

Melany

Ministerio de Salud
Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
Caja Costarricense de Seguro Social
Organización Panamericana de la Salud
Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá

**ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO PARA
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CARTAGO 2000**

TABACO Y ALCOHOL



COSTA RICA, 2003

**Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y
Salud
Instituto sobre Alcoholismo y farmacodependencia
Caja Costarricense de Seguro Social
Organización Panamericana de la Salud
Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá**

**ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO PARA
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CARTAGO 2000**

**MODULO:
TABACO Y ALCOHOL**

COSTA RICA, 2002

COMITÉ EJECUTIVO

Dra. Rocío Sáenz ¹	Dr. Luis Sandí ³
Dra. Marcela Vives ¹	Dr. Edwin Jiménez ⁴
M.Sc. Elba Aguirre ¹	Dra. Margarita Ronderos ⁵
Dr. Luis Tacsan ¹	Dra. Sandra Murillo ⁶
M.Sc. Cecilia Gamboa ¹	Dr. Fernando Rocabado ⁵
Licda. Ligia Quirós ¹	
Dra. Sara Rodríguez ²	

COMISIÓN ENCUESTA BASAL CARMEN

Dr. Luis Tacsan ¹ , Coordinador	Dra. Sara Rodríguez ²
Licda. Xinia Gómez ¹	Dra. Louella Cunningham ²
Licdo. Jorge Piza ¹	M.Sc Federico Ugalde ³
M.Sc. Melany Ascencio ¹	Dra. Julia López ³
Licda. Ana Eduviges Sancho ¹	Dra. Margarita Ronderos ⁵
Dra. Nelly Zúñiga ¹	Dra. Sandra Murillo ⁶
M.Sc. Margarita Claramunt ¹	

COMISIÓN DE ANÁLISIS

M.Sc Federico Ugalde³
Dra. Julia López³

ASESORES

Dr. Armando Peruga⁵
Dr. Pedro Orduñez⁵
Licda. Yamiled Palacio⁷

¹ Ministerio de Salud

² INCIENSA

³ IAFA

⁴ CCSS

⁵ OPS/OMS

⁶ INCAP/OPS

⁷ SEFSA

ENCUESTA BASAL CARMEN, CARTAGO 2000

PRESENTACIÓN

Este estudio se realizó con el propósito de conocer, ex ante, la situación de salud, específicamente en el campo de las enfermedades no transmisibles en el Área Demostrativa del Cantón Central de Cartago, establecida en el marco del Proyecto Internacional denominado "Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles (CARMEN), que auspicia la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Continente Americano.

Para la planificación de este estudio se tomó en cuenta el protocolo internacional, diseñado por la OPS, que contienen las experiencias obtenidas como resultado de la ejecución de encuestas similares, realizadas con anterioridad, en otros países latinoamericanos con la cooperación técnica brindada por dicho organismo internacional.

Por parte del País, el Ministerio de Salud asumió la coordinación de esta encuesta en la que participaron instituciones relacionadas con el tema, tales como el Instituto Costarricense de Investigación en Salud y nutrición (INCIENSA), el Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Considerando la relevancia que tiene para el país el conocimiento actualizado e importancia de la toma de decisiones efectivas en el campo epidemiológico de las no enfermedades transmisibles, me complace presentar los resultados de la investigación, con la intención de apoyar la orientación del sector salud, en el desarrollo decidido de acciones encaminadas a resolver uno de nuestros problemas prioritarios en salud pública.

Por este motivo me complace poner a su disposición la información generada esperando que constituya un aporte que marque un hito importante en el desarrollo de la salud pública costarricense,

*Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
Ministra de Salud.*

I. INDICE

ACTUALIZACION AUTOMATICA DEL NUMERO DE PAGINA

<i>I.</i>	<i>RESUMEN</i>	5
<i>II.</i>	<i>ANTECEDENTES</i> <i>¡Error! Marcador no definido.</i>	
<i>III.</i>	<i>OBJETIVOS</i>	14
A.	General	14
B.	Específicos	14
<i>IV.</i>	<i>METODOLOGÍA</i>	14
A.	Población	14
B.	Diseño muestral	15
C.	Selección de los sujetos del estudio	16
D.	Recolección de los datos	16
E.	Procesamiento y análisis de los datos	16
F.	Definición de términos	17
<i>V.</i>	<i>RESULTADOS</i>	18
A.	Características generales de la población	18
B.	Consumo de tabaco	34
C.	Consumo de alcohol	39
<i>VI.</i>	<i>CONCLUSIONES</i>	43
<i>VII.</i>	<i>RECOMENDACIONES</i>	45
<i>VIII.</i>	<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	45
<i>VIII.</i>	<i>ANEXOS</i>	47

I. RESUMEN

Para conocer los hábitos en el consumo de tabaco y alcohol en la área urbana del cantón central de Cartago, se realizó un estudio en el año 2000 en el cual se entrevistaron 2 247 personas entre los 15 y 64 años, de las cuales el 52,4% fueron hombres.

Al finalizar la recolección de datos en la encuesta basal CARMEN, se obtuvieron 1 561 cuestionarios de alta calidad con los cuales se procedió a su respectivo análisis con los programas SPSS y Epi info.

La prevalencia de vida en el consumo de tabaco fue de 42,7%, mientras que la prevalencia mensual fue de 16,1%. Se encontraron diferencias significativas en las prevalencias mensuales por sexo: 23,7% para hombres y 10,0% para mujeres. La edad de inicio del consumo de cigarrillos fue de 16,1 años.

Cuando se estudiaron las tasas de abandono en el hábito de fumar, se encontró que fueron los hombres con un nivel educativo de secundaria, los que dejan más fácilmente esta costumbre. Por su parte la escala de Prochaska nos mostró que un alto porcentaje de fumadores (49,8%) al momento de la encuesta estaban considerando abandonar el consumo de tabaco.

El 75,8% de los fumadores iniciaron su consumo por presión de sus amigos o familiares y el 83,3% lo ha dejado por razones de salud. Solo el 5,0% de los fumadores activos mostraron una fuerte dependencia a la nicotina según la escala de Fagerstrom.

La prevalencia de vida en el consumo de bebidas alcohólicas fue de 81,9% mientras que la prevalencia mensual fue 36,6%. Se encontraron diferencias significativas por sexo: 49,7% para hombres y 25,7% para mujeres. La edad de inicio del consumo de alcohol fue de 17,8 años.

En promedio los bebedores consumen mensualmente 12,1 cervezas o tragos de licor y el 8,8% ingiere en cada oportunidad más de cinco bebidas alcohólicas, superando más de 30 tragos o cerveza en un mes, lo que se considera consumo excesivo de alcohol.

Solo un 5,0% de los bebedores del último mes ha realizado algún intento por dejar las bebidas alcohólicas, pero dentro de los bebedores excesivos el 43,5% ha sentido la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que ingiere.

Según la escale CAGE, se detecto un 2,1% de bebedores con alta probabilidad de ser alcohólicos.

II. ANTECEDENTES

En Costa Rica el bienestar económico, el envejecimiento de la población y los cambios en el perfil epidemiológico plantean un panorama nacional de alta vulnerabilidad para las enfermedades no transmisibles. La sociedad costarricense incrementó su expectativa de vida en forma constante hasta 1999 cuando fue de 76,9 años, mientras que la tasa de natalidad bruta pasó de 32/1000 en 1985 a 22,6/1000 en el año 2000. La población ha envejecido y la pirámide poblacional se ha ensanchado con base en los adultos jóvenes.

Las enfermedades cardiovasculares han constituido la principal causa de muerte de la población costarricense, tanto en hombres como en mujeres desde el quinquenio 1970-1974, siendo siempre la tasa ajustada de mortalidad en los hombres más alta que en las mujeres, hasta el año 2000 en que murieron 2675 hombres y 2145 mujeres por esta causa representando el 32% y 35% respectivamente de la mortalidad total para ese año.

La tendencia observada a lo largo del tiempo en Costa Rica es la de un descenso aparente de la mortalidad en la década del 70 para luego estabilizarse en los hombres, inclusive mostrar una ligera tendencia al aumento en los últimos años en este grupo, y descender en mujeres ligeramente. Es posible que el descenso de la mortalidad por esta causa que se observa en los 70 se deba a un mejor registro de defunciones como parece ser por el descenso notorio en la proporción de las muertes por causas mal definidas que se observa en la década del 80.

La enfermedad cardiovascular representa casi las tres cuartas partes de la mortalidad debida al aparato circulatorio (72% y 73% en 1995 y 2001 respectivamente), mientras que el infarto del miocardio es el 44,6% y el 44,7% de la enfermedad cardiovascular para los dos mismos años considerados.

La tendencia de la mortalidad desde 1970 y hasta el 2000 por enfermedad cerebrovascular ha mostrado un descenso de 29%, siendo más notable en mujeres (34%) que en hombres (23%). La Enfermedad Isquémica Coronaria (EIC) por el contrario, muestra un claro aumento en hombres y en las mujeres tiende a permanecer estable. Si bien la magnitud de la mortalidad por Enfermedad Hipertensiva aun es baja, preocupa su aumento vertiginoso ya que comprende aquella ocasionada por daño secundario a la hipertensión esencial y la derivada de la hipertensión secundaria. Este panorama parece señalar que si bien el país ha venido mejorando la prevención y atención del accidente cerebrovascular, es poco lo que ha logrado frente a los daños crónicos derivados de un mal control en la población de hipertensos y en la prevención y la atención del manejo de la EIC.

Existe evidencia que sólo un número limitado de factores determinan en mayor medida la carga de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y éstos son la obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus. A su vez, éstos están determinados por la alimentación escasa en frutas y vegetales, alto consumo de grasas saturadas y carbohidratos simples. Por lo anterior es importante considerar los aspectos alimentario nutricionales como factores que favorecen la incidencia de algunas enfermedades no transmisibles.

En consecuencia con lo anterior, resulta necesario señalar que las encuestas nacionales de nutrición realizadas en Costa Rica muestran un aumento del sobrepeso y obesidad, en los diferentes grupos poblacionales. En el grupo de preescolares la prevalencia de sobrepeso ($> +2$ DE), según el indicador peso para talla, aumentó de 2,3% en 1982 a 6,2% en 1996 (Ministerio de Salud, 1996).

En el año 1996 el grupo de población escolar mostró un 14,9% de sobrepeso según el índice de masa corporal. La mayor prevalencia se presentó en la

zona metropolitana (20%), mientras que en la zona urbana fue de 17,5% y en la zona rural de 9,3%. En ese mismo año se encontró que el grupo de mujeres de 15 a 19 años presentó un 23,2% de sobrepeso.

En las mujeres de 20 a 44 años de edad se observó un aumento del sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25$) de 34,6 a 45,9% entre 1982 y 1996. En este último año se registró un mayor porcentaje en la zona rural (50,6%), en comparación con la zona metropolitana (42,2%) y la zona urbana (44,8%). Así mismo en las mujeres de 45 a 59 años se observó un aumento de 55,6 a 75% en el mismo período (Ministerio de Salud, 1996).

En las encuestas realizadas en los años 1999 y 2000 en los sitios centinela ubicados en los distritos de Damas de Desamparados y San Antonio de Nicoya, representativos de la zona metropolitana y rural, respectivamente, se determinó un 6,0 y un 3,2% de preescolares con sobrepeso de acuerdo al indicador de peso para talla. El grupo de población escolar mostró una prevalencia de sobrepeso ($IMC > 85$ percentil) de 22,1% en Damas de Desamparados y de 14% en San Antonio de Nicoya. También se encontró en Damas que el 56,4% de las mujeres de 19 a 44 años y 58,8% de los hombres con edades comprendidas entre los 19 y 59 años presentaron algún grado de sobrepeso y obesidad. En San Antonio de Nicoya estos porcentajes fueron del 58,8 y 40,6%, respectivamente (Ministerio de Salud-INCIENSA, 2002).

El patrón de consumo de alimentos de la población costarricense ha variado con el tiempo debido posiblemente a factores económicos y socioculturales como el nivel de ingreso, estrato socioeconómico, nivel de educación y lugar de residencia; por lo anterior la prevalencia de enfermedades relacionadas con la alimentación también cambió de la misma forma, como se mencionó anteriormente.

Los estudios sobre consumo de alimentos realizados en los últimos años muestran algunas diferencias según zona y estrato socioeconómico. En 1991 se encontró que el consumo de arroz (principal fuente de energía de la dieta del costarricense) y frijoles fue mayor en la zona rural y disminuye conforme aumenta el estrato socioeconómico; por el contrario el consumo de carnes fue menor en la zona rural y aumentó conforme mejora el estrato socioeconómico. Es importante notar que entre 1991 y 1996 se observó una reducción importante en el consumo per capita de azúcar en la zona urbana, la cual pasó de 86 a 57 gramos, en el mismo periodo; el consumo de grasas también pasó de 46 a 30 gramos, respectivamente. Es importante notar que entre 1991 y 1996 se observó una reducción importante en el consumo per capita de azúcar en la zona urbana, la cual pasó de 86 a 57 gramos y el consumo de grasas también pasó de 46 a 30 gramos en el mismo período. Por otra parte, aunque se observó una conducta positiva hacia el consumo de grasa en la cual se tiende a sustituir la manteca vegetal por el aceite, aún existe un mayor consumo de manteca. Además la contribución de grasas al valor energético total pasó de 31% en 1989 a 29% en 1991 y a 27% en 1996, aunque la recomendación para la población es del 25%.

En la encuesta realizada en 1999 en el distrito de Damas de Desamparados, el cual se considera representativo de la zona metropolitana, mostró que el consumo per capita de energía fue de 2749 Kcal, la mayor parte de ellas provenientes de arroz, azúcar, carnes y panes. El porcentaje de adecuación de vitaminas que ejercen algún efecto protector en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como vitamina C, riboflavina, folatos y vitamina A fue superior al 100% llegando hasta 236% en el caso de vitamina C. Por otra parte se observó un bajo consumo de fibra (19 g) y un alto consumo de colesterol (372 mg) de acuerdo a las metas establecidas para Costa Rica (30 g y 100 mg/1000 Kcal, respectivamente); el consumo de sodio fue de 1639 mg el cual se considera adecuado.

Por otra parte un hallazgo de la encuesta realizada en sitios centinela, importante de mencionar por su relación con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, es la reducción de los niveles bajos de folatos plasmáticos en mujeres en edad fértil, el cual pasó de 19,1% en 1996 a 2,5% en 1999 como producto de la fortificación de la harina de trigo con esa vitamina; es posible que los efectos de esta intervención sobre la reducción de enfermedades cardiovasculares puedan observarse a largo plazo.

En el país, distintos estudios han confirmado el papel predictor y la existencia de una relación causal entre hipercolesterolemia y cardiopatía coronaria. La hipercolesterolemia es una condición esencial en el desarrollo y progreso de la aterosclerosis, la lesión vascular asociada a la enfermedad isquémica del corazón. La encuesta Nacional de Nutrición de 1982 mostró que un 20% de la población de 20 a 59 años tenía un nivel de colesterol superior a 200 mg/dl y un 10% presentó valores superiores a 240 mg/dl (Jiménez, 1987).

Resultados reportados del Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónica – ENFREC II realizado en Colombia en 1999, revelan una prevalencia general de niveles de colesterol total superiores a 240 mg/dl de 8,3%: 6,1% para los menores de 40 años y 12,7% para los mayores de 40 años. En la población general el 8,3% presentó niveles de LDL-colesterol superiores a 160 mg/dl, la población menor de 40 años mostró una prevalencia de 6,8% y 11,4% la población restante. Para el HDL- colesterol, el 39% de los adultos entre 18 y 69 años de edad presentaron cifras de riesgo alto (< 35 mg/dl). A diferencia de los otros lípidos, los valores promedio de triglicéridos se encontraron en niveles de riesgo aceptable (Encuesta Colombia , Tomo III, 1999)

En relación con la diabetes mellitus (DM), la prevalencia de diabetes tipo II en América varía del 1,4% en la población indígena de Chile a 17,9% en adultos de Jamaica. Estudios recientes en Colombia estimaron una prevalencia de diabetes mellitus de 2% (IC 95%:1,36-3,8) y la prevalencia del desorden metabólico denominado Glicemia alterada en ayunas alrededor del 4,3 % (IC95%: 2,9-5,6) (Encuesta Colombia, Tomo V, 1999).

En 1968, la Caja Costarricense del Seguro Social estudió la población mayor de diez años, usuarias de los servicios y encontró que el 6,8% eran diabéticos y que el 80,2% de las personas detectadas desconocían su enfermedad. En el cantón de Desamparados (área urbana sur de San José) en 1989, un estudio de una muestra representativa de la población de 15 y más años, se encontró que la prevalencia de personas con glicemia con concentraciones ≥ 200 mg/dl (tomada durante el día) fue de 2,6% y con glicemias entre 140-199 mg/dl fue del 3% (CCSS, 1989).

El estudio efectuado por Campos H., y col. en 1989, en el cantón de Puriscal (área rural de la provincia de San José), mostró en personas entre 20 y 65 años una prevalencia de diabetes mellitus (Nivel de glicemia no definido) de 2,7% en hombres y 3,3% mujeres rurales y una prevalencia de diabetes de 4,5% y 1,7% en hombres y mujeres urbanos, respectivamente (Campos, 1992).

La mortalidad por diabetes mellitus en Costa Rica ha venido en aumento, la edad promedio de muerte en 1996 fue de 67 años, produciendo la mayoría arriba de los 65 años. Las tasas específicas se elevan conforme aumenta la edad y las manifestaciones de enfermedad renal son las principales causas de muerte del paciente diabético (Morice, 1999).

En la consulta ambulatoria, la diabetes mellitus se ubica dentro de las primeras causas de consulta, por lo que genera un elevado costo a los servicios de salud. En 1995, el costo estimado del internamiento en hospitales públicos por diabetes mellitus y cardiopatía isquémica fue de 2431 millones de colones. (Morice, 1999)

La Encuesta de Hogares de 1998, aplica a una muestra representativa de hogares del país, un módulo que indaga sobre la DM diagnosticada donde 2,2% de hombres y 3,4% de mujeres se identificaron como diabéticos para un total de 2,8% de DM en todas las edades. La prevalencia en personas mayores de 40 años fue de 9,4%; 7,6% en hombres y 11% en mujeres. Esto estima que en 1998 había 94.377 diabéticos diagnosticados. Para ese mismo año la Caja Costarricense del Seguro Social, que cubre en atención en salud al 95% de la población, contaba con 66.000 personas en tratamiento activo para DM bien con insulina o hipoglicemiantes orales, lo cual hace suponer que posiblemente la encuesta sobrestima el número de personas diagnosticadas (Morice, 1999)

Este módulo pone a disposición las prevalencias generales de hombres y mujeres entre 15 y 64 años de edad a fin de proveer el conocimiento que se requiere en el diseño de intervenciones y la evaluación de su impacto.

A la vez permitirá el replanteamiento de las estrategias de atención por medio de un ajuste de los procesos de planificación para lograr una adecuada utilización de recursos y facilitará la toma de decisión en políticas de intervención por parte de las autoridades en salud.

II. OBJETIVOS

A. General

Conocer la prevalencia de hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes, sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y otros comportamientos protectores o de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área urbana del cantón central de Cartago.

B. Específicos

- Cuantificar la prevalencia de vida y mensual en el consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos de tabaco, según sexo y grupo de edades.
- Calcular la edad promedio de inicio en el consumo de tabaco y alcohol.
- Determinar las principales causas por las cuales los fumadores inician su consumo y que factores determinan el abandono de este hábito.
- Evaluar los puntajes obtenidos en las escalas de Prochaska y Fagerstrom sobre fumado y CAGE en consumo de alcohol.

IV. METODOLOGÍA

C. Población

La población meta estudiada estuvo constituida por las personas entre los 15 a 64 años de edad de los segmentos censales urbanos del área demostrativa del Proyecto Carmen (cantón central de Cartago). Se estimó que esta zona geográfica y el grupo de edades de interés representaba aproximadamente el 63% del área demostrativa, la cual tenía al año 2000, 103.530 habitantes. En este sentido la población estuvo compuesta por 32.247 (49.44%) hombres y 29.064 mujeres, no embarazadas ni en periodo de amamantamiento. Esta

población residía en unas 23.800 viviendas distribuidas en 396 segmentos censales con un promedio de 60 viviendas por segmento (INEC,2000).

D. Diseño muestral

Se utilizó un muestreo de tipo aleatorio y estratificado con las siguientes variables:

- Distrito al que pertenece el segmento.
- Sexo.
- Grupo de edad.

Para la estimación del tamaño de la muestra se consideró un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 0.5% y una prevalencia del 50.0% que consideró la prevalencia de consumo de tabaco de 1995, el grado de obesidad encontrado en Encuesta Nacional de Nutrición de 1996 y la prevalencia de personas con colesterol mayor a 200 mg/dl. Con estos datos se calculó una muestra de 1270 individuos que luego se multiplicó por 1.5 por efecto del diseño y se aplicó un 20% de incremento por no-respuesta a hombres y un 10% a las mujeres (Anexo 1).

El detalle de cómo se distribuyó la muestra por sexo y grupos de edad se presenta en el Anexo 2.

Por su parte la selección de los segmentos en la muestra se hizo considerando el tamaño muestral por distrito y el número de segmentos existentes en el cantón central de Cartago. Para cada distrito fueron seleccionados sistemáticamente los segmentos utilizando un arranque aleatorio (Anexo 3).

E. Selección de los sujetos del estudio

Una vez hecha la actualización cartográfica de los segmentos seleccionados se levantó un listado de las personas que los habitaban. Esta lista que se introdujo al computador y se dividió en 96 sublistas:

- Por distritos (Oriental, Occidental, Carmen, San Nicolás, San Francisco, Guadalupe, Dulce Nombre y Quebradilla).
- Grupos de edad (15 a 19, 20 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64).
- Sexo (hombres y mujeres).

Cada lista se ordenó por número de segmento y se procedió a seleccionar las personas mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio.

F. Recolección de los datos

Los datos de la Encuesta Basal del Proyecto Carmen se obtuvieron por medio de tres equipos especializados, según la información que debía recolectarse. Para el módulo de tabaco y alcohol la información fue recopilada por el primer grupo de entrevistadores constituido principalmente por Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP). Las entrevistas se realizaron visitando el hogar del entrevistado de acuerdo con la distribución de la muestra por segmentos. Luego de realizadas todas la entrevistas, la cobertura obtenida al final del estudio fue de un 82,0%.

G. Procesamiento y análisis de los datos

Los datos fueron digitados en Epi info y Foxpro. Para depurar la base de datos se utilizó el método doble ciego la cual constó de cuatro etapas de verificación en la calidad de los datos digitados. Los análisis de datos se realizaron con el SPSS versión 10.0 para Windows y para los intervalos de confianza se utilizó el módulo de Csample del Epi info versión 6.04 D.

H. Definición de términos

- **Abstemio:** individuo que nunca ha consumido bebidas alcohólicas o tabaco.
- **Bebedor moderado:** individuo que consume menos de 100 mililitros (ml) del alcohol absoluto si es varón (menos de 60 ml si es una mujer) en la ocasión que tomó (sentada), dos veces o menos al mes.
- **Bebedor excesivo:** individuo que consume más de 100 ml del alcohol absoluto si es varón (más de 60 ml si es una mujer) en la ocasión que tomó (sentada), dos o más veces al mes.
- **Alcohólico:** individuo que presenta incapacidad de abstenerse del consumo de bebidas alcohólicas o de detenerse cuando las consume, así como síndrome de privación mayor (trémor, alucinosis, convulsiones tipo gran mal, psicosis alcohólica o delirium tremens).
- **Exbebedor:** individuo bebedor moderado, excesivo o alcohólico que tiene al menos un año de no ingerir bebidas alcohólicas.
- **Prevalencia de vida:** se refiere a la proporción de sujetos, con respecto a la muestra total que han consumido una droga alguna vez.
- **Prevalencia de último mes (consumo actual o activo):** corresponde a la proporción de individuos que consumieron alguna droga durante el último mes e integra el consumo de las últimas 24 horas, la última semana y más de una semana pero menos de un mes.
- **Edad de inicio:** refleja la edad en que un individuo inicio su consumo regularmente, se excluye la edad en que tuvo la primera oportunidad de probar la droga y no la consumo.

- Escala de Prochaska y Diclemente: es un instrumento que sirve para ubicar las etapas de cambio o los estadios en que se encuentran los fumadores. Son cinco etapas, pre-contemplación (fuma actualmente y no piensa dejarlo en los próximos meses), contemplación (fuma actualmente y piensa dejarlo en los próximos 6 meses), preparación (fuma actualmente y quiere saber como dejarlo dentro de un mes), acción (dejo de fumar entre 0 y 6 meses) y mantenimiento (dejo de fumar hace más de 6 meses). Se excluye del análisis los abstemios.
- Escala de Fagerstrom: es un test para determinar el grado de dependencia de los fumadores hacia la nicotina. Con un puntaje inferior de seis indica dependencia leve, y más de cinco dependencia severa.
- Escala CAGE: Es un instrumento de tamizaje que evidencia problemas en el consumo de alcohol, pero no define un diagnóstico. Incluye cuatro preguntas con alta sensibilidad. Obtener menos de dos puntos indica que no hay evidencias de alto consumo, dos puntos indica una fuerte tendencia al alcoholismo y más de dos puntos refleja conductas propias de los alcohólicos.

V. RESULTADOS

A. Características generales de la población

1. Características de las personas encuestadas

Distribución de la población por edad y sexo

Como se ha señalado, la muestra fue diseñada para ser representativa de la población de 15 a 64 años de edad por sexo y 6 grupos de edad de acuerdo con lo especificado en la Cuadro 2. Tomando en cuenta que el error muestral obtenido para la entrevista fue de 3%, se puede afirmar que la muestra resultó representativa si la comparamos con los datos del censo del mismo año.

Cuadro 2

**Distribución por sexo y edad de la población según el Censo 2000 y la muestra obtenida en la encuesta
Encuesta CARMEN. Cantón Central de Cartago, 2000**

Sexo	Edad en años	Entrevista Encuesta Basal		Censo 2000	
		n	%	n	%
Hombre	Total	862	56	35596	49
	14 a 19	119	8	5880	8
	20 a 24	105	7	5298	7
	25 a 34	182	12	8923	12
	35 a 44	216	14	7854	11
	45 a 54	144	9	4747	7
	55 a 64	96	6	2894	4
Mujeres	Total	695	44	37082	51
	14 a 19	114	7	5814	8
	20 a 24	107	7	5301	7
	25 a 34	147	9	9019	12
	35 a 44	154	10	8484	12
	45 a 54	100	6	5255	7
	55 a 64	73	5	3209	4

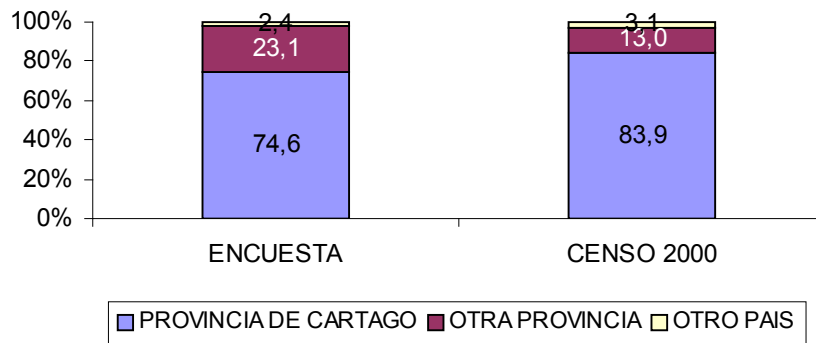
Fuente: INEC, Censo 2000.

Procedencia

Uno de los criterios para seleccionar el área demostrativa para el Programa Carmen fue ser una región con inmigración de ciudadanos extranjeros relativamente baja población que podría afectar significativamente las causas de morbilidad y mortalidad, dada la reciente ola migratoria que ha experimentado Costa Rica, de personas en condición de pobreza extrema provenientes principalmente de Nicaragua. De acuerdo con el Censo de Población del 2000, mientras que en Costa Rica la población nacida en otro país fue el 8% de los cuales 5,9% nacieron en Nicaragua, en el área demostrativa (CARMEN) la población nacida en el extranjero fue el 3,1% de los cuales el 2,2% nacieron en Nicaragua. Los encuestados tienen una distribución semejante (Gráfico 1) en cuanto a extranjeros se refiere, pero respecto a los costarricenses, la encuesta tiene mayor proporción de nacidos en otras provincias. En conclusión, los habitantes del área demostrativa son nacidos principalmente en el Cantón Central de Cartago y presenta una proporción menor de nacidos en el extranjero que el país. (Gráfico 2).

Gráfico 1

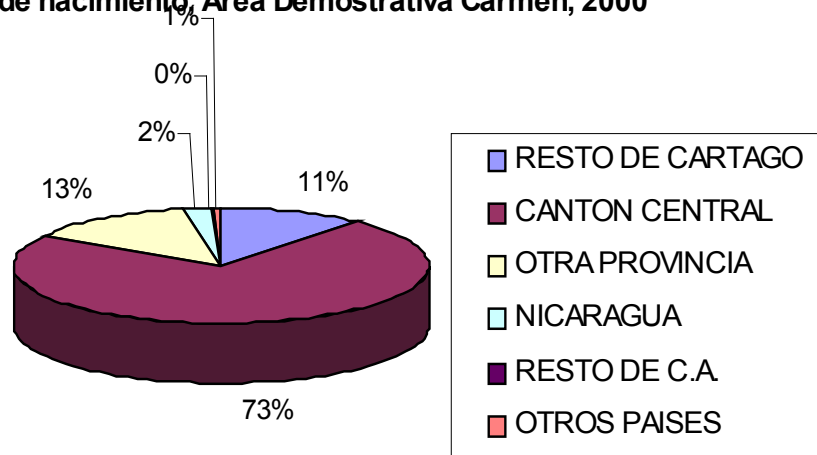
Lugar de nacimiento según fuente, Area Demostrativa Carmen



Fuente: INEC, Censo 2000

Gráfico 2

Lugar de nacimiento, Area Demostrativa Carmen, 2000

*Estado conyugal*

El estado conyugal fue considerado pues se presume que la condición de soledad debería predisponer a las personas hacia consumir alimentos fuera del hogar. De acuerdo con la Gráfico 3 el 48% de los y las encuestadas manifestaron ser solteros, viudos o separados. Al comparar por edad y sexo esta cifra con base en los Censos 1973 y 2000, y la Encuesta Basal; (Gráficos 4 y 5) notamos que en todos los grupos de edad ha aumentado el porcentaje y se mantiene la diferencia entre hombres y mujeres en los grupos de mayor edad. A medida que la mujer envejece tiende a aumentar la condición de soltera, separada, viuda o divorciada, mientras que entre los hombres dicha condición tiende a disminuir conforme envejecen.

Gráfico 3

**Estado Conyugal.
Encuesta Basal. Area demostrativa. 2000**

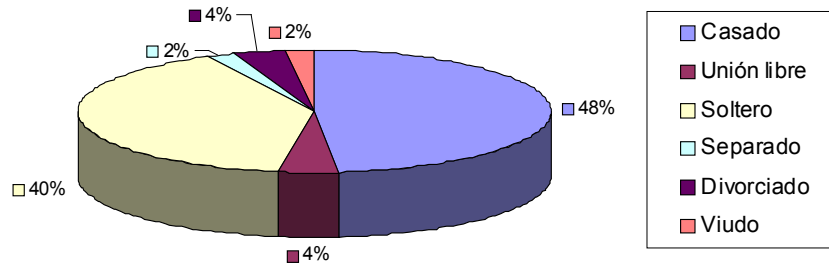
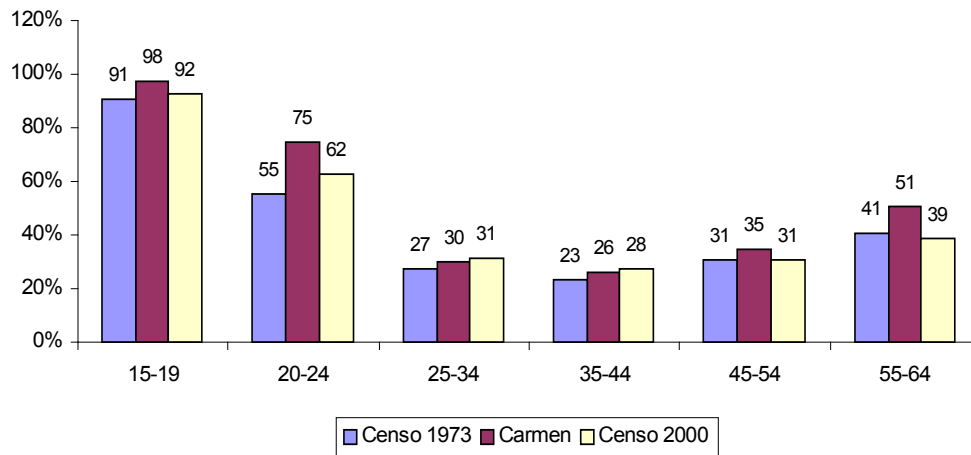


Gráfico 4

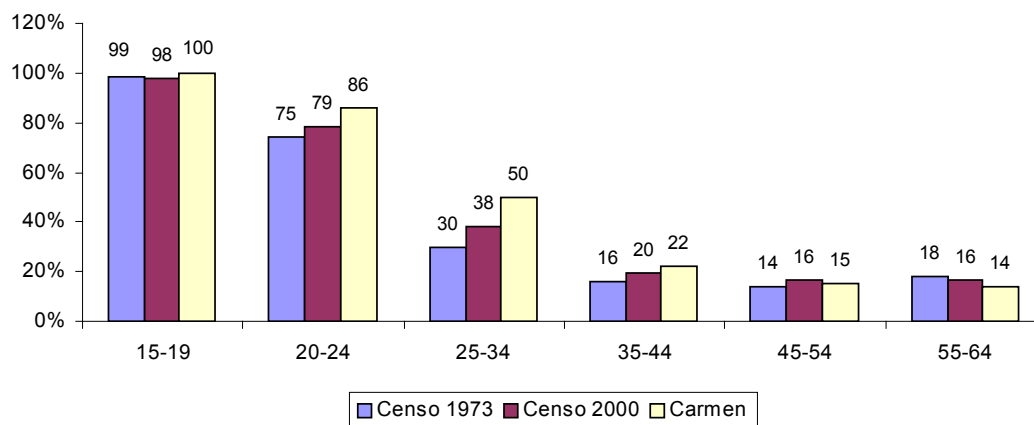
**Prevalencia de mujeres solteras, separadas, viudas o divorciadas.
Area Demostrativa Carmen, 2000.**



Fuente: INEC, Censos 1973 y 2000

Gráfico 5

**Prevalencia de hombres solteros, viudos, divorciados y separados.
Area Demostrativa Carmen, 2000.**



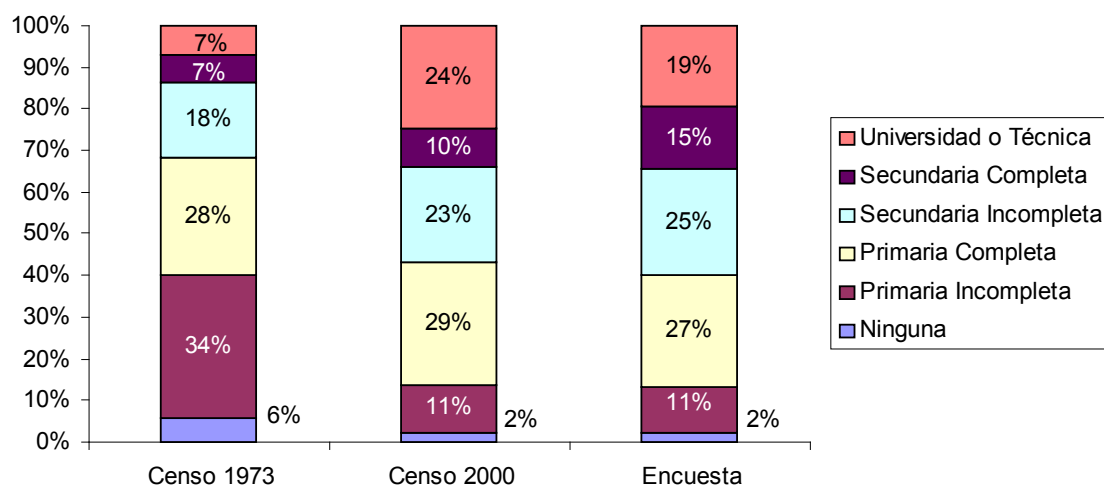
Fuente: INEC, Censos 1973 y 2000

Nivel educativo

De acuerdo con el Censo de Población de 1973, en el área demostrativa y para las personas entre 15 y 64 años había un promedio de años de estudio de 5,9% mientras que el de Costa Rica para el mismo rango de edad fue 4,45%. En la encuesta basal el promedio fue de 8,8%. De acuerdo con estas cifras, al área demostrativa ha mostrado tener un nivel de instrucción superior al nacional y que está en aumento. La grafica 6 muestra la distribución de frecuencia del nivel educativo de acuerdo con tres fuentes. La muestra obtenida se diferencia de la población en el acceso a la educación universitaria y a la conclusión de la secundaria.

Gráfico 6

Nivel Educativo. Personas de 15 a 64 años de edad,
Area Demostrativa Carmen



Fuente: INEC, Censos 1973 y 2000

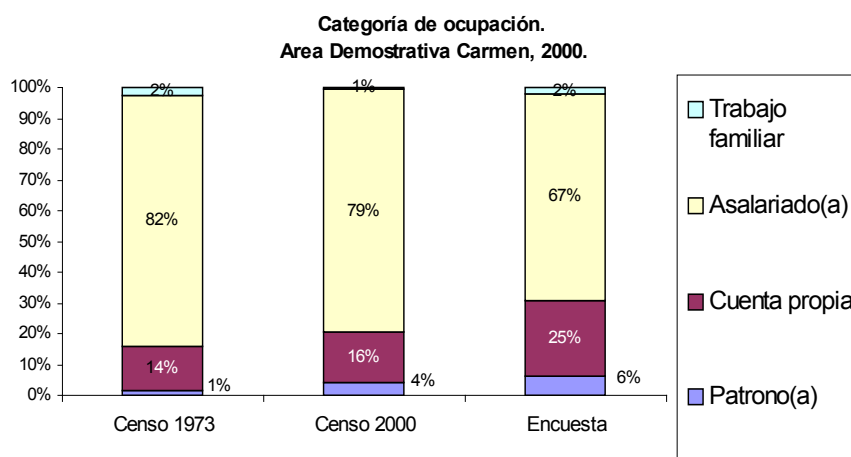
Ocupación

Entre los años 1970 y 2000, el área demostrativa experimentó una leve disminución del trabajo asalariado a favor del trabajo por cuenta propia y patronos (Gráfico 7). Desde el punto de vista del tipo de actividades que realizaron destaca una disminución del trabajo doméstico, el artesanal y el no calificado, a favor de un aumento de actividades comúnmente mejor remuneradas (Cuadro 3). Es importante señalar que la muestra obtenida resultó muy diferente de la población desde el punto de vista de la ocupación. Como se puede apreciar en la Gráfico 7 las categorías de trabajo por cuenta propia y patronos representan mayor proporción que las observadas en la población, esto quizá debido a la dificultad para reclutar asalariados que salen temprano de sus hogares y regresan tarde.

Cuadro 3

Distribución porcentual de las actividades de las personas entre 15 y 54 años según tres fuentes
Encuesta CARMEN. Cantón Central de Cartago, 2000

	Censo 1973	Censo 2000	Encuesta
DIRECTIVOS	3	2	5
PROFESIONALES	5	6	9
TECNICOS	2	8	4
ADMINISTRATIVOS	3	5	4
VENTAS	4	7	6
AGROPECUARIO	2	2	1
ARTESANAL	14	7	11
OPERACION	4	9	4
NO CALIFICADOS	13	8	7
DESEMPLEO	5	3	1
ESTUDIANTES	11	12	13
OFICIOS DOMETICOS	32	26	31
PENSIONADOS	1	2	2
OTROS	1	3	2

Gráfico 7

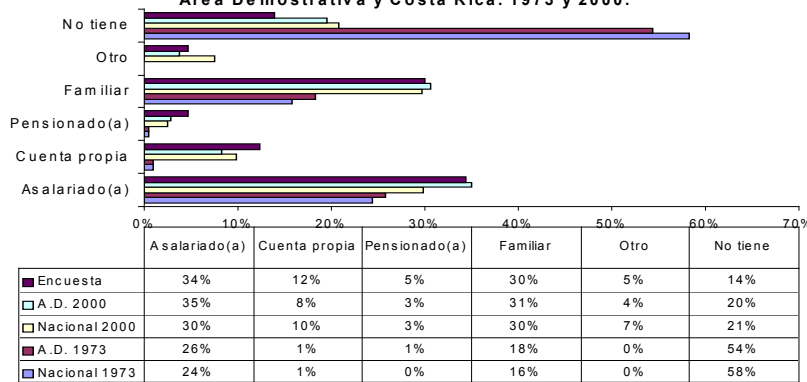
Fuente: INEC, Censos 1973 y 2000

Condición de asegurados

El área demostrativa presentaba en 1973 un 54% de personas sin seguro, cifra un poco menor que la observada en el ámbito nacional el mismo año. Consecuencia del proceso de universalización del seguro social en el año 2000 observamos una reducción de esas cifras a 20% en el área demostrativa y 14% durante la encuesta basal. De manera inversa se puede observar como aumentaron todos los tipos de asegurados en el mismo período (Gráfico 8). Este aumento en la cobertura del seguro social va acompañado de un proceso de saturación de los servicios de salud del seguro social, por lo que los servicios privados o de médico de empresa son utilizados por el 31% de los entrevistados (Gráfico 9), de los cuales un 85% son asegurados.

Gráfico 8

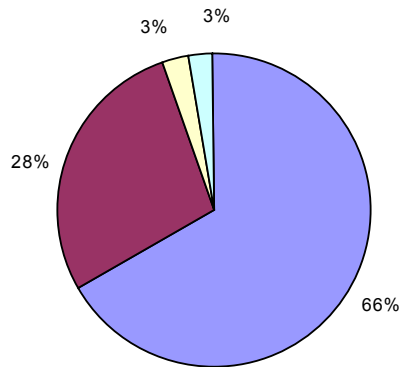
Frecuencias de tipos de seguro
Área Demostrativa y Costa Rica. 1973 y 2000.



Fuente: INEC, Censos 1973 y 2000

Gráfico 9

FRECUENCIA DE TIPOS DE SERVICIO DE SALUD A LOS QUE ACUDEN. AREA DEMOSTRATIVA, 2000.



Fuente: INEC, Censos 1973 y 2000

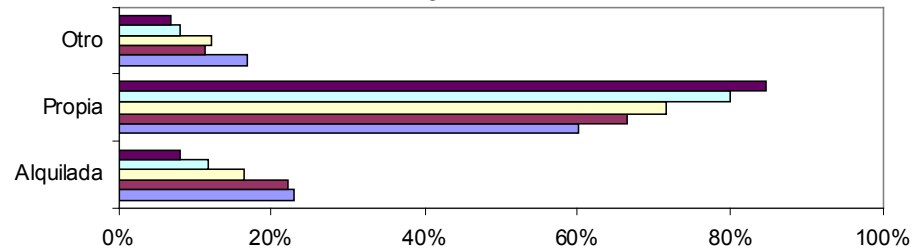
2. Características de los hogares encuestados

Características de las viviendas

En el área demostrativa la vivienda propia aumentó en 20 puntos porcentuales entre 1973 y el año 2000, alcanzando un 85% de viviendas habitadas en condición de propietarios. Simultáneamente las cifras de viviendas habitadas en condición de alquiler, préstamo y precario disminuyeron (Gráfico 10). Además, los hogares que presentan más de 3 habitantes por dormitorio (hacinamiento) pasaron de un 27% a un 7% (Gráfico 11). Sin duda estos cambios se deben en gran medida a la acción del estado el cual inició a mediados de la década de los ochentas entrega de bonos y crédito de bajo costo.

Gráfico 10

**Condición de ocupación de las viviendas
Area Demostrativa Carmen y Costa Rica.
1973 y 2000**

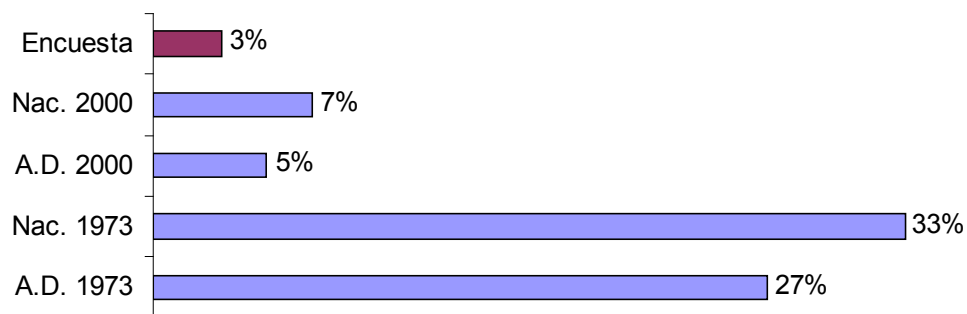


	Alquilada	Propia	Otro
■ Encuesta	8%	85%	7%
□ A.D. 2000	12%	80%	8%
■ Nacional 2000	16%	72%	12%
■ A.D. 1973	22%	66%	11%
■ Nacional 1973	23%	60%	17%

Fuente: INEC, Censos 1973 y 2000

Gráfico 11

**Prevalencia de hacinamiento
Area Demostrativa Carmen y Costa Rica.
1973 y 2000**



Fuente: INEC, Censos 1973 y 2000

Aunque los materiales del piso y paredes de las viviendas visitadas durante la encuesta son adecuados (Gráficos 12 y 13), llama la atención que durante el Censo 2000 en el área demostrativa los encuestadores calificaron a un 75% de las viviendas como en condiciones inadecuadas mientras que durante el Censo 1973 esa cifra fue del 10%. Ese mismo deterioro de las estructuras habitacionales fue visible durante el mismo período a escala nacional (Gráfico 14).

Gráfico 12

**Material de las paredes exteriores.
Area Demostrativa Carmen. 2000**

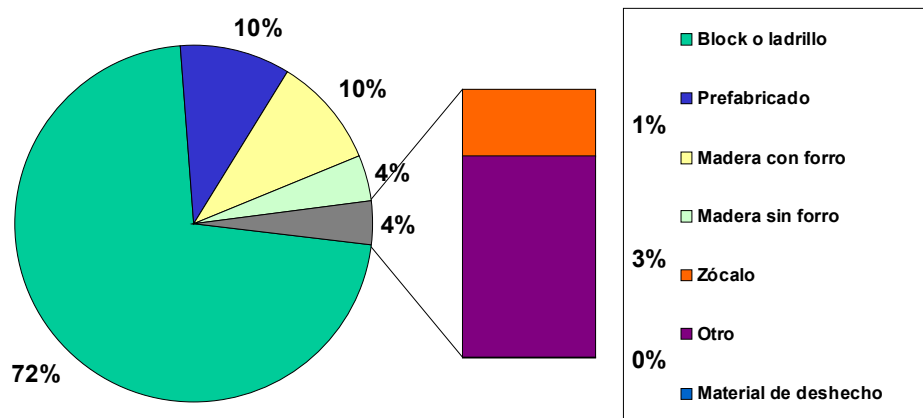


Gráfico 13

**Material del piso.
Area Demostrativa Carmen, 2000.**

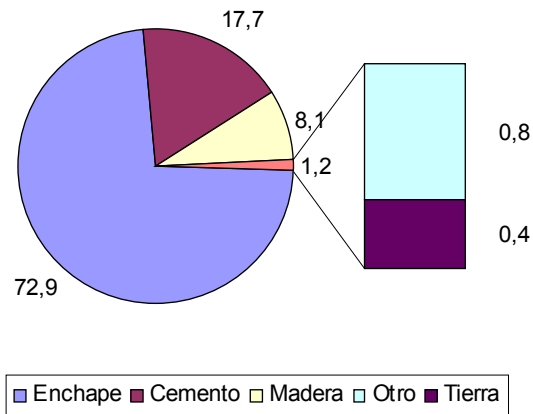
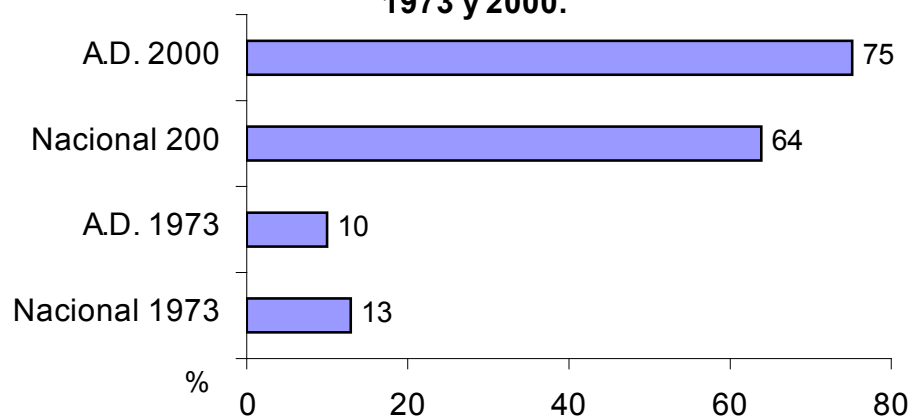


Gráfico 14

**Porcentaje Hogares con Vivienda Inadecuada.
Area Demostrativa Carmen y Costa Rica.
1973 y 2000.**



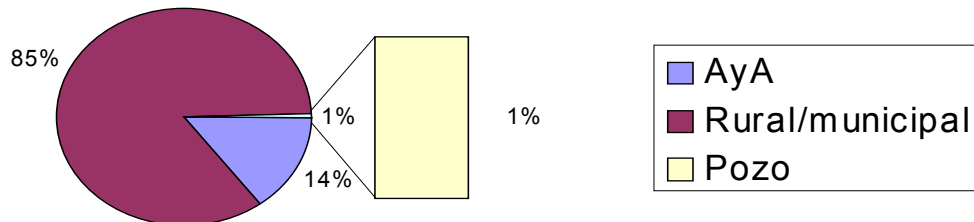
Fuente: INEC, Censos 1973 y 2000

Acueductos y alcantarillado

Las viviendas visitadas durante la encuesta en el área demostrativa se abastecían de agua en un 99% por acueductos propiedad municipal o estatal (AyA). Al momento de la encuesta dichos acueductos realizaban controles periódicos de la calidad microbiológica del agua. El 99% de las fuentes de agua observada durante la encuesta eran intra domiciliarias (Gráfico 15).

Gráfico 15

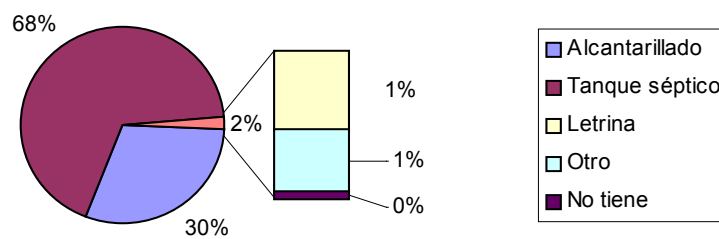
Origen de fuente de agua. Area Demostrativa Carmen. 2000



La disposición de excretas en un 98% es en tanque séptico o en alcantarillado. Las urbanizaciones más viejas utilizaban el alcantarillado que luego vertía las aguas a los ríos (sin tratamiento en la mayoría de los casos).

Gráfico 16

**Disposición de excretas.
Area Demostrativa Carmen. 2000**



B. Consumo de tabaco

En la encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (CARMEN), realizada en el año 2000, se encontró que la prevalencia de vida en el consumo de tabaco fue de 42,7% con un intervalo de confianza al 95% de 40,1% a 45,3%. Si estos datos son comparados con el Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas de 1955 (Bejarano, *et. al.*, 1996), la prevalencia de vida del consumo de tabaco resulta mayor que la del cantón central de Cartago hallada en 1995⁸.

Es importante aclarar que la formulación de la pregunta ¿Ha fumado alguna vez en la vida? se realizó en forma similar en ambos estudios y contempla el consumo de cigarrillos a la fecha del estudio y si este se ha realizado en forma experimental.

La edad de inicio en el consumo se redujo de 17,7 años a 16,1 de 1995 al 2000 (I.C.95% 16,4-19,0 y 15,7-16,5), lo que muestra una tendencia hacia el consumo de cigarrillos a edades más tempranas en la zona urbana de Cartago.

Para determinar cuantas personas inician el consumo de tabaco y posteriormente lo dejan, se preguntó si ha fumado cinco o más paquetes de cigarrillos en la vida, y luego, si actualmente fuma. Con estos datos se calculó la tasa de abandono⁹, un análisis detallado se presenta en el cuadro 1. Las mujeres y las personas con niveles educativos más bajos, son las que tienen menores tasas de abandono de cigarrillo, una vez que inician el consumo de tabaco.

⁸ Prevalencia de vida en consumo de tabaco 31,1% (I.C. 95% 29,4% a 32,8%).

⁹ Proporción de personas que dejaron el cigarrillo entre aquellas que fumaron más de 5 paquetes.

Cuadro1

**Personas que han consumido 100 o más cigarrillos en su vida y
actualmente no consumen por sexo y nivel educativo
Encuesta Basal CARMEN Cartago, 2000**

	Ha consumido más de 100 cigarrillos		Dejó de consumir %	Tasa de abandono	
	n	Porcentaje		Porcentaje	I.C. 95%
Total	1561	30,4	14,0	46,2	43,7 – 48,7
hombres	697	46,1	22,2	48,3	44,6 – 52,0
mujeres	864	17,7	7,4	41,8	38,5 – 45,1
Educación					
ninguna	30	50,0	20,0	40,0	22,5 – 57,5
primaria	573	34,0	14,7	43,1	39,0 – 47,2
secundaria	587	24,5	12,4	50,7	46,7 – 54,7
universitaria	312	28,2	12,2	43,2	37,7 – 48,7

Fuente: Ministerio de Salud, *et. al.* Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área demostrativa de Cartago. Módulo 5: Tabaco y Alcohol, 2000.

En el cuadro 2 se indica la prevalencia mensual en el consumo de tabaco por sexo y edad. De igual forma para cada dato se calcularon los respectivos intervalos de confianza con un 95% de confianza. En la encuesta basal la prevalencia de mes está construida a partir de dos preguntas: Fuma actualmente y si fuma todos los días, por semana o mensualmente.

Cuadro2

**Prevalencia mensual en el consumo de tabaco por sexo y edad
Encuesta Basal CARMEN Cartago, 2000**

	N	Prevalencia	I.C.95%
TOTAL	1561	16,1	14,3 – 17,9
hombres	697	23,7	19,3 – 26,9
mujeres	864	10,0	8,2 – 11,9
GRUPO DE EDAD			
15 a 19 años	233	3,3	1,3 – 5,3
20 a 24 años	211	12,3	8,5 – 15,9
25 a 34 años	329	22,8	17,7 – 28,0
35 a 44 años	371	19,4	15,2 – 24,4

45 a 54 años	245	21,2	15,5 – 28,5
55 a 64 años	169	11,8	5,3 – 16,9

Fuente: Ministerio de Salud, *et. al.* Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área demostrativa de Cartago. Módulo 5: Tabaco y Alcohol, 2000.

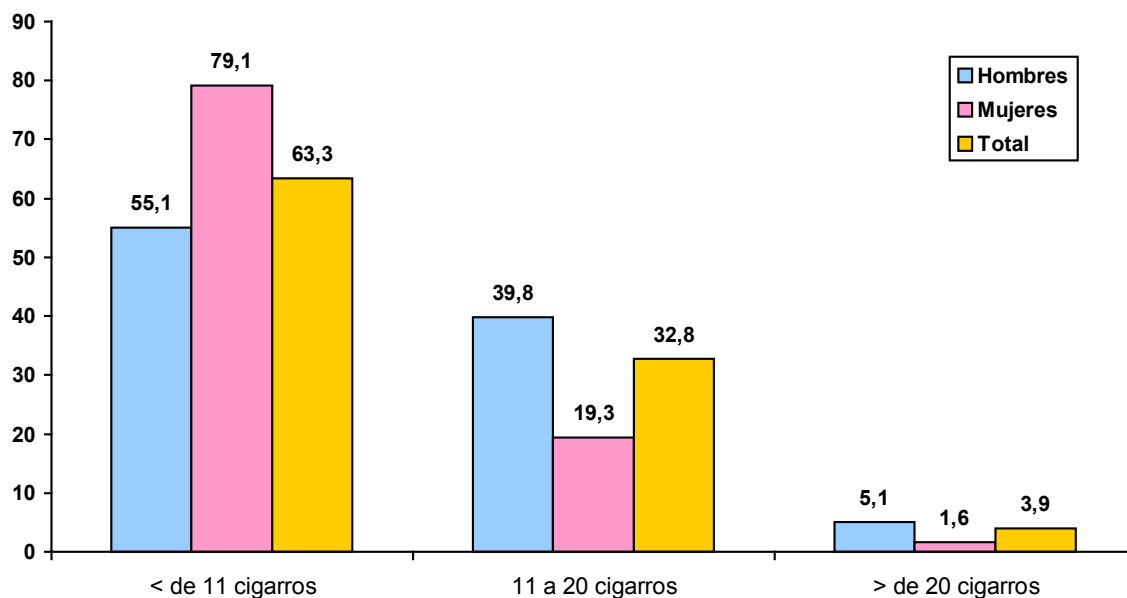
A las personas que fumaban todos los días, se les pidió que respondieran preguntas del test de dependencia a la nicotina de Fagerstrom para medir la severidad del consumo (Sandí y Molina. 1999). Se encontró que el 95,0% de los fumadores tienen una dependencia baja a la nicotina. Por su parte el 5,0% de los fumadores activos muestran una dependencia alta al cigarro. Estas personas por lo general son hombres con más de 40 años y bajo nivel educativo.

En cuanto al número de cigarrillos consumidos diariamente, la mayor proporción (63,3%) fuma menos de 11 cigarrillos diarios (figura 1). Un 30,4% fuma su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de haberse despertado, en tanto que un 28,4% fuma aún cuando debe quedarse en cama por alguna enfermedad, pero el 98,9% nunca fuma en lugares públicos.

Figura 1

Distribución porcentual del número de cigarrillos consumidos diariamente según sexo del fumador. Cartago 2000

n = 180



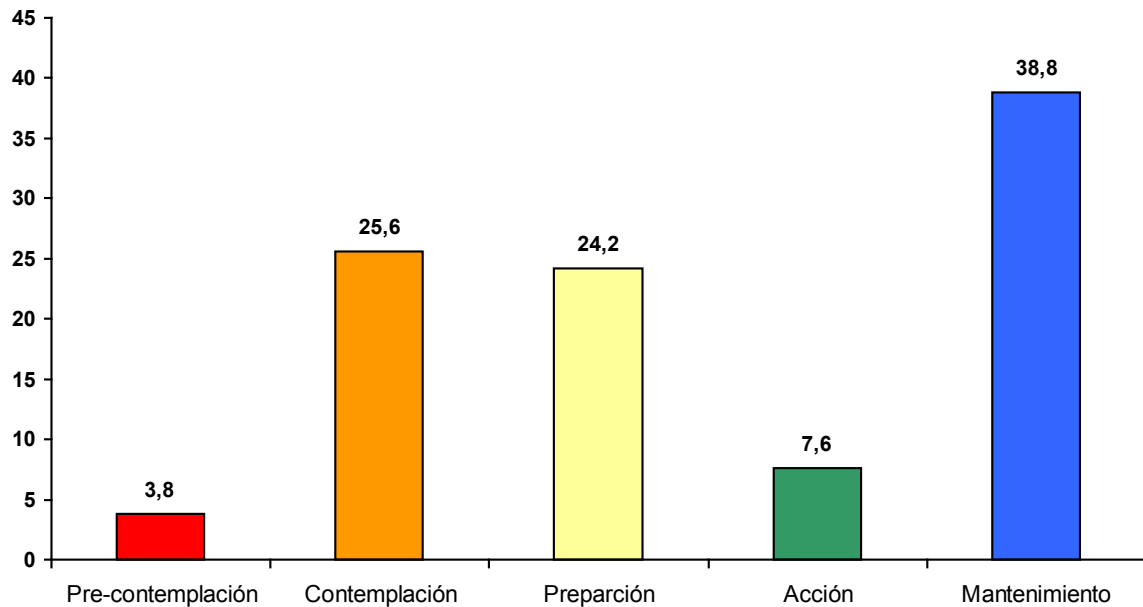
Fuente: Ministerio de Salud, *et. al.* Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área demostrativa de Cartago. Módulo 5: Tabaco y Alcohol, 2000.

El 75,8% de los fumadores iniciaron su consumo por presión grupal y curiosidad, pero luego de 10 o más años de fumado más de la mitad de ellos (54,7%) ha intentado dejar de fumar, de estos el 83,3% lo ha hecho por razones de salud y logró dejarlo el 55,8%. En promedio han realizado 2,93 intentos por dejar el cigarrillo y en su último intento duraron hasta 6,5 meses sin fumar. En la figura 2 se muestra los resultados obtenidos a las preguntas de la escala Prochaska y Diclemente (López *et. al.* 2000).

Figura 2

Porcentajes obtenidos en la escala Prochaska según estado del fumador. Cartago 2000

n = 472



Fuente: Ministerio de Salud, *et. al.* Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área demostrativa de Cartago. Módulo 5: Tabaco y Alcohol, 2000.

Llama la atención que el grupo en pre-contemplación, o sea las personas que en el momento de la encuesta se resistían o no tenían intención de cambiar su conducta tabáquica fue solo del 3,8% y una mayor proporción estaba pensando abandonar el consumo en los próximos 6 meses (25,6%), o en el próximo mes (24,6%). Lo anterior es importante ya que una intervención corta para dejar de fumar, tiene mayor probabilidad de éxito en estos estadios.

En los últimos 12 meses un 36,1% de los fumadores reportaron que algún personal de salud les preguntó sobre su condición de fumador y un 38,4% le aconsejó que dejara de fumar. Un 21,6% consideró que un medicamento le ayudaría a dejar de fumar, un 15,7% opinó que con apoyo profesional podría lograrlo y un 14,9% lo haría si un medico le aconseja dejar de fumar. El 41,0% de los entrevistados no dio respuesta a esta pregunta.

C. Consumo de alcohol

La prevalencia de vida en el consumo de bebidas alcohólicas fue de 81,9%, con un intervalo de confianza al 95% de 79,8% a 84,2%. Con fines comparativos, en el Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas de 1995 (Bejarano, et. al., 1996) la prevalencia de vida del consumo de alcohol en el cantón central de Cartago fue de 55,3%¹⁰.

La edad de inicio del consumo de alcohol en el Estudio Nacional de Drogas, Cantón Central de Cartago fue de 18,1 años, mientras que para la encuesta basal CARMEN este dato pasó a 17,8 años¹¹. En ambas encuestas se preguntó la edad aproximada a partir de la cual inicio el consumo de bebidas alcohólicas.

Para conocer el consumo activo en alcohol y medir la prevalencia mensual se preguntó por la ingesta de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días. En el cuadro 3, se presenta el detalle de esta información por sexo y grupos de edades. En promedio cada sujeto tomó 12,1 cervezas o tragos de licor mensualmente. Si esto es analizado por sexo, los hombres consumieron en promedio 16,7 bebidas alcohólicas o cervezas mientras que las mujeres consumieron en promedio, durante el mes, 5,1 unidades.

Cuadro 3

Prevalencia mensual en el consumo de alcohol por sexo y edad Encuesta Basal CARMEN Cartago, 2000

¹⁰ Intervalo de .confianza al 95%: 53,5% a 57,1%)

¹¹ Intervalo de .confianza al 95%: 17,4-18,8 y 17,5-18,1)

	N	Prevalencia	I.C.95%
TOTAL	1561	36,6	34,2 – 39,0
hombres	697	49,7	45,4 - 54,1
mujeres	864	25,7	22,4 – 28,9
GRUPO DE EDAD			
15 a 19 años	233	24,9	18,0 – 31,9
20 a 24 años	211	46,3	37,5 – 55,1
25 a 34 años	329	40,6	34,4 – 46,7
35 a 44 años	371	38,8	33,3 – 44,4
45 a 54 años	245	35,2	27,9 – 42,5
55 a 64 años	169	32,0	24,4 – 39,5

Fuente: Ministerio de Salud, *et. al.* Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área demostrativa de Cartago. Módulo 5: Tabaco y Alcohol, 2000.

En el cuadro 4 se presenta la distribución por sexo y edad de las personas que consumieron 30 o más bebidas alcohólicas en el último mes y además tomaron 5 o más de tragos en una sentada. Este dato es importante de resaltar como factor de riesgo en enfermedades cardiovasculares y las implicaciones que tiene este tipo de consumo en la salud.

Cuadro 4

Distribución porcentual del consumo de 5 o más bebidas alcohólicas por ocasión y más de 30 tragos en el mes por sexo y edad Encuesta Basal CARMEN Cartago, 2000

	n	Prevalencia	I.C.95%
TOTAL	1561	8,8	7,4 – 10,2
hombres	697	16,4	13,7 – 19,1
mujeres	864	2,8	1,7 – 3,9
GRUPO DE EDAD			
15 a 19 años	233	3,4	1,1 – 5,7
20 a 24 años	211	10,9	6,7 – 15,1
25 a 34 años	329	12,5	8,9 – 16,1
35 a 44 años	371	9,7	6,7 – 12,7
45 a 54 años	245	9,4	5,7 – 13,1
55 a 64 años	169	4,1	1,1 – 7,1

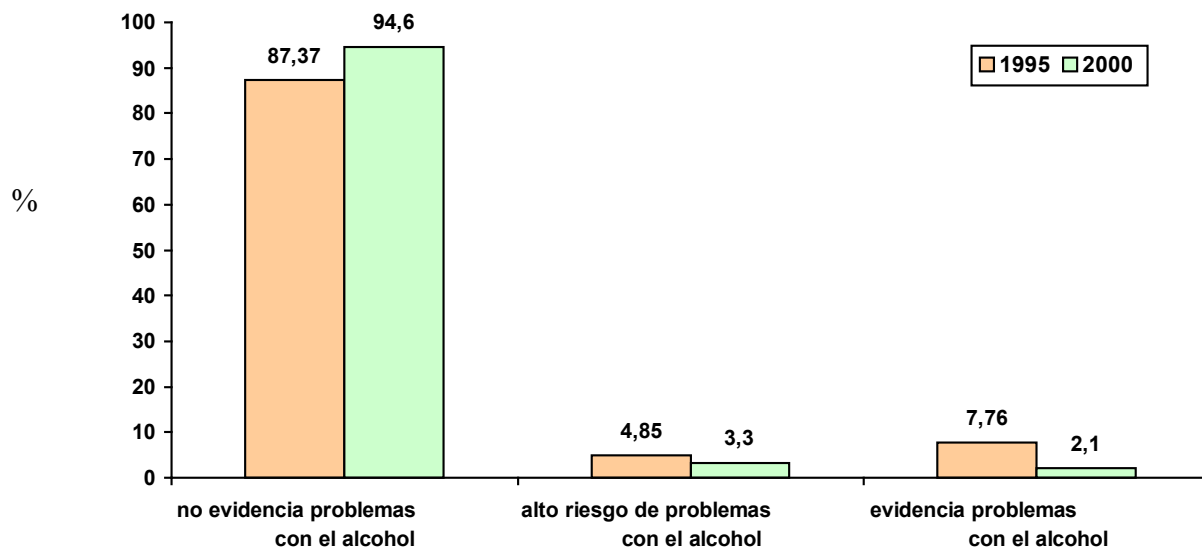
Fuente: Ministerio de Salud, *et. al.* Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área demostrativa de Cartago. Módulo 5: Tabaco y Alcohol, 2000.

Si se clasifica los bebedores, según la cantidad de alcohol consumido, se tiene que el 17,0% son abstemios, el 36,6% consumió en el último mes, el 27,9% son bebedores moderados, el 8,8% beben de forma excesiva y el 2,1% presentaron las características de los alcohólicos.

En la figura 3 se muestra la escala CAGE (Ewing, 1988), tanto para el estudio de drogas de 1995 como en la encuesta basal CARMEN 2000.

Figura 3

1995-2000: Puntajes obtenidos en la escala CAGE según tipo de bebedor



Fuente: Ministerio de Salud, *et. al.* Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área demostrativa de Cartago 2000. IAFA. Consumo de drogas en Costa Rica: Resultados de la Encuesta Nacional de 1995.

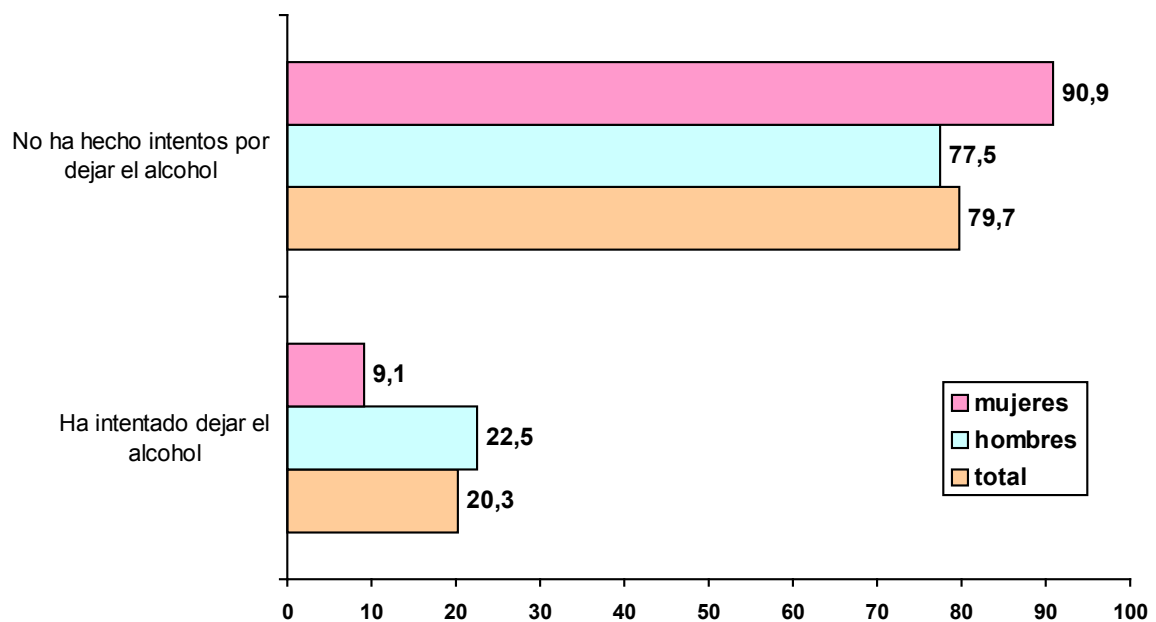
Solo el 5,0% de los bebedores activos han realizado algún intento por dejar de beber, y de aquellas personas que consumieron más de 5 bebidas alcohólicas

en una sentada, dos o más veces al mes también denominados consumidores excesivos, solo el 20,3% realizó algún intento por dejar el alcohol. En la figura 4 se muestra esta información detallada por sexo del bebedor.

Figura 4

Distribución porcentual de los bebedores excesivos según intentos de abandono del consumo de alcohol. Cartago 2000

n = 138



Fuente: Ministerio de Salud, *et. al.* Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área demostrativa de Cartago. Módulo 5: Tabaco y Alcohol, 2000.

Si se relaciona los bebedores excesivos con aquellas personas que fuman más de medio paquete diario, se encontró que el 31,6% de los bebedores tienen esta practica. Si se analiza por sexo, un mayor porcentaje corresponde a hombres (35,5%) y solo el 14,3% de las bebedoras excesivas fuman de de igual manera.

VI. CONCLUSIONES

Cuando se realizan las comparaciones entre los resultados obtenidos en el estudio nacional de drogas del año 1995 y la encuesta basal CARMEN del año 2000, se observa un incremento en los niveles de consumo, tanto en la prevalencia de vida como en las prevalencias mensuales. Este comportamiento se da para las dos drogas estudiadas: Tabaco y alcohol.

Las mayores prevalencias de fumado e ingesta de bebidas alcohólicas se presentaron en hombres, sin embargo, las mujeres desde 1995 a la fecha, muestran importantes incrementos en los niveles de consumo de ambas drogas.

En la variable edad, se nota el importante consumo de alcohol en adolescentes, y es a partir de la mayoría de edad que se combina este consumo con cigarrillos. En los últimos grupos de edad se muestra una reducción en el consumo de tabaco y alcohol.

Asociado en forma directa con el aumento en las prevalencias de consumo, se encontró en ambas drogas, una reducción en la edad de inicio. Se espera que este indicador no siga descendiendo, si en nuestro país se aplican con mayor rigurosidad las leyes que prohíben la venta de cigarrillos y alcohol a menores de edad.

A pesar del bajo porcentaje de personas que mostraron una fuerte dependencia a la nicotina (5,0%), se debe considerar que el 36,7% de los fumadores consumen más de medio paquete diariamente. Este grupo de personas debe ser estudiado con más cuidado por representar un estrato de la población con alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer.

Es importante notar que las personas que les resulta más difícil dejar el hábito del fumado son las mujeres y las personas con un menor nivel educativo. En este sentido, las políticas de salud deben concentrar sus esfuerzos en esta población y proponer alternativas más personalizadas que impacten directamente sobre estos consumidores de tabaco.

Por los resultados encontrados, un sector de la población que debe ser constante preocupación para la vigilancia epidemiológica lo constituyen las personas que consumen más de 30 bebidas alcohólicas mensualmente y que frecuentemente ingieren en cada ocasión más de 5 tragos o cervezas. De acuerdo con esta investigación este grupo en su mayoría está compuesta por hombres entre los 25 y 34 años.

A pesar del bajo porcentaje de alcohólicos detectados con la prueba CAGE (2,1%), esta población debe constituir un constante reto para la rehabilitación y el tratamiento de su enfermedad y así no se generen más problemas sociales vinculados con el abuso del licor (accidentes de tránsito, desempleo y violencia doméstica, entre otros).

VII. RECOMENDACIONES

Conocidos los resultados del consumo de alcohol y tabaco en la zona urbana de Cartago, se deben considerar estos hallazgos dentro de las políticas de planificación en salud y prevención en las correspondientes instancias institucionales, con el fin de reducir a mediano y largo plazo las prevalencias de consumo y aumentar la edad de inicio en estas drogas legales.

Con las evidencias obtenidas en esta investigación, se demuestra la necesidad de trabajar con la población joven, para promover desde edades tempranas estilos de vida saludables, que no incluyan el uso de sustancias psicoactivas.

La coordinación interinstitucional entre las diferentes instancias vinculadas con la salud pública, permitió incorporar diferentes mejoras en la buena realización de esta investigación. A futuro estos enlaces deben consolidarse cada día más, con el propósito de optimizar el uso de los recursos y evitar la duplicación de funciones.

Consideramos que la experiencia obtenida con esta investigación ha sido de mucho valor. En este sentido creemos importante que se realicen diferentes esfuerzos encaminados a replicar este tipo de investigaciones en otras áreas urbanas y rurales del país.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bejarano J. Et. Al 1996. Consumo de drogas en Costa Rica: Resultados de la Encuesta Nacional de 1995. San José, Costa Rica: IAFA.

Deam et. Al. 1996. Manual del Epi Info versión 6.04. Georgia, U.S.A.

Ewing J. 1988. Cuestionario CAGE para diagnostico de alcohólicos. Medellín, Colombia.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2000. Cálculo de población por provincia, cantón y distrito a julio del 2000. San José, Costa Rica.

López et. Al. 2000. Manual del facilitador *Guía a las personas hacia un futuro libre de tabaco*. San José, Costa Rica.

Sandí L. Y Molina D. 1999. Estrategias para dejar de fumar. San José, Costa Rica: IAFA- Universidad Latina.

SPSS Inc. 1999. Manual del usuario para Spss, base 10.0. Dublín, Irlanda.

IX. ANEXOS

Anexo 1

**Estimación del tamaño de la muestra según sexo,
efecto del diseño y de no respuesta. Encuesta
Basal CARMEN Cartago, 2000**

Sexo	Tamaño inicial	Con efecto de diseño	Con % de no respuesta
Total	1270	1905	2247
hombres	628	942	1177
mujeres	642	963	1070

Fuente: Ministerio de Salud, *et. al.* Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área demostrativa de Cartago, 2000.

Anexo 2

**Distribución de la muestra según grupo de edad y sexo
Encuesta Basal CARMEN Cartago, 2000**

Grupo de Edad	Total	Hombres	Mujeres	Hombres %	Mujeres %
Total	2247	1177	1070	52,4	47,6
15 a 19	327	171	156	7,6	6,9
20 a 24	319	170	150	7,5	6,7
25 a 34	567	300	268	13,4	11,7
34 a 44	507	270	237	12,0	10,5
45 a 54	323	166	156	7,4	6,9
55 a 64	203	100	103	4,4	4,6

Fuente: Ministerio de Salud, et. al. Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área demostrativa de Cartago, 2000.

Anexo 3

**Distribución de la muestra según distrito y segmento seleccionado
Encuesta Basal CARMEN Cartago, 2000**

Distrito	Segmentos existentes	Muestra que corresponde (nh)	Segmentos seleccionados (nh/40)
Total	366	2247	60
Oriental	54	332	9
Occidental	44	270	7
Carmen	51	313	8
San Nicolás	67	411	11
San Francisco	89	546	14
Guadalupe	36	221	6
Dulce Nombre	14	86	3
Quebradilla	11	68	2

Fuente: Ministerio de Salud, et. al. Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área demostrativa de Cartago, 2000.