamente en los inicios del siglo XX y se intensificó desde la Primera Guerra Mundial. En muchas regiones a nivel mundial, el tabaco y el alcohol son las drogas que se utilizan por primera vez y se estima que el fumado de cigarrillos es la primera conducta de elección por parte de jóvenes, donde uno de cada cinco individuos comienza a fumar a los 10 años de edad o antes (OPS, 2002, United Nations, 2004).

La dependencia al tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- IV).

El fumado es una de las principales causas de muerte, más que cualquiera otra sustancia psicoactiva, se le relaciona con más de 25 enfermedades, entre ellas, el 30% de todos los cánceres (se estima que en un 85% de los casos de cáncer de pulmón es provocado por el tabaquismo), enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, enfisema y asma, cáncer de labios, cáncer de la cavidad oral (boca, lengua y garganta), tráquea y es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares.

Se estima que de mantenerse las tendencias actuales, el consumo de tabaco dará cuenta de más de ocho millones de muertes al año en 2030. La mitad de los más de 1000 millones de fumadores morirán prematuramente de una enfermedad relacionada con el tabaco y este constituye un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de muerte en el mundo (OMS, 2010b).

Además de los riesgos generales asociados al tabaquismo, las mujeres fumadoras tienen riesgos adicionales para su salud. Según la Organización Mundial de la Salud (2010a), de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo, el 20% son mujeres; sin embargo, esta cifra muestra una tendencia creciente, contrario a la de los hombres donde el consumo de tabaco ha alcanzado su punto más alto. Se ha apuntado sobre la importancia de que las políticas de control del tabaco se reconozcan y tengan en cuenta las normas, diferencias y respuestas de género con respecto al tabaco a fin de reducir el consumo de tabaco y mejorar la salud de hombres y mujeres en todo el mundo.

El tabaquismo en la mujer puede provocar una reducción de la fertilidad e incrementa el riesgo de menopausia precoz, contribuye a la pérdida de calcio óseo y por lo tanto agrava la osteoporosis en las mujeres en fase postmenopáusica, entre otros problemas.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, adoptado por la 56 Asamblea de Salud Mundial en mayo de 2003, es el primer tratado de salud pública internacional, que además de formular una respuesta a la rápida globalización de la pandemia de muerte y enfermedad producida por el tabaquismo, hace un llamado a los países para usar métodos normalizados y procedimientos para la vigilancia, medidas costo efectivas que han demostrado tener un mayor resultado para disminuir el impacto y mejorar la salud pública, y la protección de la vida humana (WHO, 2011).

En Costa Rica, diversas investigaciones han puesto de relieve la magnitud del problema del tabaquismo. En los últimos quince años aproximadamente la tercera parte de la población reportó el consumo de tabaco, según se desprende de investigaciones efectuadas en la población nacional (Bejarano, Fonseca y Sánchez, 2006). En la investigación en estudiantes de medicina y enfermería de universidades estatales se encontró una prevalencia de consumo activo de un 30% (Fonseca, S. 2006) y en el estudio multinacional denominado Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (GYTS), la prevalencia de fumado de alguna vez en la vida se ubicó alrededor de un 26%, y el consumo activo en un 10%. (Sánchez y Mata, 2008).

Por lo antes expuesto, es importante anotar que este artículo abarca específicamente el tema de tabaco, pero corresponde a una serie de fascículos que se derivan de la quinta ronda de estudios sobre epidemiología del consumo de drogas que se realiza en Costa Rica desde 1990, la cual mediante la aplicación de una encuesta en hogares a personas entre 12 y 70 años de edad, de ambos sexos y de los diversos niveles socioeconómicos, tiene por objetivo establecer el perfil epidemiológico sobre consumo de drogas en Costa Rica, lo cual permite efectuar análisis comparativos con otros estudios, sean nacionales o internacionales.

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

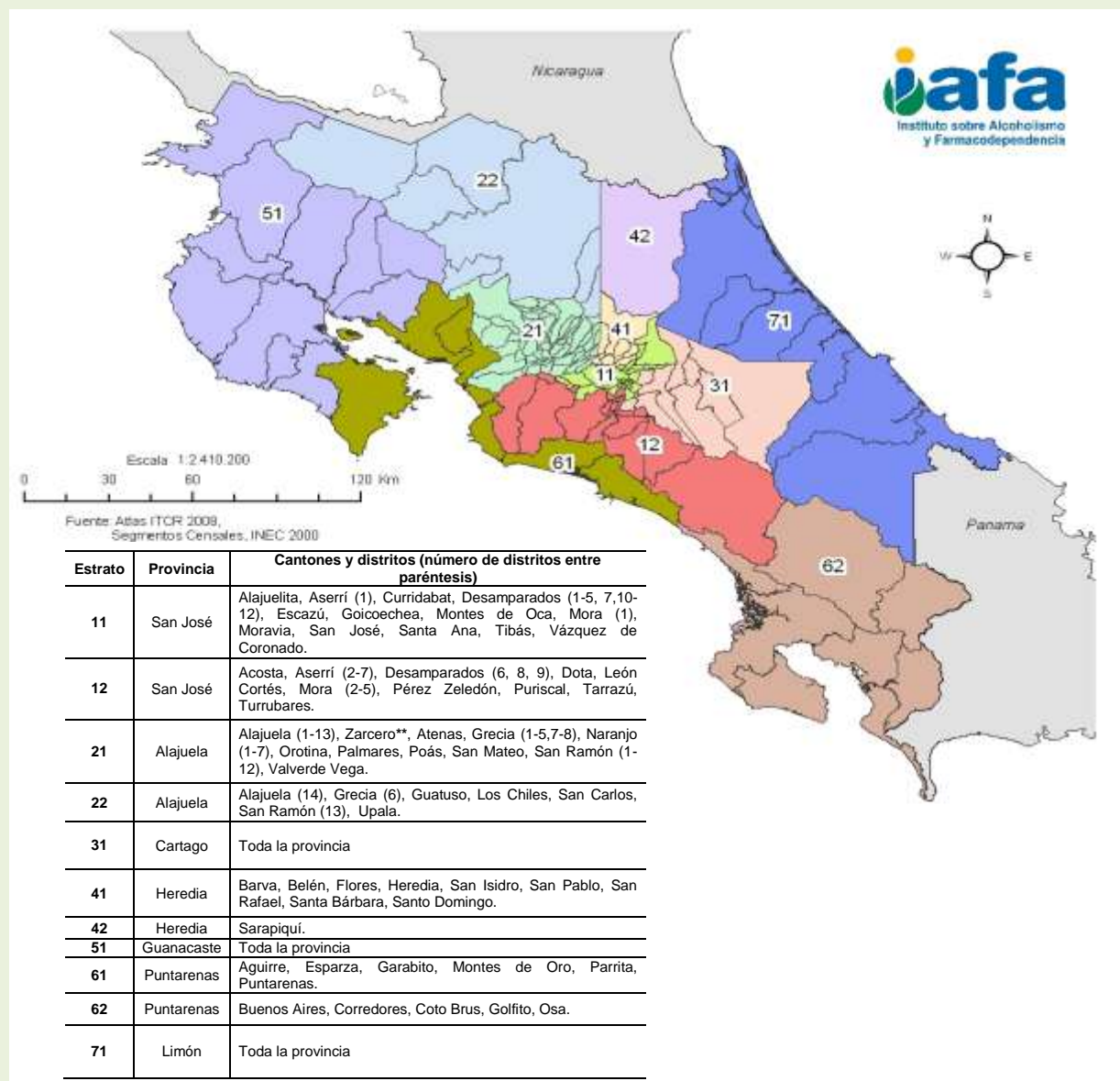
La muestra se diseñó para ser seleccionada siguiendo las pautas de un muestreo estratificado de conglomerados. El país fue dividido en estratos de los cuales se seleccionaron segmentos censales, en los cuales se visitaban todos los hogares, seleccionando un informante en cada uno de ellos.

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

Prevalencia del consumo de tabaco

En Costa Rica, según los datos de la Encuesta de Hogares del 2010, la prevalencia de vida del consumo de tabaco en la población entre los 12 y 70 años, fue del 24.8% (Tabla 1). Comparado con los resultados obtenidos en las encuestas de 1990 a 2006, se puede observar un ligero descenso del consumo de tabaco en los diferentes niveles de prevalencia, el cual se ha mantenido constante a lo largo de los diferentes períodos (1990-2010).

Al analizar la evolución del consumo de tabaco por sexo de 1990 a 2010, se observó que el consumo de tabaco alguna vez en la vida en los hombres ha descendido sensiblemente de 48.8% a 30.7%. Contrario con el consumo de las mujeres que en el período 2010 (18,7%) muestra un descenso a los niveles del año 1990 (18%).

Tabla 1. Distribución porcentual de la muestra, según niveles de prevalencia de consumo de tabaco por año, según sexo Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010

Tipo de prevalencia/ sexo	1990	1995	2001	2006	2010
Vida					
Hombres	48,8	53,5	41,1	41,0	30,7
Mujeres	18,0	17,1	18,8	21,5	18,7
Total	33,4	35,3	30,0	31,4	24,8
Año					
Hombres	29,4	29,6	25,5	23,2	20,5
Mujeres	9,2	10,0	9,2	9,4	10,1
Total	19,3	18,3	17,2	16,4	15,1
Mes					
Hombres	28,6	28,5	23,1	21,3	18,0
Mujeres	8,8	6,6	8,2	8,1	8,6
Total	18,7	17,5	15,7	14,8	13,4

El consumo del último mes muestra un consumo del 13% de la población, lo cual representa una cifra cercana al medio millón de personas, algo parecido a lo que se presentó en los dos períodos anteriores, tal reducción puede observarse también en los niveles de prevalencia de vida y de último año, a lo largo de los diferentes períodos.

Aunque el consumo activo de los hombres es mayor que el de las mujeres, su reducción durante el período es estadísticamente significativo ($p < 0,001$). Con el consumo de los últimos doce meses sucede algo semejante, se reduce significativamente en los hombres y aumenta, también significativamente, en las mujeres ($p = 0,005$); aunque su nivel de prevalencia en este último grupo es muy inferior.

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (2010d), las estrategias de control del tabaquismo deben tener en cuenta que las decisiones de uno y otro sexo para empezar a consumir tabaco son influidas por diferentes factores culturales, psicosociales y socioeconómicos. Aunque el número de mujeres que fuman es mucho menor que el de hombres, la epidemia de consumo de tabaco por las mujeres va en aumento en la mayoría de países.

Por otra parte, al comparar los datos generales con otros países, se tiene que por ejemplo, España muestra una prevalencia anual de 49% y mensual de 39% (OED, 2010), en Chile, la información revela una prevalencia anual de 49.5% y mensual de 36% (Senda, 2010), valores que superan los nacionales.

Un grupo de especial importancia es la población adolescente costarricense, según la última encuesta sobre consumo de drogas en población de educación secundaria (Bejarano, et. al, 2009), el 28.6% de los estudiantes han fumado alguna vez en la vida, 15.6% han fumado en el último año y el 8.9% en el último mes, y que como se mencionará más adelante es importante tomar medidas en relación con los y las jóvenes menores de 18 años.

Por otra parte, tanto por su función como por el rol que pueden ejercer con sus pacientes, se ha de resaltar la importancia del consumo de tabaco entre los profesionales de salud. En el 2006 alrededor de un 72% de los estudiantes de medicina y enfermería habían fumado alguna vez en la vida y entre un 25 y 30%

lo hicieron en el último mes, cifras muy superiores a los resultados en la encuesta de hogares y de estudiantes de secundaria, lo que amerita realizar estudios que profundicen en las causas que originan tales niveles de prevalencia en esta población.

Fumadores activos por grupos de edad

Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según el sexo y la edad.

Como se indica en la Tabla 2, la proporción de fumadores activos resultó mayor en los grupos de edades de 40 a 49 años (102.960 individuos) y 18 a 29 años (162.992), lo que coincide con los resultados de la encuesta del año 2006. Por otra parte la mayor prevalencia en hombres y mujeres corresponde al grupo de edad de 18 a 29 años.

La mayor proporción de fumadores hombres indicó que su inicio fue a 16,5 años, en tanto que en las mujeres dieron cuenta de una edad promedio de 17,4 años. Similares resultados se han obtenido en las encuestas de hogares anteriormente realizadas. Sin embargo, como se ha mencionado en el pasado, persiste la necesidad de atender el inicio en el consumo, que se sigue manteniendo cercano a los 17 años.

Tabla 2. Estimación del total de fumadores activos (fumadores del último mes) por sexo y grupo de edad usando proyecciones de población Costa Rica, 2010

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
18 a 29 años	101.344	61.655	162.998
30 a 39 años	55.318	30.840	86.157
40 a 49 años	76.180	26.780	102.960
50 a 59 años	51.647	14.916	66.563
60 a 70 años	12.877	3.292	16.169
Total 18 a 70 años	297.365	137.482	434.848

Se usó proyección de población del 2010. Centro Centroamericano de Población.

Es importante destacar la mención que hacen los y las fumadoras acerca de la necesidad que sienten de cesar el consumo. Por ejemplo, en la encuesta a estudiantes de Profesiones de la Salud entre un 65% y un 75% manifiestan su deseo de dejar de fumar y en el estudio realizado en jóvenes escolarizados (GYTS) el 57% manifestaron el deseo de dejar de fumar y de ellos 6 de cada 10 indicaron que habían intentado dejar de fumar en el año anterior.

Es por ello que una de las estrategias que se debe ofrecer es la ayuda requerida a partir de grupos de apoyo, así como de medidas externas, tales como la prohibición de fumar en lugares públicos medida recomendada por la OMS en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS, 2003) y que hoy Costa Rica está aplicándola a través de la Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud No. 9028 de reciente vigencia. Aunado a esto se puede añadir la importancia de que en el hogar se vele por la no contaminación del aire para proteger a los no fumadores, fundamentalmente a los niños y niñas.

Se estima que un total de 434.000 personas fuman activamente en Costa Rica y de ellos 297.000 corresponden a hombres y 137.000 a mujeres

La Tabla 3 muestra que el consumo de cigarrillos diarios en los hombres es mayor que en las mujeres. Las estimaciones indican que en el uso diario de cigarrillos (10 o más cigarrillos), en mayor consumo en el grupo de las mujeres se da entre las edades de 60 a 70 años y en los hombres entre 50 y 59 años. Sin embargo, en el total el grupo de 40 a 70 años muestra el consumo más alto de cigarrillos.

El grupo de las personas de 40 a 70 al mostrar el porcentaje más elevado en el consumo diario de cigarrillos aumentan en forma considerable el riesgo de desarrollar problemas de salud que aquellas personas que no fuman. Estos problemas incluyen entre otros, un alto riesgo de adquirir osteoporosis, aumentar el riesgo de sufrir fracturas de las caderas y de adquirir enfermedades pulmonares (WHO, 2011).

Tabla 3. Fumado activo y cantidad diaria de cigarrillos por sexo y grupos de edad, Encuesta de Hogares Costa Rica, 2010

Sexo	Grupo de edad	% de fumado activo	Unidades diarias
Mujeres	18 a 29 años	12,4	6,25
	30 a 39 años	9,4	8,55
	40 a 49 años	8,9	8,89
	50 a 59 años	6,8	7,78
	60 a 70 años	2,5	10,67
Hombres	18 a 29 años	19,4	12,13
	30 a 39 años	16,1	11,03
	40 a 49 años	24,6	16,98
	50 a 59 años	23,3	17,00
	60 a 70 años	10,2	14,95
Total	18 a 29 años	15,6	9,63
	30 a 39 años	12,2	9,92
	40 a 49 años	15,3	14,03
	50 a 59 años	13,1	13,93
	60 a 70 años	5,8	13,92

Se presume que muchos de estos consumidores de tabaco no son conscientes de las sustancias químicas nocivas contenidas en los productos del tabaco y el humo del tabaco, así como la cantidad de enfermedades específicas causadas por este consumo. Además, muchos fumadores creen erróneamente que los cigarrillos “light” o “suaves” no son nocivos y contrariamente a esta opinión los consumidores de este tipo de productos suelen aumentar su consumo. A nivel mundial 89 países han prohibido estos términos engañosos en los cigarrillos y 74 países han normado para que también se prohíban en los productos de tabaco sin humo (WHO, 2011).

IV. Discusión

En las últimas décadas se han impulsado en el nivel mundial diferentes estrategias, las cuales pretenden entre otras generar una disminución del consumo de tabaco. Se busca contrarrestar los efectos de la epidemia del tabaquismo, que ha aumentando las desigualdades en materia de salud a nivel internacional, siendo los países en vías de desarrollo los que pasarían a sobrellevar más del 80% de la morbilidad y mortalidad causada por el tabaquismo (WHO, 2008).

La experiencia ha señalado que existen numerosas medidas eficaces para el control del tabaco que pueden aplicarse idealmente en forma conjunta en diferentes contextos y lograr efectos significativos en la reducción del consumo. Una de estas estrategias son las políticas públicas dirigidas a la población en general, por ejemplo prohibiciones de la publicidad directa e indirecta del tabaco; aumentos de impuestos y precios de productos de tabaco; espacios sin humo en todos los lugares públicos y lugares de trabajo; y mensajes sanitarios visibles y claros en los paquetes de tabaco. Todas estas medidas se abordan en las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, el cual ha sido un compromiso de todos los países signatarios a nivel mundial, donde se reconocen los derechos de los ciudadanos con el fin de proteger a la población de esta epidemia (WHO, 2011).

La coordinación interinstitucional entre las diferentes instancias vinculadas con la salud pública, deben consolidarse cada día más, con el propósito de optimizar el uso de los recursos y evitar la duplicación de acciones para hacer efectivas estas medidas.

Es necesario continuar impulsando programas que pretendan retardar la edad de inicio, así como continuar con las actividades destinadas a desestimular el consumo y por tanto disminuir la prevalencia del consumo de tabaco, lo cual impacta favorablemente en el descenso o en la reducción de un gran número de enfermedades y muertes atribuidas al tabaquismo.

Estas medidas también pueden afectar de manera positiva otras áreas del desenvolvimiento cotidiano de los individuos, no hay que olvidar que el tabaco y la

pobreza están ligados, numerosos estudios a nivel internacional han revelado que en los hogares más pobres de algunos países de bajos ingresos los productos del tabaco representan hasta un 10% de los gastos familiares. Esto significa que esas familias disponen de menos dinero para destinar a sus necesidades básicas, por ejemplo, alimentación, educación y atención de salud (OMS, 2010b).

En Costa Rica los esfuerzos se han concentrado entre otros a promover actividades de apoyo para la cesación de fumado de la población en general, capacitar a empresas y personal de salud en las técnicas de la cesación para ser aplicadas a sus pacientes que fuman cigarrillos o uso de otros productos del tabaco y acciones conjuntas entre instituciones con el fin de que se cumplan las políticas oficiales de prohibición de fumado dentro de diferentes ámbitos. El IAFA también ha realizado un importante trabajo en el tema preventivo o de educación con el desarrollo de programas o acciones de sensibilización tanto en la población en general como en grupos específicos, ejemplo de esto son los programas Aprendo a Valerme por mí Mismo y Espacios Libres de Humo de Tabaco que tienen una cobertura a nivel nacional.

Con las evidencias obtenidas en esta investigación, se reafirma la necesidad de trabajar medidas preventivas en la población en general, pero con especial énfasis en la población joven, con el fin de promover desde edades tempranas además de educación sobre el tema, estilos de vida saludables, los cuales incluyen entre otros una dieta adecuada, la práctica de actividad física, la práctica de habilidades para vivir y la detección precoz del consumo de tabaco por parte de los profesionales de la salud, también es importante continuar con el desarrollo de acciones de sensibilización sobre las consecuencias del consumo de tabaco y la exposición a su humo.

La gran mayoría de los consumidores de tabaco que hay en el mundo adquirieron el consumo en su adolescencia. Se estima en unos 150 millones los y las jóvenes que consumen tabaco actualmente, y esa cifra está aumentando a nivel mundial, especialmente entre las mujeres jóvenes y los hallazgos del V Estudio Nacional, verifican que este fenómeno se manifiesta con claridad en el

país. La mitad de esos consumidores morirán prematuramente como consecuencia de ello (OMS, 2010c).

Por lo tanto se insiste sobre la conveniencia de que estas intervenciones, incluyan acciones específicas por género como se mencionó anteriormente para evitar que la prevalencia del consumo de tabaco siga aumentando entre las mujeres, pues estas constituyen un importante objetivo para la industria tabacalera, que necesita captar nuevos consumidores para remplazar a casi la mitad de los consumidores actuales, que morirán prematuramente por enfermedades relacionadas con el tabaco (WHO, 2011).

Surge también la necesidad de continuar realizando en el país investigaciones sobre tabaquismo, fundamentalmente de tipo cualitativo y en particular buscando dar respuesta a interrogantes como por ejemplo el por qué los y las adolescentes empiezan a fumar; percepción de riesgos y su influencia en los hábitos de vida, intervenciones para modificar dichas percepciones; y las posibles explicaciones de las tendencias del consumo de tabaco en las mujeres.

Finalmente, el conocimiento generado deberá sustentar las estrategias eficaces para su prevención y la identificación de los métodos adecuados para ayudar a dejar de fumar, con especial atención en la población joven.

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 Sonia Pérez por su apoyo administrativo.

VI. Referencias

Bejarano, J., Fonseca, S. y Sánchez, G. (2006). Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional 2006. San José, C.R.: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Bejarano, J. Cortés, E., Chacón, W., Fonseca, S., López, K., Sánchez, G. (2010). La juventud y las drogas: encuesta nacional sobre percepciones y consumo en población de educación secundaria. San José, Costa Rica: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Fonseca, S. (2006). Tabaquismo en estudiantes universitarios de profesiones de la salud, resultados en Costa Rica. Encuesta Mundial de Profesionales de la Salud. San José, C.R: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Observatorio Español sobre Drogas (OED) (2010). Encuesta Domiciliaria sobre drogas en España, 2009/2010. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>, el 6 de febrero de 2012.

Organización Panamericana de la Salud (2002). Tres mediciones fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en Las Américas. Washington, D.C., USA: O.P.S.

Organización Mundial de Salud. (2003). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Recuperado de: http://www.who.int/fctc/text_download/es/index.html

Organización Mundial de la Salud (2010a). Género y tabaco: la promoción del tabaco dirigida a las mujeres. Recuperado de: <http://www.who.int/tobacco/wntd/2010/announcement/es/index.html>; el 3 de febrero de 2012:

Organización Mundial de la Salud (2010b). ¿Porque el tabaco es una prioridad de Salud Pública? Recuperado de: http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html, el 5 de febrero de 2012.

Organización Mundial de la Salud (2010c). Riesgo para la salud de los jóvenes
Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/> el 10 de febrero de 2012:

Organización Mundial de la Salud (2010d). Diez datos sobre el género y el tabaco.
Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/es/ el 27 de febrero de 2012:

Sánchez, G. y Mata, D. (2008). Informe de III encuesta mundial sobre tabaco y jóvenes (GYTS), realizada en Costa Rica, 2008. MIMEO.

Senda (2010). Estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2010. Santiago, Chile. Senda.

United Nations (2004) World Youth Report (Youth and drugs). Recuperado de: <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/ch06.pdf>, el 8 de febrero de 2012.

WHO, (2010). Tobacco Fact sheet N°339. Switzerland. World Health Organization.
Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>, el 3 de febrero de 2011.

WHO, (2008). Report on the global tobacco epidemic, 2008: warning about the dangers of tobacco. World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/es/>, el 2 de febrero de 2011.

WHO, (2011). Report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/es/index.html, el 2 de febrero de 2011.

Anexo 1

Definición de términos¹

Drogas legales: el tabaco, bebidas alcohólicas, cafeína y medicamentos de consumo restringido.

Intento por dejar una droga: designa, básicamente, una acción por pequeña que fuere, más que una intención o deseo. Se orienta hacia el logro de la abstinencia, la cual puede haber culminado en éxito o en fracaso.

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.

Tasa o porcentaje de prevalencia de vida en el consumo de drogas: proporción de personas de una población que han consumido drogas alguna vez. Puede calcularse para una droga en particular o para un conjunto de drogas. Este nivel de prevalencia corresponde a las personas iniciadas en el consumo.

Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de drogas en el último año: proporción de personas en una población que consumieron drogas a lo largo de los 12 meses anteriores. Puede calcularse para una droga en particular o para un conjunto de drogas. A esta prevalencia se le llama también consumo reciente.

Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de drogas en el último mes: proporción de personas en una población que consumieron drogas durante los últimos 30 días. Puede calcularse para una droga en particular o para un conjunto de drogas. A esta prevalencia se le llama también consumo activo.

^[1] 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.

Desarrollo Institucional
Proceso de Investigación. 2012
San José, Costa Rica
Apartado 4494-1000