

**GÉNERO, CONSUMO DE DROGAS Y OTROS PROBLEMAS SOCIALES EN
COSTA RICA. PERSPECTIVAS CONTEMPORÁNEAS.**

**GENRE, DRUG CONSUMPTION AND OTHER SOCIAL PROBLEMS IN COSTA
RICA. CONTEMPORARY PERSPECTIVES.**

Recibido 6/02/14
Aceptado 13/3/2014

SANDRA FONSECA CHAVES
Instituto Alcoholismo y Fármaco-dependencia
IAFA San José, Costa Rica

Resumen

En este estudio se analiza la situación de consumo de drogas y otros aspectos socialmente relevantes en hombres y mujeres costarricenses. Para tal propósito se utilizaron, entre otros elementos las bases de datos de cinco encuestas nacionales sobre consumo de drogas, realizadas por el I.A.F.A. entre los años 1990 y 2010, así como las bases de datos de tres encuestas en estudiantes de secundaria entre los años 2006 y 2012. Los resultados, que también se reflejan en el ámbito mundial, revelan una tendencia a la baja en el consumo reciente de tabaco tanto de mujeres como de hombres. La ingesta de alcohol muestra también un patrón de disminución significativo en el consumo reciente, la cual es significativamente más elevada en los hombres. En los últimos años el consumo de drogas ilícitas, especialmente marihuana ha experimentado un incremento tanto en la población general como en la de estudiantes de secundaria. **Palabras claves:** género, salud, educación, drogas.



Abstract

Drug use condition in men and women, as well as other social relevant aspects, are analyzed in this study. This purpose was achieved by using data base elements from five national household surveys (from IAFA) on drug consumption carried out between the years 1990 and 2010 and data gathered in secondary school students since 2006.

The results revealed that, as in the global level, men and women showed a reduction in smoking prevalence levels. Alcohol intake in the last 12 months, which is greater in men, has also showed a significant reduction, while illicit drug use, specially marijuana, has increased in general population and in high school students.

Keywords: gender, health, education, drug use.

Metodología

Esta investigación es de tipo transversal-cuantitativa partiendo de dos series de investigaciones efectuadas por el IAFA: la primera de ellas se realizó en el ámbito nacional con el objetivo de analizar y actualizar la información sobre las características y la naturaleza de consumo de drogas en Costa Rica, cuya población objeto de estudio fueron las personas de 12 a 70 años de edad, las cuales formaban parte de muestras nacionales realizadas en los años 1990, 1995, 2000, 2006 y 2010, con un total de 18 500 individuos.

La segunda investigación estuvo constituida por una muestra de 15000 estudiantes de 150 centros educativos y

750 secciones seleccionadas en forma aleatoria en los años 2006, 2009 y 2012.

El cuestionario utilizado en los colegiales explora aspectos de información personal y académica, percepción del riesgo por consumo de drogas, consumo de drogas por parte del estudiante, exposición a la oferta y curiosidad por el consumo, ingesta familiar y percepción de seguridad, módulos de salud mental, exposición a violencia psicosocial, involucramiento parental, y prevención del consumo.

Así mismo, se recolectó información sustantiva sobre género en bases de datos de organismos nacionales e internacionales.

Resultados

Estimaciones sobre género en Costa Rica

Pese al trabajo constante y cada vez mayor de grupos organizados y de una buena parte de las sociedades del mundo por y para la equidad de género, la discriminación y las diferencias en los distintos ámbitos entre uno y otro sexo, siguen siendo evidentes.

La pobreza, es uno de esos hechos diferenciados por sexo y que, además, tiende a inclinarse negativamente hacia la población femenina.

Para el caso de Costa Rica, de acuerdo con datos del INEC (2013), en el año 2011 la diferencia de jefes-jefas de hogares pobres era de -1,4% y en extrema pobreza de -1,6%, para el total del país. Al respecto diversas investigaciones sostienen que los hogares con jefatura femenina son “los más pobres de los pobres” (Camacho et al., 2011).

Si bien es cierto, hay un número cada vez mayor de mujeres que participan en la fuerza laboral del país, según datos del INEC hay un número importante de mujeres que encaran el subempleo (trabajan menos de 40 horas semanales), pues este pasó de 10% en el 2011 a 16% en el 2013; además el porcentaje de mujeres que trabajan en ocupaciones no calificadas

representa el 30%. Asimismo, aquellas que reciben una remuneración inferior al salario mínimo corresponde a un 23% y las que no gozan de Seguro Social representan un 41%. (Leitón, 2013).

Lo anterior, es un reflejo no solo de la situación del país con respecto a la participación laboral de las mujeres, sino también de otras latitudes, puesto que la Organización Mundial de la Salud (2009) indica que las mujeres además de estar expuestas a más riesgos de salud ocupacional, tienden a estar concentradas en trabajos con sueldos bajos; igualmente, a escala mundial, están menos protegidas en los lugares de trabajo, no sólo en cuanto a su seguridad, sino también por las condiciones en que trabajan.

En el informe de la Organización Internacional del Trabajo 2012-2013 (OIT, 2013) sobre salarios, se establece que si bien la brecha de género en el ámbito mundial ha disminuido, esto no implica necesariamente que la situación de las mujeres haya mejorado, puesto que, en ciertos países, esa declinación tiene más que ver con el desmejoramiento de las circunstancias en el mercado laboral de los hombres con respecto al de las mujeres. Esto significa que, para lograr una mejor interpretación de los cambios en la brecha

de género en el tiempo, es necesario tomar en cuenta otros indicadores del mercado laboral que puedan reflejar cambios en las condiciones de trabajo y empleo de las mujeres (OIT, 2013).

Por otro lado, la apertura en materia de género ha dado pie a la adquisición de hábitos y estilos de vida en la mujer, que ponen en riesgo su salud física y mental.

En materia de educación, el porcentaje de alfabetización en nuestro país es 0,4% mayor en las mujeres, sin embargo, la tasa de desempleo abierto es del 6% para los varones y de 10,3% para las mujeres. De igual forma, el porcentaje de población masculina de 15 años y más, sin ingreso, es de 14,9%, mientras que para la población femenina es de 37,7%. Lo anterior, ilustra la inequidad en materia de género, atribuida a factores sociales y culturales, y, al mismo tiempo, promueve la pobreza en hogares a cargo de mujeres, como fue mencionado previamente (INEC, 2013).

En otro sentido, en el ámbito de la salud los datos locales se muestran más positivos para las mujeres en cuanto a la esperanza de vida, pues para ellas sigue siendo mayor (81,8) mientras que para los varones es de 76,9.

Pese a lo anterior, la OMS (2009) apunta que, el hecho de que la mujer viva

más tiempo, no implica necesariamente que sea más sana y es que, de acuerdo con esta Organización, las desigualdades de género, en materia de educación, ingresos y empleo por ejemplo, limitan la capacidad de niñas y mujeres de proteger su salud.

El tema de la salud en relación con el sexo, ha sido ampliamente discutido, en tanto se ha estado bajo el presupuesto de que los hombres apoyados en una visión de la masculinidad de corte machista, tienden a no declarar y/o hasta negar padecimientos físicos, mientras que las mujeres, no tienen objeción social en hacerlo. No obstante, Rohlf, Borrell y Fonseca (2000) resaltan que, para poder profundizar en torno a las diferencias de salud según el sexo, es necesaria una aproximación cualitativa en tanto hay aspectos que solo pueden ser evidenciados a través de ella.

En otro orden de cosas, en noviembre de 2012, se realizó un estudio sobre la ocurrencia de traumas en la Sala de Emergencias del Hospital San Juan de Dios (Organización Panamericana de la Salud OPS, / Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA), en el cual se encontró que un 66% de la población era masculina y fue la que resultó mayormente afectada por accidentes de tránsito y situaciones en que medió la violencia, lo

cual viene a confirmar la mayor condición de riesgo en los hombres de ser víctimas o perpetradores de trauma, según se ha narrado con anterioridad.

Experiencias de violencia en jóvenes dentro del Sistema Educativo

Con respecto a las manifestaciones de violencia, los datos de encuestas realizadas recientemente, revelan que no se hallaron diferencias por sexo entre quienes manifiestan haber recibido agresiones físicas¹ en los últimos doce meses (8,8% de los hombres y 8,1% de las mujeres). En términos absolutos se tiene que esta condición fue referida por 26.640 estudiantes, lo cual concuerda con los datos obtenidos en una encuesta del 2009 en la cual la cifra fue de 27.848 jóvenes (Fonseca, et al, 2013).

Los y las estudiantes que indicaron haber participado en los últimos 12 meses en una riña o pelea agrupan a un 25,4% de los hombres y a un 12,9% de las mujeres, para un total general de 18,8%, lo cual equivale aproximadamente a 59.300 estudiantes, cifra menor al 2009, en que el

total fue de 65.979 estudiantes. Cabe cuestionar si esta disminución responde a alguna de las acciones emprendidas por el sistema educativo para enfrentar el problema.

En relación con las experiencias de intimidación² en los 30 días previos a la recolección de los datos, se detectó la existencia de un 15% de casos positivos (aproximadamente 47 mil estudiantes).

Las formas de intimidación más frecuentes y que también se establecieron en las investigaciones del 2006 al 2012 (Fonseca et al, 2013), fueron las burlas por el aspecto del cuerpo o la cara, burlas con chistes y gestos de índole sexual y exclusión de actividades, siendo mayor en hombres (8,3%) que en mujeres (6,6%).

Esto guarda relación con las estadísticas del MEP, las cuales reportan que un 50.8% de los casos de violencia reportados por los estudiantes se dieron en forma verbal (MEP, 2012).

Es importante anotar que un 32% de los estudiantes que fueron intimidados, informaron haber recibido diez o más

¹ Se definió para los estudiantes de la siguiente manera: “Se produce una agresión física cuando una o varias personas golpean a alguien o cuando una o varias personas hieren a otra con un arma (como un palo, un cuchillo, un arma de fuego u otra)”.

² Se definió para los estudiantes de la siguiente manera: “Hay intimidación cuando una persona o grupo de personas dicen o hacen cosas desagradables a una o varias personas. También se produce intimidación cuando una persona es objeto de bromas desagradables o se le excluye deliberadamente.”

agresiones en el último mes, cifra similar a las del 2006 y 2009. Estos estudiantes mencionaron que las formas de intimidación fueron alejarse de ellos, haber sido acosados sexualmente, y haber recibido empujones, golpes, amenazas, apodos, ofensas y comentarios de mal gusto (Fonseca, et al, 2013).

Estos resultados, muestran concordancia con lo que menciona Krauskopf (2006) acerca de que el género es una consideración importante para la realización de intervenciones contra la intimidación. Entre ambos sexos se experimentan diferentes tipos de intimidación, los varones tienden a utilizar ataques físicos más que las mujeres. En las mujeres la intimidación es más indirecta y puede incluir la exclusión o aislamiento social; hay dificultades para atacar la intimidación en las mujeres probablemente por la mayor invisibilidad de las acciones, porque por otro lado, ellas parecen ser más accesibles a las intervenciones contra este fenómeno.

Por otra parte, tradicionalmente se ha vinculado el ser hombre con la violencia, entre otras cosas por la necesidad de probar su hombría; Salas y Campos (2002) lo señalan como “validación homosocial”. La diferencia en la

ocurrencia de actos delictivos y violentos como son los homicidios –incluidos los femicidios- y la violencia intrafamiliar, por parte de hombres, es un reflejo de ello, lo que Sáenz (2011), explica como efecto de la socialización en relación con la construcción de la identidad masculina y su vínculo con la violencia, que se refleja precisamente, en la cantidad de hombres como autores y víctimas de homicidios dolosos.

Esto nos lleva a tomar en cuenta otro factor el cual se refiere a la victimización en Costa Rica. De acuerdo con datos del INEC (2011) relacionados con el número de homicidios dolosos, las cifras disponibles para un período de 31 años (entre 1980 y 2010) revelan que en la década de los ochenta el número de homicidios dolosos era bajo y relativamente estable, con valores que rondaban un promedio de 109 por año (3,5 x 100.000). A partir de 1990 el número empezó a aumentar hasta culminar en 2010 con 527 (11,6 x 100.000). Este incremento en el período hizo que en el año 2010 el país tuviera una tasa de homicidios dolosos 3 veces superior que los registrados a inicios de los años noventa.

Por otra parte, el INEC (2013) menciona que las diferencias por sexo son

Tabla 1
Población penitenciaria por tipo de programa y sexo Costa Rica, 2005-2011

Año	Total		Institucional		Semi-Institucional		Comunidad		Penal Juvenil	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
2005	12107	1166	7065	525	709	132	3790	485	543	24
2006	11825	1155	7224	524	557	102	3519	496	525	33
2007	11621	1095	7316	477	415	101	3388	483	502	34
2008	12053	1078	7490	468	539	117	3605	467	419	26
2009	13908	1161	8394	530	644	118	4488	491	382	22
2010	19232	1409	9893	648	923	132	7970	606	446	23
2011	21635	1572	10857	713	994	170	9256	658	528	31

evidentes, pues los hombres son más victimizados que las mujeres en todo el período de estudio. En el año 2010, el 88,5% de las víctimas de homicidio fueron hombres. Según esta institución, estas cifras varían poco con respecto a otros años y por ello es claro que esta modalidad de victimización constituye una forma de violencia casi exclusivamente masculina.

Mientras en los años ochenta la tasa para los varones rondaba magnitudes de 6 homicidios dolosos por cada 100 mil hombres, en el 2010 fue de 19,5; en cambio, en las mujeres, aunque ha variado, en ningún año ha alcanzado una tasa de 3 por cada 100 mil mujeres.

Esto podría tener relación con las cifras de población penitenciaria, donde la gran mayoría corresponde a población masculina tal como se observa en la Tabla 1.

NOTA: Fuente, INEC, 2013

Con respecto al número de femicidios ocurridos en el país, así como el método empleado, en el quinquenio 2008-2012 registran una de las bajas más significativas de la última década, reflejado en los últimos dos años, en donde se cometieron

siete femicidios menos en el último año, en comparación con los anteriores.

De acuerdo con esta información la participación homicida del concubino (4 víctimas) es mayor con respecto al de los esposos (1). Durante el último quinquenio fallecieron 60 mujeres por femicidio y al menos 46 de ellas (76,6%) fueron ultimadas por el concubino, lo que consolida este comportamiento como uno de los factores de riesgo más relevantes en referencia a este delito. (Poder Judicial, 2013).

En relación con la información anterior se identifica que los celos se presentan como el detonante más frecuente en las muertes del 2012 y se les adjudica haber estado presentes en cuatro de los cinco casos detectados. Se indica además, que a partir del análisis de cada caso, fue posible determinar que dicho comportamiento fue una conducta constante en la relación y no a un hecho aislado. (Poder Judicial, 2013)

Ahora bien, la violencia contra las mujeres no siempre lleva a la muerte inmediata, no obstante, es un factor de riesgo para la salud que causa entre otras cosas, trastornos mentales y otros problemas crónicos de salud (OMS, 2009).

Por otra parte, es importante anotar que con respecto al tema del suicidio, tiende a haber una diferencia notablemente mayor en la cantidad de suicidios en la población masculina que en la femenina, sin que el número de mujeres que mueren por esa razón, deje de ser motivo de atención; además, esto es consistente con datos a escala mundial, de acuerdo con Sáenz (2011).

En el año 2008, el 12,8% de los suicidios fueron cometidos por mujeres, en tanto un 87,2% por hombres, en el año 2009. Igualmente, la tasa anual promedio entre 2000 y 2009, fue de 12,5 varones y 2,1 mujeres por cada cien mil habitantes, esto significa que por cada suicidio femenino ocurrido, sucedieron aproximadamente seis masculinos (Sáenz, 2011).

Los datos de la encuesta de estudiantes de secundaria del 2012 (Fonseca, et al, 2013), relacionados con sentimientos de tristeza y desesperación durante al menos dos semanas consecutivas (14,3% hombres y 22,7% mujeres) y el haber pensado seriamente en suicidarse (4,2% hombres y 9,1% mujeres) revelan una clara diferencia según el sexo que debe ser objeto de atención, aun cuando corresponde a valores más o menos generales en el ámbito

mundial. Y aunque estos indicadores no aportan una visión completa de la situación en los adolescentes, es importante tomarla en cuenta para una primera aproximación a la situación de los adolescentes, en los cuales se pudo constatar que las personas que no tuvieron ningún nivel de afectación contaban con un mayor involucramiento parental, un mejor rendimiento académico y una menor posibilidad de haber sido intimidados en los últimos treinta días.

Estudios sobre drogas en la población general

La evolución del consumo de tabaco, como es conocido, ha mostrado una tendencia a la baja en el nivel mundial. La Tabla 2 muestra dicha tendencia en Costa Rica, la cual en términos generales se torna estable a partir de 2006, pero claramente con reducción en el caso de los hombres. El patrón femenino ha sido más estable y más bajo que el de los hombres. Otros estudios también lo han documentado (Regueyra, Suárez y Jakimczuk, 2010) al dar cuenta de un

lento descenso en el fumado masculino pero un aumento en el femenino, con países como Chile, Argentina, Uruguay, Cuba y Venezuela ostentando los mayores niveles de prevalencia.

Tabla 2
Niveles de prevalencia de consumo de drogas en los últimos doce meses según las últimas tres encuestas nacionales Costa Rica, 2000, 2006, 2010

Droga/Sexo	2000	2006	2010
Tabaco			
Hombres	25,5 9,2	23,2 9,4	20,5
Mujeres	17,2	16,4	10,1
Total			15,1
Alcohol			
Hombres			
Mujeres	49,7	44,0	28,5
Total	28,1	27,4	19,7
	38,9	36,0	24,2
Marihuana			
Hombres			
Mujeres	2,5	1,9	4,0
Total	0,5	0,2	1,1
	1,3	1,0	2,6
Psicofármacos			
Hombres	1,0	1,4	1,0
Mujeres	1,2	1,4	1,3
Total	1,2	1,4	1,1

NOTA: (valores porcentuales)

Esto es relevante en la medida que los problemas de salud de los hombres y de las mujeres son diferentes, tanto por pertenecer a sexos distintos como por estar inmersos en un contexto social que interpreta de manera diferente o ambigua

tales desigualdades y porque el tabaco afecta de manera distinta a los dos sexos. Diversos autores (Bianco, 2004; American Cancer Society, 2012; Becoña y Vásquez, 2000) son del criterio que la afectación nicótica de la mujer es cualitativamente distinta de la del hombre, dada la situación de inequidad que existe en la asignación de

roles y de vínculos, su situación económica y nivel educativo, usualmente en desventaja, y por su exposición a factores que mantienen el consumo y la hacen ser más refractaria a las intervenciones. Cabe acá destacar el sentido de independencia y autonomía que la industria ha promovido, así como la posibilidad de poder controlar el peso corporal, el estrés y la autoestima mediante el fumado.

Datos recientes de la encuesta mundial sobre tabaco en adultos (GATS, por sus siglas en inglés, 2013) indican que la prevalencia de fumado en hombres del Reino Unido y de los EEUU (22,8% y 24%, respectivamente) estaban entre las más bajas de 16 países estudiados (Giovino, Mirza, Samet, et al, 2012); sin embargo, la de las mujeres en los mismos países estaban entre las más altas (20,6 y 16,2%, respectivamente).

Las políticas europeas sobre drogas han enfrentado parcialmente este problema al destacar el incremento en el número de mujeres y niñas fumadoras y en la necesidad de participación femenina en todos los niveles de la formulación y aplicación de políticas y en la importancia que se diseñen estrategias de control del tabaco

específicas en función del género (Arana y Urios, 2012).

En Costa Rica, los datos sobre consumo de alcohol, también expuestos en la Tabla 2, revelan claras diferencias entre hombres y mujeres y también un patrón de disminución significativa en la prevalencia de los últimos doce meses.

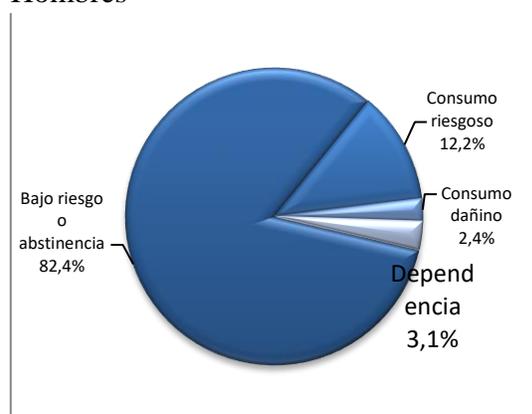
Según se observa, en Costa Rica 30% de los hombres y 20% de las mujeres serían bebedores recientes. Entre estos bebedores, la inmensa mayoría no presenta problemas con la bebida (Figura 1), los cuales están reservados, en el grado de consumo perjudicial y dependencia para un 5,6% de los hombres y sólo un 0,7% de las mujeres. El consumo perjudicial implica daños físicos o mentales así como sociales vinculados con el beber; la dependencia supone, además, pérdida de control sobre la bebida, consumo matutino y síndrome de abstinencia. El consumo riesgoso se refiere a un patrón que incrementa la probabilidad de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Este patrón, que se presenta en un 12,2% de los hombres y un 3,1% de las mujeres, es relevante para la salud pública aun cuando la persona todavía no haya experimentado trastornos como en el caso del consumo perjudicial y la dependencia.

En países como México, la prevalencia de consumo riesgoso fue 10,2%, mientras la de consumo 2002), las cuales contrastan perjudicial 2,6% (Morales-García, et al,

con los valores locales de 7,4% y 1,3%, respectivamente.

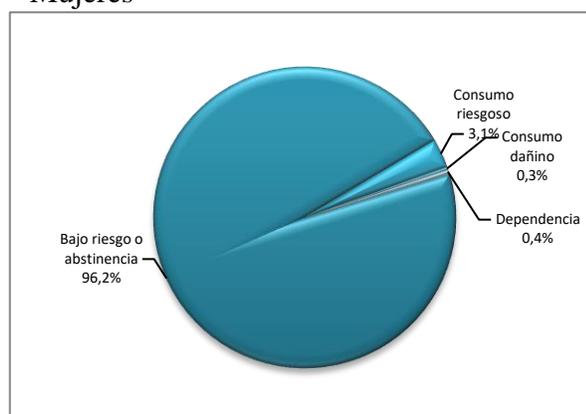
Figura 1
Consolidado de los informantes de tres encuestas nacionales (2000, 2006 y 2010) que bebieron en los últimos doce meses, según tipo de bebedor, por sexo.

Figura 1
Hombres



NOTA: (n: 12,393)

Figura 2
Mujeres



significativo incremento a lo largo de los

años, especialmente entre los hombres.

Como en el resto de las sociedades,

estas diferencias vinculadas con el género explicación parcial en una disminución de sugieren un abordaje investigativo y de la percepción de riesgo en virtud del intervenciones diferenciadas, que traten debate actual en torno a la para cada caso los determinantes sociales despenalización/legalización, el cual ha e individuales de manera particular. puesto de relieve diferentes facetas del Con respecto al consumo de tema, la existencia de mejores y más marihuana, cuyo valor de prevalencia creíbles fuentes de información (el anual se encuentra por debajo del discurso de los medios dejó de ser el promedio mundial (Hynes, et al, 2011), recurso por excelencia) y por el hecho de pueden observarse en la Tabla 2 niveles haber una mayor experimentación en los de consumo muy inferiores a los de costarricenses (nivel que pasó de 4% a alcohol y tabaco, pero con un

7% en veinte años).

Estudios sobre drogas en poblaciones jóvenes escolarizadas

En el sector de los y las personas jóvenes, los hallazgos en materia de consumo vinculados con el género parecen aportar

información valiosa que, como en el caso de las drogas lícitas, también guarda correspondencia con lo que acontece en otros países latinoamericanos.

Tabla 3. Niveles de prevalencia de consumo de drogas en los últimos doce meses según las últimas tres encuestas en población colegial Costa Rica, 2006, 2009, 2012

Droga/Sexo	2006	2009	2012
Tabaco			
Hombres	19,0	17,6	
Mujeres	16,3	13,5	12,3 9,3
Total	17,6	15,6	10,3
Alcohol			
Hombres	33,5	38,9	35,3
Mujeres	33,9	40,8	37,6
Total	35,1	39,9	36,5
Marihuana			
Hombres	7,1	9,2	12,3
Mujeres	4,3	4,6	7,4
Total	5,7	6,8	9,7
Psicofármacos			
Hombres	5,2	5,8	2,0
Mujeres	6,9	9,8	4,0
Total	6,0	7,8	3,0

NOTA: (valores porcentuales)

El consumo de tabaco muestra un franco descenso en la población joven, tanto en hombres como en mujeres, pese a que se conoce desde inicios del decenio anterior que en América Latina más de la mitad de ellos ha intentado cesar sin tener

éxito (Peruga, Rincón y Selin, 2002). Esto ha sido así en Costa Rica desde la primera ronda de estudios de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) en 1999, un elemento de por sí importante que pone de relieve la urgencia de mejores estrategias para la cesación y el poder facilitarlas a esta población. Se detecta

igualmente una muy significativa asociación ($p < 0,0001$) entre tabaquismo y fumado de marihuana en el consumo reciente, aspecto cuya presencia ha sido característica en diversos estudios.

Otro ejercicio, consistente es suprimir del conjunto general de datos a las personas que alguna vez fumaron tabaco, lo que determinó una baja en la prevalencia de consumo anual de marihuana, la cual se redujo a 2,4% (en vez de 9,7% como se aprecia en la Tabla 3), en tanto la prevalencia de vida también disminuyó a 3,8% (cuando resultó 14,6% al considerar a todos los individuos).

Seis años antes esta relación era menor, es decir, al suprimir a los fumadores de tabaco la prevalencia de vida y de los últimos 12 meses de consumo de marihuana era tres veces menor que lo encontrado en 2012. Esto viene a resaltar, de manera análoga, el fuerte incremento que ha experimentado el consumo de marihuana, reflejando que más individuos se inician sin haber fumado tabaco anteriormente.

En cuanto al consumo reciente de alcohol es semejante en hombres y en mujeres, tanto como lo es el abuso (haber tomado 5 o más tragos por ocasión, al menos una vez

en las dos semanas previas a la entrevista), presente en poco más de la mitad de unos y otras. Este fenómeno se presenta regularmente en aquellos países que han informado sobre patrones de abuso (Hynes, et al, 2011), estimándose que esta condición de riesgo la presentan entre un tercio y la mitad de los y las jóvenes.

Con respecto a la utilización de psicofármacos sin prescripción médica, se encuentra una prevalencia mayor que en la población general, aspecto que debe ser objeto de una mayor profundización, en virtud de su potencial como predictor de otros consumos y de problemas de salud en general. Sin embargo, en comparación con el resto de países de América Latina, la prevalencia local, inferior a 5%, está entre las más comunes.

Discusión

Esta exploración de situaciones y de condiciones de orden psicosocial que afectan diferencialmente a hombres y mujeres costarricenses, pone de manifiesto la necesidad de repensar no sólo las estrategias de recolección de datos y de análisis en materia de género, consumo de drogas y otros problemas sociales, sino aquellas orientadas a favorecer

intervenciones directas o indirectas en
diferentes sectores de la

sociedad. En efecto, este trabajo pone de relieve las desigualdades presentes en hombres y mujeres y permite establecer la invisibilidad de los mecanismos que las producen y las reproducen. En los términos de Peiró, Ramón, Alvarez-Darbet, et al (2004), sí resulta claro que el género explica las diferencias en la situación de salud en tanto el sexo opera como un factor de confusión. Por ello, resulta de interés realizar un replanteamiento de lo que han sido las estrategias de intervención en prevención y tratamiento de las drogodependencias para adecuarlas a las características de cada sexo. Esto aplica tanto para el consumo de alcohol y tabaco, problemas endémicos en Costa Rica, como para la utilización de otras drogas, las ilícitas, cuyo perfil es diferente pero con importantes aspectos por considerar como el incremento experimentado en el uso de cannabis en los últimos años por parte de la población juvenil. Cabe, no obstante, reiterar que las diferencias por sexo exigen aproximaciones que contemplen el mayor riesgo masculino en virtud de consideraciones vinculadas al género, junto con la importancia de explorar los grandes determinantes que han operado en

el país en los últimos años, tal el caso de las transformaciones de la estructura demográfica, los embates de la globalización y la modernización, el estancamiento de la pobreza y el desempleo en niveles preocupantes y los efectos de otras condiciones sociales que colocan en franca desventaja a las mujeres.

En relación con las situaciones de violencia e intimidación se encontraron indicios de discriminación, burlas y formas de agresión verbal, situación presentada mayoritariamente en los hombres y las cuales como se mencionó anteriormente urge de una intervención específica por género, en donde debe participar el sector salud y educación, así como los padres, madres y encargados de familia, con miras a la prevención y detección oportuna de esta problemática.

Los datos de victimización también muestran un aumento constante en las últimas décadas, lo cual debe dar paso a promover iniciativas de promoción, prevención y de paso promover estrategias de investigación cualitativa y cuantitativa, por grupos de edad, como de diferenciación por sexo, que permitan realizar acciones más eficaces en esta materia.



Referencias

- American Cancer Society (2012). Las mujeres y el hábito de fumar. Recuperado de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002987-pdf.pdf>
- Anderson, T. (2001). "Drug use and gender." C. Bryant (red.), *Encyclopedia of criminology and deviant behavior, self-destructive behavior and disvalued identity*, London: 286289.
- Arana, X. y Urios, C. (2012). Breve acercamiento a la cuestión de género en las políticas europeas sobre alcohol, tabaco y fármacos. *Oñati Socio-legal Series* [online], 2 (6): (22-36). Recuperado de: <http://ssrn.com/abstract=2111915>
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género, *Rev. Esp. Salud Publica*, 74 (1), Madrid Ene./Feb. ISSN 1135-5727
- Bianco E. (2004). Mujeres, industria tabacalera y marketing. *Revista Mujer Salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, 1: 3-7.
- Byrne, M. & Howells, K. (2002). The psychological needs of women prisoners: implications for rehabilitation and management. *Psychiatry, psychology and law* 9 (1), 34-43.
- Camacho, A.L., Valitutti, G., Cordero, M., Herrera, Y., Piedra, E. y Salas, S. (2011). *Primer Estado de los Derechos de las Mujeres en Costa Rica*. San José: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Fonseca, S., Cortés, E., Chacón, W., Madrigal, S., Ortega, M., Salas, C. y Bejarano, J. (2013). Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria. Costa Rica 2012. San José: I.A.F.A. ISBN: 978-9968-705-93-6.
- Giovino, G., Mirza, S., Samet, J., et al (2012). Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet* 2012; 380: 668-679.
- Hynes, M., Cumsille, F., Pernell, C., Araneda, J., De Marco, M. y González, O. (2011). *Informe del Uso de Drogas en Las Américas, 2011*. Washington, D.C.: Organización de los Estados Americanos. ISBN 978-0-8270-5707-4
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2013): *Indicadores de Género: INEC-INAMU (Perfil País-SIEG)*.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2011). La victimización en Costa Rica. Según los resultados de los módulos de la Encuesta Nacional de Hogares 1989, 1992, 1994, 1997, 2008 y 2010. INEC; PNUD. 1 ed. San José, Costa Rica.
- Krauskopf, D. (2006). Organización Panamericana de la Salud. Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en ámbitos escolares. Washington D.C. OPS.
- Leitón, P. (22 de Julio, 2013) Aumentan mujeres en trabajos de baja calidad y con mala paga. Periódico La Nación: Economía (30A).
- Ministerio de Educación Pública (2012). Boletín 10-12. Departamento de Análisis Estadístico. Departamento de Planificación. San José, Costa Rica.
- Morales-García, J., Fernández-Gárate, I., Tudón-Garcés, H., Escobedo-de la Peña, J., Zárate-Aguilar, A., Madrazo-Navarro, M. (2002). Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derecho habiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 44, 2 113-121.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2006). Una perspectiva de género acerca del consumo de drogas. Recuperado de: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23093_ES_GenderES2006Final.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (2013): Informe mundial sobre salarios 2012/2013. Los salarios y el crecimiento equitativo. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo. Recuperado de:http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---.../wcms_195244.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). Global Adult Tobacco Survey (GATS). Recuperado de: <http://nccd.cdc.gov/GTSSData/Ancillary/Documentation.aspx?SUID=4&DOCT=1>
- Organización Mundial de la Salud (2009). Resumen analítico: Las Mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana. Recuperado de: http://www.who.int/gender/women_health_report/es/
- Peiró, R., Ramón, N., Alvarez-Darbet, C., Colomer, C., Moya, C., Borrell, C., Plasencia, A., Zafra, E y Pasarín, M. (2004). Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud. *Gaceta Sanitaria*, 18, 36-46, ISSN 0213-9111.
- Peruga, A., Rincón, A., Selín, H. (2002). El consumo de sustancias adictivas en las Américas. *Adicciones*, Vol.14, (2): (227/238).
- Poder Judicial (2013). Mujeres fallecidas por femicidio en Costa Rica, bajo el ámbito de la Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres y la Aplicación de la Convención Internacional Belém do Pará y Cedaw durante el 2012. Departamento de Planificación. San José, Costa Rica.

- Regueyra, G., Suarez, N. y Jakimczuk, S. (2010). Estrategias para el control del tabaco con perspectiva de género en América Latina. *Salud Pública de México*, 5,2.
- Rohlfs, I., Borrell, C., y Fonseca, M. do C. (2000) Género, desigualdades y salud pública. Conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria, España*, 14,60-71.
- Sáenz, M. (2011) Aportes para una epidemiología de suicidio en Costa Rica: un análisis de la primera década del siglo XXI. *Revista de Ciencias Sociales* 131-132, (I-II): 37-55
- Salas, J. M. y Campos, A. (2002) ¿Qué es la masculinidad? Su relación con el género. Nuestra forma de asumirla. En: Campos, A. y Salas, J. M. *Masculinidades en Centro América*. San José: Lara Segura Editores.