



## **Estudio de prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia - 2007**

Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas  
(CONALTID)  
Viceministerio de Relaciones Exteriores y Cultos  
Secretaría de Coordinación  
Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas  
Secretaría Técnica

Proyecto Subregional de Información e Investigación sobre Drogas  
en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador,  
Perú y Uruguay

AD/RLA/99/D75/BOL.

## **Agradecimientos:**

A la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA), a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y a los equipos técnicos de los países miembros del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, por el apoyo brindado durante todas las etapas del presente estudio.

## **Equipo técnico:**

Responsables del estudio:	Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, Dirección General de Defensa Social, Jefatura de Prevención Holística. Jonás Rojas, Godofredo Reinicke y Christiam Arce.
Coordinación de la publicación:	Viceministerio de Relaciones Exteriores y Cultos, Secretaría de Coordinación del CONALTID, Unidad de Asuntos Especiales. Froilán Castillo, Dayana Ríos, Juan Carlos Vásquez y Verónica Tamayo.
Recolección de datos:	Encuestas & Estudios – Gallup Internacional.

# INDICE

Pág.

Prefacio .....	5
Presentación .....	7
Introducción .....	9
Resumen ejecutivo y principales conclusiones .....	11
1. Aspectos generales	
1.1. Objetivos .....	15
2. Aspectos metodológicos	
2.1. Selección de unidades muestrales .....	16
2.2. Error de la muestra .....	18
3. Prevalencia de drogas lícitas	
3.1. Prevalencia del consumo de alcohol .....	21
3.2. Problemas asociados al consumo de alcohol .....	24
3.3. Prevalencia del consumo de tabaco .....	26
3.4. Prevalencia del consumo de tranquilizantes .....	28
3.5. Prevalencia del consumo de estimulantes .....	31
4. Prevalencia de drogas ilícitas	
4.1. Prevalencia del consumo de inhalantes .....	34
4.2. Prevalencia del consumo de marihuana .....	37
4.3. Prevalencia del consumo de cocaína .....	41
4.4. Prevalencia del consumo de pasta base .....	45
4.5. Prevalencia del consumo de éxtasis .....	49
4.6. Prevalencia del consumo de "otras drogas" .....	51
5. Factores asociados al uso indebido de drogas	
5.1. El entorno .....	53
5.2. Percepción de riesgo .....	58
5.3. Facilidad de acceso .....	60
5.4. Conflictos con la ley .....	62
5.5. Problemas con la salud y el entorno .....	64
6. Conclusiones .....	65
7. Anexos	
Anexo 1. Glosario de términos .....	67
Anexo 2. Cuestionario .....	76



## PREFACIO

El presente estudio desarrollado por el Gobierno de Bolivia brinda información científica y actualizada sobre el consumo de diferentes drogas en el país.

Ha sido desarrollado en el marco del Sistema Subregional de información sobre drogas, conformado por las instituciones nacionales competentes de Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogen y el Delito (ONUDD) y el asesoramiento técnico de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Desde el año 2.000, los miembros del sistema subregional han venido desarrollando una serie de estudios sobre el consumo de drogas en población general, población escolar y laboral, aplicando metodologías de investigación comunes e intercambiando experiencias para garantizar información confiable, oportuna y comparable dentro de la subregión. En tal sentido, en el año 2006 se ha presentado el primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria. El presente estudio de prevalencia de drogas en la población general forma parte del segundo estudio comparativo del sistema subregional que será publicado.

Es alentador ver que cada vez más se reconoce que los problemas globales, como aquellos relacionados a la producción, el tráfico y el consumo de droga, requieren respuestas globales y concertadas entre los países. El Sistema Subregional de información sobre drogas contribuye a encontrar tales respuestas basadas en la investigación, el análisis y el intercambio de mejores prácticas en la investigación. Sus logros hasta la fecha han generado el interés de varios países de América Latina que se quieren sumar al sistema.

Es nuestro anhelo que este estudio se constituya en un insumo importante para las autoridades nacionales, las organizaciones de la sociedad civil y el mundo académico a la hora de diseñar políticas públicas orientadas a la prevención, rehabilitación y la reinserción social.

Cristina Albertin  
Representante en Bolivia de la Oficina  
de las Naciones Unidas contra la Drogen y el Delito (ONUDD)



## PRESENTACIÓN

Una de las premisas fundamentales de la política de lucha contra el narcotráfico es la diferenciación clara y contundente entre la hoja de coca en su estado natural, y la cocaína como una droga que provoca adicción y daña a la salud humana.

Por una parte, la hoja de coca es elemento sustancial de la historia y cultura de los pueblos originarios y del pueblo boliviano. La Mama Coca o Imal-mama ha sido centro de la espiritualidad y de las relaciones económico-sociales de las poblaciones andino-amazónicas desde hace 3.000 años, merced a sus aplicaciones medicinales y valores nutricionales.

Una de las políticas centrales del Gobierno boliviano es la revalorización y dignificación de la hoja de coca, tanto en su estado natural como en el aprovechamiento de sus propiedades benéficas y el planteamiento de su desclasificación (o retiro) de la Lista I de la Convención Única de Estupefacientes de 1961, instrumento internacional que prohíbe su producción, comercialización y consumo legales.

Por otra parte, el Gobierno Nacional ha reafirmado su firme compromiso de lucha contra la producción, tráfico y consumo de drogas, en el marco de la soberanía y dignidad nacional, el respeto de los derechos humanos, y la responsabilidad compartida con la comunidad internacional.

En este ámbito, las acciones se orientan a reducir el potencial de producción de cocaína en Bolivia mediante acciones de prevención holística y de medidas de control e interdicción. El Presidente de la República, Dn. Evo Morales Ayma, ha descrito esta voluntad política con la frase “Cocaína Cero”.

En el ámbito de la prevención del consumo de drogas, en la “Estrategia de Lucha contra el Narcotráfico y Revalorización de la Hoja de Coca, 2007-2010” se adopta el enfoque de prevención holística enfatizando no sólo en las denominadas drogas ilícitas (como la cocaína y la marihuana), sino también en las drogas lícitas (como el alcohol y tabaco). El activo involucramiento de la sociedad civil en estas tareas es un aspecto fundamental en la perspectiva de potenciar los factores protectores y controlar los factores de riesgo.

En ese marco, por encargo del CONALTID, el Viceministerio de Defensa Social ha encarado el desarrollo del Estudio del consumo de drogas en hogares bolivianos, adoptando una metodología uniforme, tanto para el levantamiento de datos como para el procesamiento y elaboración de informes con el fin de contar con datos comparables en la subregión.

El principal resultado del presente estudio es que, por primera vez, se cuenta con datos oficiales sobre el consumo de drogas en hogares bolivianos. Hasta ahora se tomaba como referencia a las encuestas realizadas por ONGs que, si bien tenían utilidad referencial, no constitúan datos oficiales del Estado boliviano. Lamentablemente, esa información en algunas oportunidades fue políticamente manipulada y generó ciertos mitos en torno a esta problemática.

De los resultados alcanzados en el presente estudio puede advertirse que uno de los principales problemas de la población boliviana es el alto consumo de las drogas lícitas, principalmente de alcohol y tabaco; situación que debe provocar una mayor sensibilidad en la formulación de políticas públicas en la materia.

El presente estudio supone, también, una invitación para que el Estado boliviano proceda periódicamente al levantamiento de datos oficiales sobre el consumo de drogas, tanto en hogares como en estudiantes y otras poblaciones específicas como los universitarios, los trabajadores o los internos en centros penitenciarios, entre otras.

Por lo tanto, este estudio constituye un valioso documento al que puede acudirse para conocer la realidad del consumo de drogas en el país y para imaginar soluciones para enfrentar esta problemática.

Emb. Hugo Fernández Araoz  
Viceministro de Relaciones Exteriores y Cultos  
Secretaría de Coordinación del CONALTID

## INTRODUCCIÓN

En el marco del “Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” y la nueva “Estrategia de Lucha contra el Narcotráfico y Revalorización de la Hoja de Coca 2007-2010”, el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas asume el rol de dirigir el levantamiento de datos sobre la prevalencia del consumo de drogas en hogares durante el primer semestre de 2007.

A diferencia de los que nos precedieron en la administración pública, el actual Gobierno no soslaya la importancia del tema de prevención ni desciuda la política de interdicción. Recordemos como las acciones de anteriores gobiernos se caracterizaron por la represión a los productores de la hoja de coca, criminalizándoles como los generadores del problema, violando los derechos humanos, el derecho a la vida y a la libertad, y provocando heridos y muertos entre nuestros compatriotas.

La problemática de las drogas en los países del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay y, en aquellos países que en diferente intensidad sufren el consumo de drogas, requiere de mecanismos de aplicación de la política pública a través de acciones preventivas. Esta responsabilidad gubernamental se concentra en impulsar procesos de prevención como un mecanismo orientado a disminuir la demanda, trabaja sobre valores y principios y enfoca al ser humano como el eje central de la política. Si bien es un proceso de largo aliento, del que no se obtienen resultados inmediatos, a largo plazo incide de por vida en la conducta del hombre y su entorno social. Por esta razón, consideramos la necesidad de trazar metas y estrategias acordes a nuestra realidad, recuperando la experiencia de otros países.

Bolivia forma parte del mencionado proyecto subregional, que se ejecuta con apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), dependiente de la Organización de Estados Americanos (OEA), y con aportes de recursos propios. Este proyecto le permite a Bolivia utilizar una metodología científica que es aplicada en todos los países miembros del sistema con el objetivo de obtener resultados comparables.

Por lo tanto, el presente estudio, por una parte, responde a la prioritaria necesidad de conocer el estado de situación referente al consumo de drogas lícitas e ilícitas en el país, determinando la magnitud y las características del consumo de drogas en hogares de las diez ciudades principales de Bolivia (nueve ciudades capitales y El Alto). Por otra parte, permite des-

cribir las variaciones que el consumo experimenta ante las diversas condiciones del entorno relacionadas con la persona, la familia y el contexto social; finalmente, determinar la accesibilidad a las drogas, valorando tanto los factores de protección como los de riesgo.

Permite también contar con datos oficiales científicamente obtenidos, facilitando a la comunidad interesada, ya sean estudiosos o analistas del tema y a las instituciones que trabajan en el área, el acceso a una fuente fidedigna de consulta que posibilita salir al paso de instituciones que permanentemente tergiversan los datos para fines contrarios a los intereses nacionales.

Los resultados del estudio se constituyen en un valioso aporte científico con dos objetivos importantes: 1) ubicar al país en el contexto internacional del sistema subregional con análisis comparativos de prevalencia del consumo de drogas en población general entre los países que han utilizado la misma metodología y que incidirá en la corresponsabilidad que tenemos con la sociedad que sufre este problema; 2) orientar a los miembros del Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID) en el diseño de políticas y programas de prevención e interdicción dirigidas a disminuir los niveles de consumo, además de un proceso de concientización a nuestra población con objeto de incidir positivamente en los factores que influyen en sus actitudes y comportamientos.

El compromiso de nuestro gobierno es el de repetir en el futuro esta experiencia de levantamiento de datos en población general y en poblaciones específicas, a objeto de contar con datos actualizados y comparativos para monitorear la aplicación de las políticas públicas.

Con el presente trabajo pretendemos sensibilizar a las instituciones que se ocupan del tema, así como a la ciudadanía, para que se abra el debate a partir de información confiable, a fin de promover nuevas y diversas iniciativas en el abordaje de la problemática de las drogas.

Felipe Cáceres García  
Viceministro de Defensa Social y Sustancias Controladas  
Secretaría Técnica del CONALTID

## **RESUMEN EJECUTIVO Y PRINCIPALES CONCLUSIONES**

El presente estudio responde a la necesidad de contar con datos oficiales sobre prevalencia del consumo de drogas en el país y cuenta con el apoyo financiero de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA) y el Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONAL-TID).

El estudio realizado en población comprendida entre los 12 a 65 años en diez ciudades de Bolivia tiene por objeto estudiar los diferentes aspectos relacionados con el consumo de drogas lícitas e ilícitas. Se estima la magnitud de consumo evaluada a través de las prevalencias de consumo: alguna vez en la vida, alguna vez en el último año (consumo reciente) y alguna vez en los últimos 30 días (consumo actual).

Asimismo se estimó el consumo de las drogas de mayor uso en Bolivia (alcohol y tabaco), la percepción de riesgo asociada al consumo frecuente de drogas, la facilidad de acceso a ellas, y la oferta de éstas que han recibido las personas en el último año.

En ese sentido, y haciendo uso de la metodología de investigación diseñada por la CICAD a través del Observatorio Interamericano de Drogas (OID), que fue aplicada en el Sistema Subregional de Investigación e Información sobre Drogas compuesto por Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, se encargó a la empresa Encuestas & Estudios Gallup Internacional el levantamiento de datos en el primer semestre del 2007 en diez ciudades de Bolivia, con población urbana de todo nivel socio-económico de 12 a 65 años de edad.

Esta metodología se utilizó con el fin de poder comparar los resultados obtenidos en Bolivia con los alcanzados en otros países del Sistema, cuyos objetivos comunes eran:

- Determinar las prevalencias de vida, año y mes del consumo de alcohol y tabaco.
- Determinar la incidencia del consumo de alcohol en el comportamiento.

- Determinar las prevalencias de vida, año y mes del consumo de drogas legales de uso indebido y sustancias inhalables.
- Determinar las prevalencias de vida, año y mes del consumo de drogas ilícitas.
- Determinar la distribución de los factores de riesgo y protección asociados al consumo, tales como percepción de riesgo, percepción de facilidad de acceso a las diferentes drogas ilícitas y oferta de las mismas.
- Evaluar la relación entre el consumo drogas y los factores de riesgo.

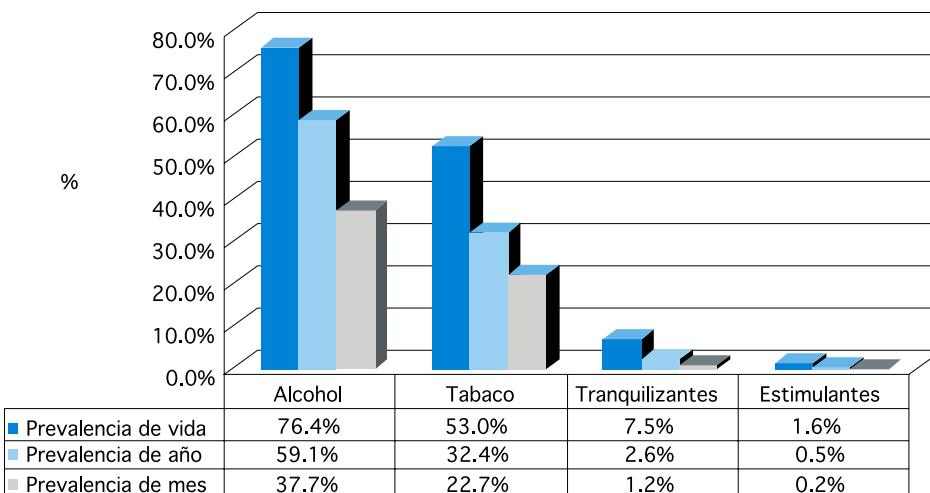
Las encuestas se realizaron bajo la modalidad cara a cara. Las etapas previas respondieron a exigencias del sistema subregional que incluyen: el diseño de los manuales, la capacitación de supervisores y encuestadores que, en este caso, fueron psicólogos contratados específicamente para este cometido, la prueba piloto y el trabajo de campo propiamente dicho.

El universo estuvo compuesto por 3.254.256 personas entre 12 y 65 años de los diez dominios de estimación conformados por las ciudades de Santa Cruz, La Paz, Cochabamba, Sucre, Oruro, Tarija, Potosí, Cobija, Trinidad y El Alto. Se seleccionó la muestra aleatoria basada en un diseño estratificado compuesto por conglomerados elegidos con probabilidad proporcional en cada ciudad, multietápico, pues contempló la selección de manzanas en la primera etapa, hogares en la segunda etapa y una persona en cada hogar como tercera etapa. El tamaño de la muestra efectiva, es decir el número de personas que fueron entrevistadas, fue de 9.533 personas.

Los principales resultados de este estudio son:

- Con relación al consumo, las drogas de mayor uso son el alcohol y el tabaco, seguidas por los tranquilizantes, los inhalantes y la marihuana.
- El alcohol tiene una prevalencia de vida del 76%, anual del 59% y mensual del 38%. Consumen alcohol principalmente las personas comprendidas entre 25 y 35 años (prevalencias de vida 90.8%, año 73.6% y mes 48.3%).
- La percepción de alto riesgo alcanza a 81% para el consumo frecuente de alcohol. Una de cada tres personas que consumieron alcohol en el último año (33%), tuvo dos o más problemas.
- El consumo de tabaco es el segundo más alto. La prevalencia de vida es de 53%, la anual de 32% y la mensual de 23%. El grupo etario que presenta mayor frecuencia de consumo se encuentra entre los hombres de 18 a 24 años.

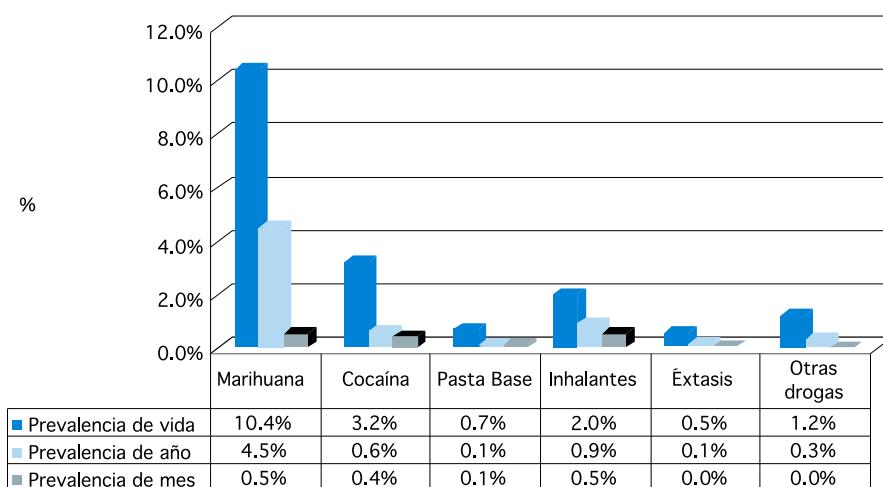
**Gráfico N° 1**  
**Prevalencia del consumo de drogas lícitas**



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

- La prevalencia del consumo de tranquilizantes es significativamente menor a la del tabaco y del alcohol, y menor incluso a la de marihuana. El 8% ha probado tranquilizantes alguna vez en la vida.
- Es llamativo el consumo de tranquilizantes en la ciudad de Oruro, que es superior al promedio general tanto a nivel de prevalencia de vida (14% Oruro y 8% promedio general), como a nivel de prevalencia anual (8% Oruro y 3% general), y a nivel de prevalencia mensual (4% Oruro y 1% general).

**Gráfico N° 2**  
**Prevalencia del consumo de drogas ilícitas**



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

- Las drogas ilícitas tienen un menor nivel de prevalencia que las lícitas. La sustancia de mayor consumo es la marihuana, con una prevalencia de vida de 10%, anual de 4.5% y mensual de 0.5%.
- A diferencia del alcohol, el consumo de drogas ilícitas tiende a concentrarse en segmentos de edad más bajos, especialmente entre los hombres de 18 a 24 años.
- La Paz es la ciudad de mayor prevalencia de consumo en alcohol, tabaco y marihuana.
- Santa Cruz y Trinidad tienen una prevalencia de vida algo mayor en consumo de cocaína.
- El 22% de la población encuestada (1 de cada 5 personas) ha estado expuesta a la venta de drogas ilícitas: marihuana en La Paz, y cocaína en Santa Cruz y Trinidad.
- La población más expuesta está constituida por los consumidores potenciales: hombres de 18 a 24 años y de 25 a 35 años, en segundo lugar.
- En general, los varones presentan mayor consumo en casi todas las drogas, exceptuando el uso de tranquilizantes.
- Las edades promedio de inicio del consumo de drogas varían de acuerdo a la droga estudiada.
- Las personas que refieren tener problemas con su entorno causadas por el consumo excesivo de drogas, son varones de edades intermedias y consumidores de cocaína y, en menor grado, los que consumen alcohol.
- La percepción de riesgo para el consumo frecuente de cualquier droga, tanto licita como ilícita, es alta. En general, más del 70% de la población encuestada considera que consumir frecuentemente cualquier droga representa gran riesgo para la salud.
- Dentro de los factores protectores estudiados, aproximadamente el 40% de las personas refiere que no podían o les es difícil conseguir drogas; el 79% no tiene amigos o familiares que consuman drogas; el 84% no ha tenido ninguna probabilidad de probar alguna droga; y el 86% dice que no ha tenido curiosidad por probar drogas.

## 1. ASPECTOS GENERALES

### 1.1. Objetivos

El objetivo principal del estudio consistió en conocer la magnitud y características del consumo de drogas lícitas e ilícitas en la sociedad boliviana, aplicando una encuesta en ciudades con más de 30.000 habitantes (nueve ciudades capitales y El Alto) y consideró un rango de 12 a 65 años de edad en cada una de ellas.

Para el análisis se procedió a correlaciones de variables, considerando, por ejemplo, el rol que desempeñan los consumidores de drogas al interior de sus hogares, la frecuencia del consumo, algunos de los motivos que los inducen a esta actividad y otros elementos afines.

Del objetivo principal se desprendieron los siguientes objetivos específicos:

- Establecer un perfil epidemiológico del consumo de drogas, lícitas e ilícitas, en los hogares bolivianos.
- Explorar e identificar los factores y prácticas socio-culturales que inducen al inicio y la habituación del consumo de drogas, particularmente aquellas que se relacionan al consumo de sustancias poco investigadas en nuestro medio, tales como anfetaminas y éxtasis.
- Comparar características e indicadores de consumo, percepción de riesgo y facilidad de acceso con los resultados obtenidos en Argentina, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay.

## 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

En el presente capítulo se presenta la metodología implementada que garantiza la fidelidad en la recolección de datos y el análisis de los mismos. Cabe reiterar que la metodología utilizada fue sugerida por la CICAD e implementada por personal técnico del Gobierno de Bolivia.

### 2.1. Selección de unidades muestrales

1.- El **universo** lo constituye las diez ciudades objeto de estudio, vale decir: Santa Cruz, Cochabamba, La Paz, Sucre, Oruro, Tarija, Potosí, Cobija, Trinidad, y El Alto. De acuerdo a proyecciones finales del Instituto Nacional de Estadística (INE), para el 2007 se contaba con la siguiente población entre 12 y 65 años.

**Cuadro N° 1**  
**Distribución del universo**

Ciudades	Población de 12 a 65 años
La Paz	667,229
Santa Cruz	1.005,702
Cochabamba	456,669
Oruro	144,546
Sucre	168,704
Potosí	94,943
Cobija	22,069
Tarija	124,510
Trinidad	66,406
El Alto	503,478
<b>Total</b>	<b>3,254,256</b>

2.- **Las unidades de muestreo** de la primera etapa se obtuvieron de la partición territorial de cada una de esas ciudades, quedando conformados conglomerados geográficos o secciones bien delimitados por Unidades Primarias de Muestreo (UPMs).

3.- **La selección de las unidades de muestreo** se hizo con probabilidad proporcional a la cantidad de habitantes en cada ciudad. Dentro de cada UPM se seleccionaron los predios con probabilidad proporcional a la cantidad en cada UPM. La probabilidad de selección del predio "i":

$$PROBhi = \frac{nh \cdot Mhi}{Mh}$$

Siendo:

Mh = Número de predios en el estrato "h", según el Censo de Población y Vivienda del 2001 actualizado a 2006 por Encuestas y Estudios (E&E).

Mhi = Número de predios en la sección “i” del estrato, según el censo 2001 actualizado a 2006 por E&E  
nh = Número de secciones de la muestra en el estrato “h”.

Los hogares existentes en las secciones seleccionadas constituyen las unidades de muestreo de segunda etapa. Dentro de cada unidad de primera etapa los hogares se seleccionaron con probabilidades iguales. Para la selección de hogares se usó una tabla de aleatorios de Kish.

La probabilidad de selección de la vivienda “j”, en la sección “i”, estrato “h”

$$PROBhij = \frac{mhi}{Mhi}$$

Siendo:

Mhi= Número de viviendas actualizadas en la sección “i” del estrato “h”

mhi = Número de viviendas en la muestra en la sección “i” del estrato “h”

En una tercera etapa se eligió a una persona de entre 12 y 65 años en cada vivienda seleccionada y con igual probabilidad.

Para la selección de la persona a entrevistar se usó una tabla de aleatorios dependiente del número del cuestionario y el número de personas existentes en el hogar.

La probabilidad de selección de la persona “p”, en el hogar “j”, de la sección “i”, del estrato “h”:

$$PROBhijp = \frac{Phij}{Phij^*}$$

Phij\* = Número de personas de entre 12 y 65 años en la vivienda de la “j” sección “i”, del estrato “h”

Phij = Número de personas de entre 12 y 65 años en la muestra de la vivienda “j” de la sección “i”, del estrato “h”

La persona seleccionada es considerada como unidad de análisis de la encuesta.

- 4.- La selección aleatoria de los hogares donde se realizaron las entrevistas.
- 5.- La selección aleatoria de la persona que entrevistó dentro del hogar.
- 6.- El retorno en al menos una ocasión para concretar la cita si el entrevistado está ausente o no disponible antes de declarar rechazo.
- 7.- Para todos los casos en que hubo rechazo, se seleccionaron hogares sustitutos.

## 2.2. Error de la muestra

Para el cálculo del error se hicieron las siguientes consideraciones:

1. **Dentro de las ciudades de destino**: de estimación, uno por ciudad.
2. **Nivel de confianza**: nivel de confianza de 95%, con un margen de error máximo permisible de más o menos 3.5%.
3. **El efecto diseño**: Se siguió una metodología de selección aleatoria polietápica de informantes sobre una distribución por cupos desproporcionados por ciudad y se asume un efecto de diseño de 1.06%. A ello se debe sumar un 1.032% por problemas de actualización cartográfica.
4. **Ajustes por No Responder**: son relevantes, tal como se indica en el cuadro siguiente. Con el propósito de obtener una muestra efectiva de 9.533 entrevistas, se requirió de 14.166 intentos, es decir una tasa de rechazo de 32.7% que se encuentra dentro de los márgenes establecidos para este tipo de estudios.

**Cuadro 2**  
**Distribución de la tasa de rechazo**

POR TIPO DE RECHAZO	%
Persona seleccionada no disponible	38.97
Negativa de persona a la entrevista	28.78
Lugar seleccionado no es un hogar	8.97
No vive nadie/casa deshabitada	15.82
No hay nadie entre 12 y 65 años	6.23
Entrevista interrumpida/faltó tiempo	1.23
<b>TOTAL RECHAZOS</b>	<b>100.00</b>

## 5. Factor de expansión

De acuerdo con el diseño propuesto, este factor corresponde al aplicado a una muestra en tres etapas, asignándole un factor de expansión a cada persona seleccionada que depende del número de personas de entre 12 y 65 años que tiene la vivienda, el número de viviendas que tiene la sección o conglomerado o UPM y el número de secciones que tiene el estrato o ciudad.

El factor de expansión se puede interpretar como la cantidad de personas en la población que representa una persona de la muestra. En general, es distinto para cada ciudad y esa diferencia proviene del hecho que la muestra que se sugiere no es autoponderada.

Por otra parte, incluye un ajuste de población de personas entre 12 y 65 años de edad en cada una de las áreas para aumentar la precisión de las estimaciones departamentales y nacionales.

Su algoritmo es:

$$Fhij = \frac{Mh}{Mhi \cdot nh} \times \frac{Mhi'}{Mhi} \times \frac{Phij^o}{Phij} \times \frac{Ph^o}{Ph}$$

Siendo:

M<sub>h</sub> = Número de viviendas en el estrato "h" según el censo de población y viviendas de 2001 actualizado a 2006.

M<sub>hi</sub> = Número de viviendas en la sección "i", del estrato "h", según el censo 2001 actualizado a 2006.

M<sub>hi'</sub> = Número de viviendas actualizadas en la sección "i", del estrato "h".

P<sub>hij°</sub> = Número de personas de entre 12 y 65 años en la vivienda "j" de la sección "i", del estrato "h".

P<sub>hij</sub> = Número de personas de entre 12 y 65 años en la muestra de la vivienda "j" de la sección "i", en el estrato "h".

P<sub>h°</sub> = Número de personas entre 12 y 65 años según Censo de Población y Vivienda 2001 actualizado a 2006, en el estrato "h".

P<sub>h</sub> = Número de personas estimadas entre 12 y 65 años en el estrato "h".

n<sub>h</sub> = Número de secciones de la muestra en el estrato "h".

La estimación de un total dado para una variable se obtiene, primero, multiplicando el valor de la variable en cada persona por su factor de expansión y luego sumando sobre todas las personas de la muestra.

Con los cálculos indicados es posible calcular el error por ciudad. La muestra originalmente planificada es indicada en la tercera columna, la muestra efectiva obtenida para cada una de las ciudades objeto de estudio se presenta en la cuarta columna, el error de la muestra se señala en la quinta columna; finalmente, el número de aleatorios escogidos para llegar a la muestra efectiva final figura en la última columna.

**Cuadro 3**  
**Universo, muestra teórica, muestra final y cálculo de error**

Ciudades	Población de 12 a 65 años	Muestra teórica ONUDD	Muestra efectiva final	Error	Total aleatorios Utilizados
<b>La Paz</b>	667,229	1164	1,170	3.00%	1,968
<b>Santa Cruz</b>	1,005,702	586	1,155	3.02%	1,465
<b>Cochabamba</b>	456,669	586	1,050	3.17%	1,629
<b>Oruro</b>	144,546	586	854	3.51%	1,427
<b>Sucre</b>	168,704	582	857	3.50%	985
<b>Potosí</b>	94,943	562	849	3.51%	949
<b>Cobija</b>	22,069	562	844	3.47%	1,341
<b>Tarija</b>	124,510	562	848	3.52%	917
<b>Trinidad</b>	66,406	565	850	3.50%	1,245
<b>El Alto</b>	503,478	579	1,056	3.16%	2,240
<b>Total</b>	<b>3,254,256</b>	<b>6,394</b>	<b>9,533</b>	<b>1.05%</b>	<b>14,166</b>

Se agrega el cálculo de error por tipo de droga, diferenciando para cada droga y para prevalencia de mes, año y vida.

**Cuadro 4**  
*Error calculado por prevalencias de vida, año y mes*

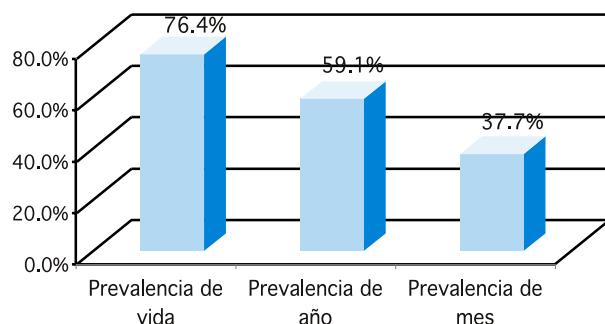
	Muestra Mes	Error	Muestra año	Error	Muestra vida	Error
<b>Tabaco</b>	3000	1.88%	5054	1.44%	9533	1.05%
<b>Alcohol</b>	5470	1.39%	7291	1.20%	9533	1.05%
<b>Tranquilizantes</b>	284	6.10%	741	3.77%	9533	1.05%
<b>Estimulantes</b>	54	13.98%	144	8.56%	9533	1.05%
<b>Inhalantes</b>	65	12.75%	147	8.48%	9533	1.05%
<b>Marihuana</b>	136	8.81%	727	3.81%	9533	1.05%
<b>Cocaína</b>	30	18.76%	275	6.20%	9533	1.05%
<b>Pasta Base</b>	13	28.50%	107	9.93%	9533	1.05%
<b>Éxtasis</b>	5	45.96%	26	20.15%	9533	1.05%
<b>Otras</b>	7	38.84%	96	10.49%	9533	1.05%

### 3. PREVALENCIA DE DROGAS LÍCITAS

#### 3.1. Prevalencia del consumo de alcohol

El alcohol es la droga lícita<sup>1</sup> de mayor consumo en el país. Es así que aproximadamente tres de cada cuatro personas en el país (76%) refieren haber consumido alcohol alguna vez en su vida (prevalencia de vida), seis de cada diez lo han hecho el último año (prevalencia de año), y cuatro de cada diez el último mes (prevalencia de mes) (Gráfico 3).

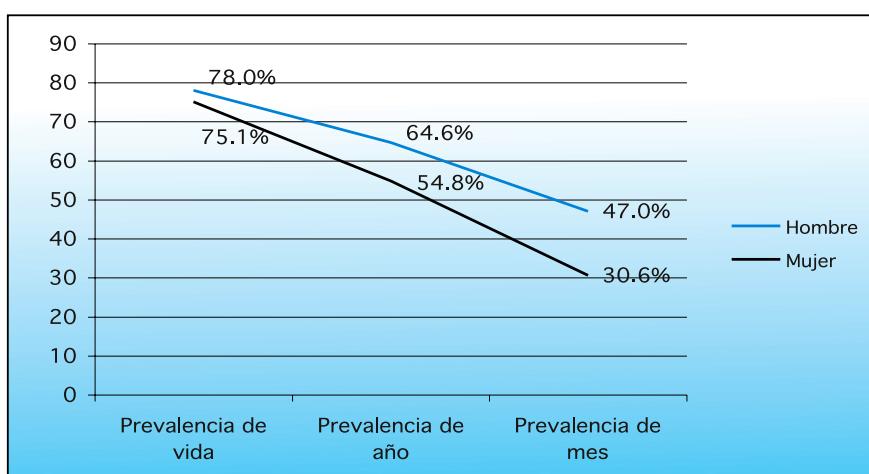
**Gráfico 3**  
*Prevalencia del consumo de alcohol*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Si se disagrega esta información, tanto por ciudad, como por grupos etarios y por género, se encuentra que los varones consumen más bebidas alcohólicas. Aunque también no deja de ser preocupante el consumo de esta sustancia por parte de las mujeres (Gráfico 4).

**Gráfico 4**  
*Prevalencia del consumo de alcohol según género*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

<sup>1</sup> Son consideradas drogas lícitas el alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes utilizados sin prescripción médica.

A nivel de la prevalencia de vida, las ciudades con mayor consumo son Santa Cruz y Sucre; y las ciudades con menor consumo son Tarija y El Alto. Pero en lo que respecta al consumo mensual, La Paz y Santa Cruz registran el mayor consumo a nivel nacional.

Respecto al grupo etario con mayor prevalencia, las personas comprendidas entre 25 y 35 años son el grupo con mayor consumo, tanto en prevalencia de vida (90.8%), como de año (73.6%) y de mes (48.3%). El grupo que presenta menor consumo es el de 12 a 17 años de edad (Cuadro No. 5).

Asimismo, se obtuvo la edad promedio de inicio del consumo de alcohol que, para esta población en particular, es de 19 años de edad (18.71 años).

**Cuadro 5**  
**Prevalencia del consumo de alcohol**  
**según grupos etarios y ciudades**

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL			
	Mes	Año	Vida
<b>12 a 17 años</b>	8.0%	23.2%	30.7%
<b>18 a 24 años</b>	44.8%	66.9%	83.7%
<b>25 a 35 años</b>	48.3%	73.6%	90.8%
<b>36 a 50 años</b>	45.1%	69.9%	91.3%
<b>51 a 65 años</b>	44.4%	62.6%	90.5%
<b>La Paz</b>	46.5%	64.3%	80.3%
<b>Santa Cruz</b>	40.6%	66.7%	85.7%
<b>Cochabamba</b>	37.3%	53.2%	69.9%
<b>Oruro</b>	27.6%	49.4%	69.2%
<b>Sucre</b>	36.4%	67.6%	81.0%
<b>Potosí</b>	34.6%	53.8%	74.5%
<b>Cobija</b>	33.5%	52.7%	74.5%
<b>Tarija</b>	29.0%	37.6%	49.2%
<b>Trinidad</b>	38.7%	56.6%	73.4%
<b>El Alto</b>	27.1%	49.3%	66.5%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Desde el punto de vista de la frecuencia, lo que más llama la atención es el consumo ocasional, ya que el 67.47% de los que refieren haber consumido el último mes lo hacen sólo en eventos sociales; el 23.08% sólo fines de semana; y solamente el 0.86% lo hace diariamente. Pero no deja de ser preocupante el consumo a nivel de la semana (algunos días de la semana + fines de semana), que suma un 32% (Cuadro 6).

**Cuadro 6**  
*Frecuencia de consumo de las bebidas alcohólicas*

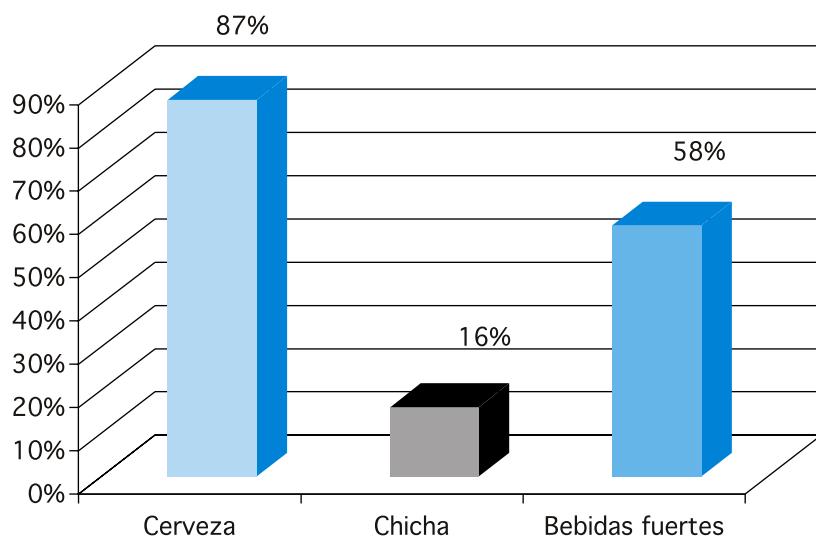
<b>FRECUENCIA DE CONSUMO DEL ALCOHOL</b>		%
Diariamente		0.86
Algunos días de la semana		8.59
Fines de semana		23.08
Solo en eventos sociales		67.47
		100.00

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

La bebida alcohólica con mayor nivel de consumo en el último mes es la cerveza, ya que nueve de cada diez personas que refieren haberlo hecho, consumieron cerveza. En segundo lugar de consumo están las bebidas fuertes (singani, ron y whisky) y muy por debajo está la chicha (Gráfico 5).

Las ciudades donde más se consumió cerveza durante el último mes antes de la encuesta son: El Alto (96%) y Trinidad (95%). En cambio, el mayor consumo de bebidas fuertes se da en Potosí (84%) y en La Paz (73%). El consumo de chicha en el último mes es mayor en Cochabamba (51%) y en Sucre (38%).

**Gráfico 5**  
*Tipo de bebidas consumidas durante el último mes*

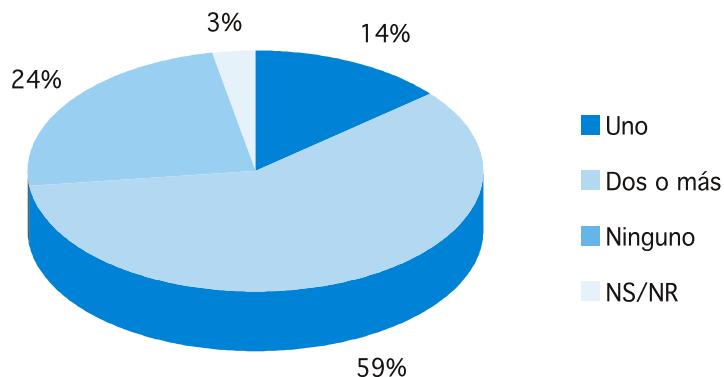


CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

### 3.2. Problemas asociados al consumo de alcohol

El entorno de alto consumo afecta directamente en el consumo de los entrevistados, ya que el 59% refiere tener dos o más parientes o amigos que se emborrachan (Gráfico 6).

**Gráfico 6**  
*Porcentaje de parientes o amigos que se emborrachan*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Si se cruza la variable “tener parientes o amigos que se emborrachan” con la “prevalencia de vida”, se obtiene que el 61% de los entrevistados que refieren haber consumido alguna vez en su vida bebidas alcohólicas, tienen dos o más parientes o amigos que se emborrachan. Este hecho significa que cuanto más contaminado está el entorno de la persona, existe mayor riesgo de consumo de alcohol (Cuadro 7).

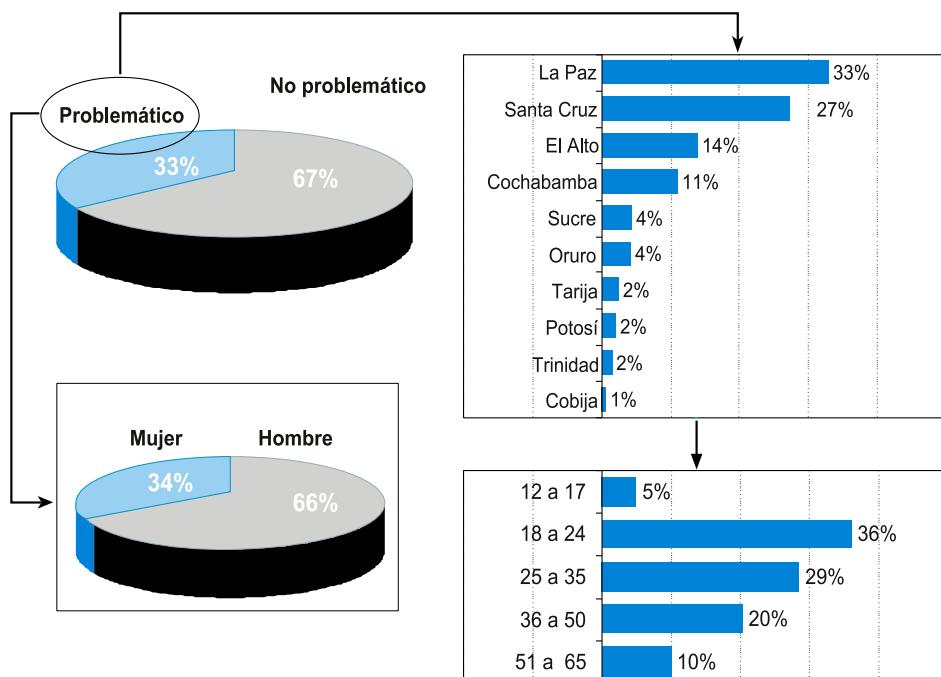
**Cuadro 7**  
*Prevalencia de vida vs. familiares  
o amigos que se emborrachan*

	Ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida			
		Si	No	Total
Tiene amigos o familiares que se emborrachan	NS/NR	1.7%	7.0%	2.9%
	Ninguno	22.8%	27.3%	23.9%
	Uno	14.6%	13.4%	14.3%
	Dos o más	60.9%	52.3%	58.8%
	<b>Total:</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Según la Encuesta Breve del Bebedor Anormal (EBBA), que permite identificar tendencias problemáticas en los que han consumido alcohol durante los últimos doce meses antes de la encuesta, uno de cada tres consumidores de alcohol ha tenido dos o más problemas asociados a esta práctica.

**Gráfico 7**  
**Encuesta breve del bebedor anormal,  
 según grupos etarios y ciudades**



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Los problemas con el entorno a causa del alcohol, tanto en hombres como en mujeres, van desde las agresiones físicas, pasando por problemas laborales hasta conflictos con la ley; lo más llamativo es que el 26% de los bebedores problemáticos tuvieron problemas con su familia y el 24% con quienes le rodean (Cuadro 8).

**Cuadro 8**  
**Problemas con el entorno a  
 causa del consumo de alcohol**

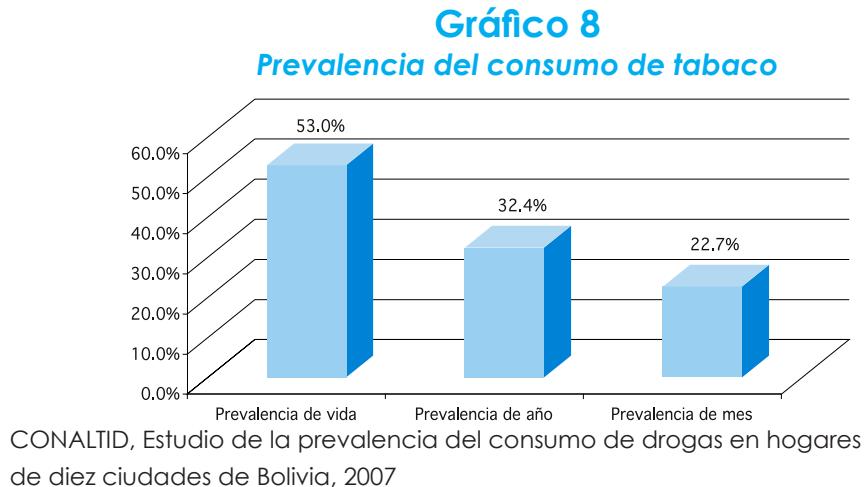
PROBLEMAS CON EL ENTORNO A CAUSA DEL ALCOHOL	SI
Con su pareja	18.3%
Con sus amigos	8.7%
Con quienes le rodean	24.0%
Con trabajo o estudio	13.8%
Con su propia integridad física	20.7%
Con la autoridad pública o ley	9.4%
Con la familia	25.8%
Peleas, golpes o agresiones	17.4%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

### 3.3. Prevalencia del consumo de tabaco

El tabaco es la segunda droga con mayor prevalencia de consumo entre la población.

El 53% de los entrevistados ha consumido tabaco alguna vez en su vida. El 32% lo ha hecho el último año y el 23% ha consumido tabaco el último mes antes de la encuesta (Gráfico 8).



La mayor prevalencia del consumo de tabaco se presenta en la ciudad de La Paz (65% de prevalencia de vida, 45% prevalencia anual y 35% prevalencia mensual) (Cuadro 9). En un segundo lugar, pero a distancia considerable, están las ciudades de Sucre, Cobija, Trinidad y Potosí. Las ciudades donde menos se consume tabaco son Tarija, Cochabamba y El Alto.

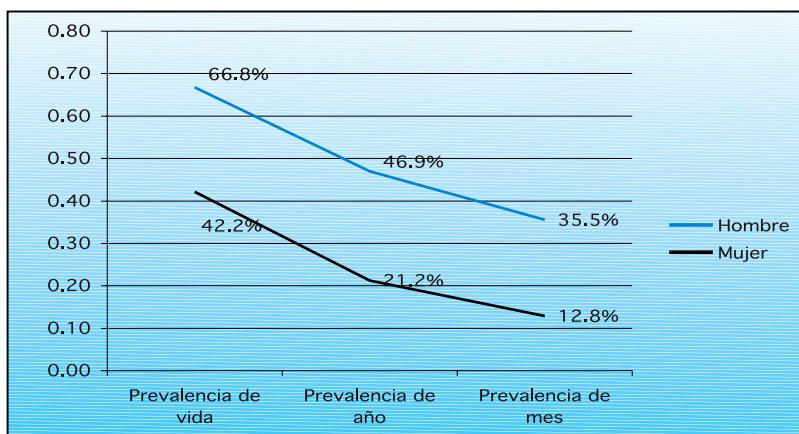
**Cuadro 9**  
*Prevalencia del consumo de tabaco  
según grupos etarios y ciudades*

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO			
	Mes	Año	Vida
<b>12 a 17 años</b>	6.0%	12.5%	18.7%
<b>18 a 24 años</b>	32.0%	43.7%	62.2%
<b>25 a 35 años</b>	27.4%	38.0%	60.6%
<b>36 a 50 años</b>	25.9%	37.2%	64.3%
<b>51 a 65 años</b>	19.8%	27.3%	61.6%
<b>La Paz</b>	35.4%	44.6%	64.6%
<b>Santa Cruz</b>	20.5%	30.7%	53.3%
<b>Cochabamba</b>	16.6%	24.3%	44.4%
<b>Oruro</b>	20.5%	32.4%	51.2%
<b>Sucre</b>	26.3%	34.5%	47.9%
<b>Potosí</b>	23.5%	35.0%	56.8%
<b>Cobija</b>	25.2%	33.1%	54.5%
<b>Tarija</b>	14.2%	17.7%	26.9%
<b>Trinidad</b>	24.3%	29.9%	47.8%
<b>El Alto</b>	16.9%	29.7%	53.3%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

El consumo de tabaco es sobre todo masculino. Mientras que el 36% de los hombres ha consumido esta droga en el último mes, sólo el 13% de mujeres lo ha hecho en ese período. Es decir, por cada dos hombres que consumen tabaco hay una mujer que consume esta droga (Gráfico 9). A diferencia del consumo de alcohol, la prevalencia mensual del consumo de tabaco tiende a concentrarse en los jóvenes de 18 a 24 años (32% de prevalencia mensual). La edad promedio de inicio de consumo de tabaco es de 19 años (18 años hombres y 20 mujeres).

**Gráfico 9**  
*Prevalencia del consumo de alcohol según género*



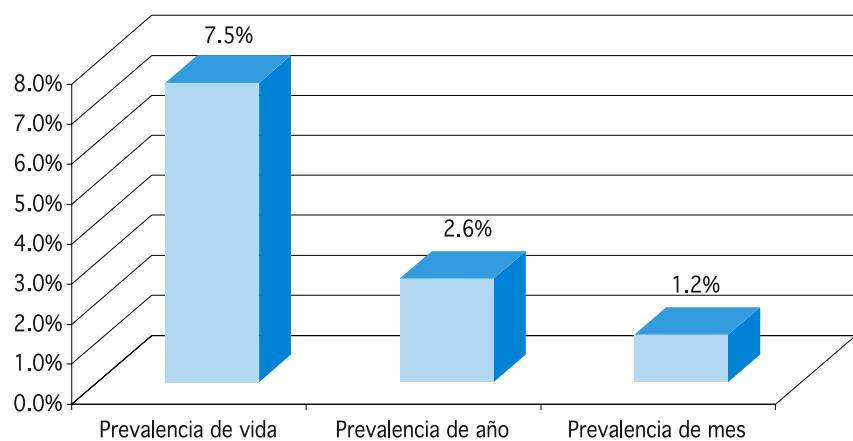
CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Respecto del número promedio de cigarrillos consumidos en el último mes, se tiene que el consumo es de cuatro por día.

### 3.4. Prevalencia del consumo de tranquilizantes

La prevalencia del consumo de tranquilizantes<sup>2</sup> es significativamente menor a la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco: 8% de prevalencia de vida, 3% de prevalencia anual y 1% de prevalencia de mes en consumo de tranquilizantes sin receta médica (Gráfico 10).

**Gráfico 10**  
*Prevalencia del consumo de tranquilizantes*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

La prevalencia del consumo de tranquilizantes es mayor en Oruro (14% de vida, 8% anual y 4% mensual), en segundo lugar está Santa Cruz, y las ciudades con menores niveles de consumo de tranquilizantes son: El Alto, Tarija y Trinidad.

La prevalencia del consumo de tranquilizantes entre hombres y mujeres es similar (Gráfico 11). En cuanto a edad, el consumo tiende a ser mayor a partir de los 25 años, especialmente si se considera la prevalencia de vida y anual (Cuadro 10).

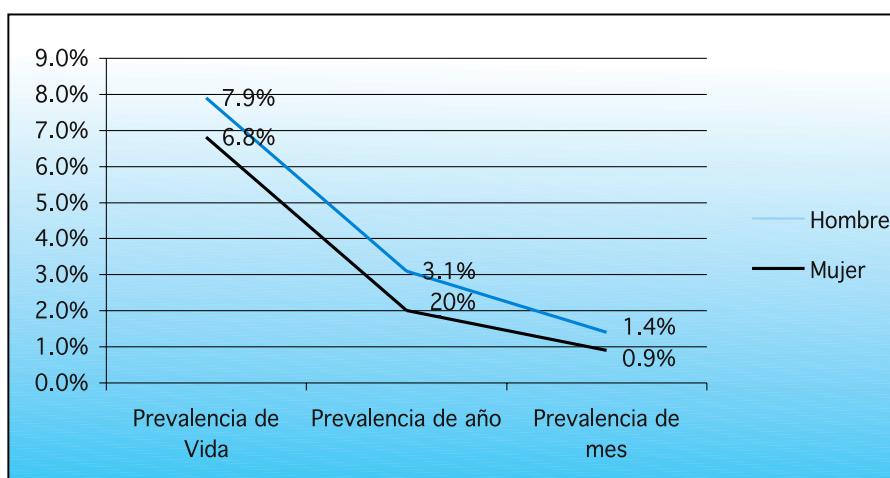
<sup>2</sup> Son considerados tranquilizantes los benzodiacepinicos (alprazolan, diazepam, valium, ansietil, lorazepan, rohypnol, neuryl, lexotan, bromazepan) y no-benzodiacepínicos (somniclona, rhem, somit, zolnox), que son utilizados sin prescripción médica.

**Cuadro 10**  
**Prevalencia del consumo de tranquilizantes**  
**según grupos etarios y por ciudades**

<b>PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES</b>			
	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Vida</b>
<b>12 a 17 años</b>	0.2%	0.9%	2.7%
<b>18 a 24 años</b>	0.5%	2.1%	6.7%
<b>25 a 35 años</b>	2.2%	3.7%	10.0%
<b>36 a 50 años</b>	2.0%	3.7%	9.2%
<b>51 a 65 años</b>	1.3%	3.1%	9.7%
<b>La Paz</b>	0.6%	1.6%	6.1%
<b>Santa Cruz</b>	1.6%	3.7%	9.7%
<b>Cochabamba</b>	1.4%	2.3%	9.2%
<b>Oruro</b>	4.0%	7.8%	13.5%
<b>Sucre</b>	0.7%	2.3%	5.8%
<b>Potosí</b>	2.1%	4.3%	7.1%
<b>Cobija</b>	1.4%	2.3%	5.5%
<b>Tarija</b>	0.8%	2.1%	4.3%
<b>Trinidad</b>	0.5%	1.4%	4.2%
<b>El Alto</b>	0.3%	0.8%	3.4%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

**Gráfico 11**  
**Prevalencia del consumo de**  
**tranquilizantes según género**

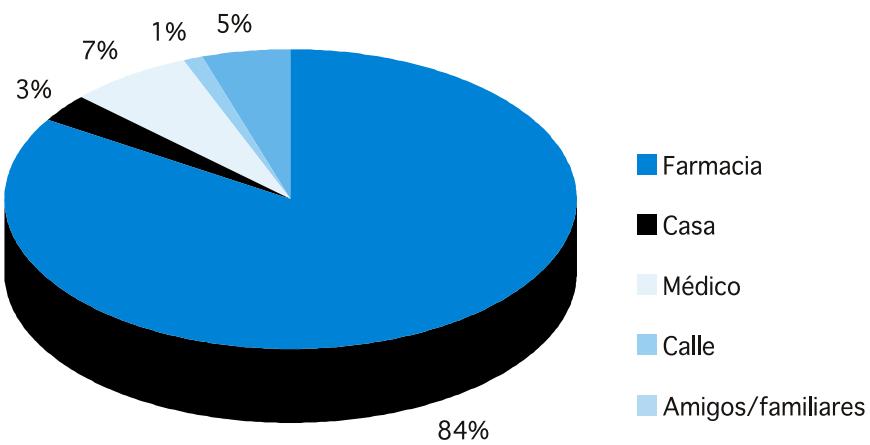


CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Los datos indican que la prevalencia es mayor a medida que aumenta la edad. Asimismo, la edad promedio de inicio del consumo de tranquilizantes es de 28 años (27.62), y la gente que refiere haber consumido estas drogas lo hace en promedio seis días seguidos sin prescripción médica.

La principal fuente de abastecimiento de tranquilizantes es la farmacia (84%), pero llama la atención el abastecimiento a través de los médicos (7%) y la casa (3%) (Gráfico 12).

**Gráfico 12**  
*Fuente de abastecimiento de tranquilizantes*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

### 3.4. Prevalencia del consumo de estimulantes

La prevalencia de consumo de estimulantes<sup>3</sup> es más baja que la del consumo de tranquilizantes. Sólo el 1,6% de la muestra afirmó haber consumido estimulantes alguna vez en su vida (Gráfico 13).



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Cuando se toma en cuenta la prevalencia del consumo de estimulantes por ciudad, se constata que Oruro tiene mayores niveles de consumo en comparación con las otras ciudades (Cuadro 11). Se trata de una tendencia similar a la observada en el consumo de tranquilizantes.

Respecto al análisis por grupos etarios, se encuentra dos edades críticas para el consumo: de 18 a 24 años de edad (edad universitaria) y de 36 a 50 años (poco antes de entrar a la tercera edad). Los varones usan más estimulantes que las mujeres (Gráfico 14).

La edad promedio de inicio de consumo de tranquilizantes es de 25 años (24.99), y se consume sin prescripción médica en promedio 3 días seguidos.

<sup>3</sup> Son considerados como estimulantes las anfetaminas (ritalina, metilfenidato, cylert, cidrín, anfepramona) y metanfetaminas (desoxiefedrina, derivados de la efedrina y pseudoefedrina)

**Cuadro 11**

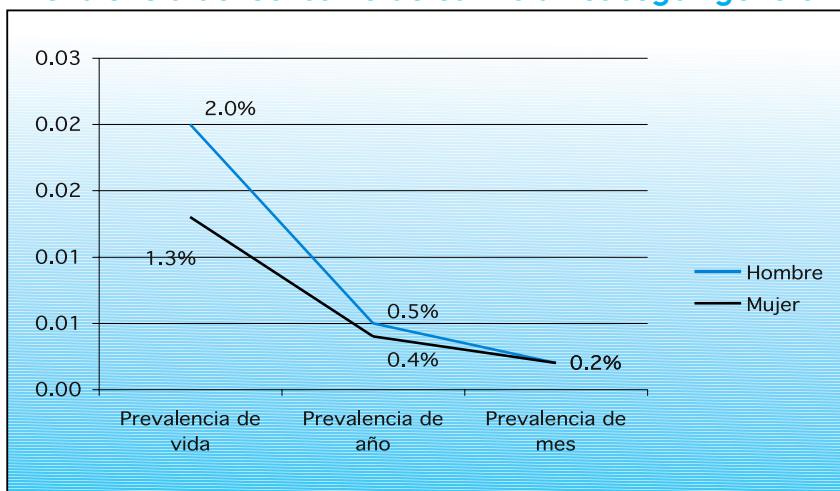
*Prevalencia del consumo de estimulantes  
según grupos etarios y por ciudades*

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ESTIMULANTES			
	Mes	Año	Vida
<b>12 a 17 años</b>	0.0%	0.2%	0.5%
<b>18 a 24 años</b>	0.1%	0.5%	2.2%
<b>25 a 35 años</b>	0.1%	0.3%	1.1%
<b>36 a 50 años</b>	0.4%	0.9%	2.4%
<b>51 a 65 años</b>	0.3%	0.4%	2.0%
<b>La Paz</b>	0.1%	0.2%	2.2%
<b>Santa Cruz</b>	0.3%	0.6%	1.8%
<b>Cochabamba</b>	0.2%	0.5%	1.5%
<b>Oruro</b>	0.4%	2.1%	3.0%
<b>Sucre</b>	0.1%	0.5%	1.6%
<b>Potosí</b>	0.0%	0.0%	0.9%
<b>Cobija</b>	0.1%	0.1%	0.7%
<b>Tarija</b>	0.3%	0.6%	1.0%
<b>Trinidad</b>	0.1%	0.1%	0.2%
<b>El Alto</b>	0.1%	0.2%	0.8%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

**Gráfico 14**

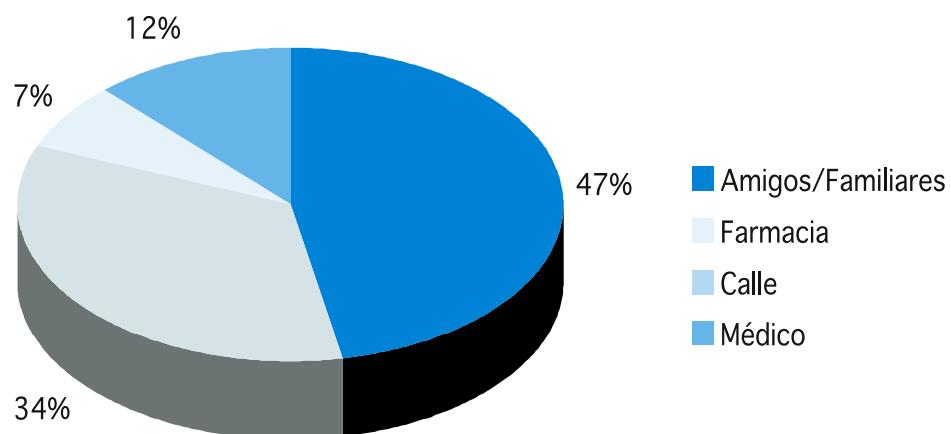
*Prevalencia del consumo de estimulantes según género*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Al igual que en el caso de los tranquilizantes, una de las fuentes principales de abastecimiento es la farmacia (34%), superada sólo por los amigos y familiares (47%). No deja de llamar la atención la utilización de los médicos como fuente de abastecimiento (Gráfico 15).

**Gráfico 15**  
*Fuente de abastecimiento de estimulantes*



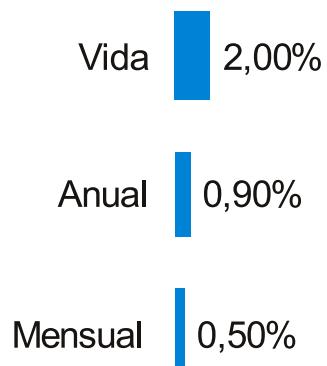
CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares  
de diez ciudades de Bolivia, 2007

## 4. PREVALENCIA DE DROGAS ILÍCITAS

### 4.1. Prevalencia del consumo de inhalantes

Los inhalantes<sup>4</sup> son la droga ilícita<sup>5</sup> que presenta mayor frecuencia de consumo, con una prevalencia de vida de 2.0%, de año de 0.9% y de mes de 0.5% (Gráfico 16).

**Gráfico 16**  
*Prevalencia del consumo de inhalantes*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Las ciudades que presentan un mayor porcentaje de consumo son: El Alto (5.3% de prevalencia de vida y 1.4% de prevalencia de mes) y Sucre (2.3% de prevalencia de vida y 0.2% de prevalencia de mes). Por el contrario, las ciudades con menor frecuencia de consumo son Trinidad (0.5% de prevalencia de vida y 0.5 de prevalencia de mes) y Potosí (0.3% de prevalencia de vida y 0.0% de prevalencia de mes) (Cuadro 12).

La edad promedio de inicio del consumo de inhalantes es de 17 años.

<sup>4</sup> Son considerados inhalantes los correctores líquidos, aerosoles, pinturas, thinner, gasolina, pegamentos industriales, botellas de butil o nitrato de amyl conocidos como “popers” o “rush”, acetona, laca para el cabello, esmaltes para uñas, etc.

<sup>5</sup> Son consideradas drogas ilícitas los inhalantes, marihuana, clorhidrato de cocaína, pasta base, éxtasis, hashish, crack, heroína, opio, alucinógenos, floripondio, peyote o san pedro.

**Cuadro 12**  
**Prevalencia del consumo de inhalantes**  
**según grupos etarios y por ciudades**

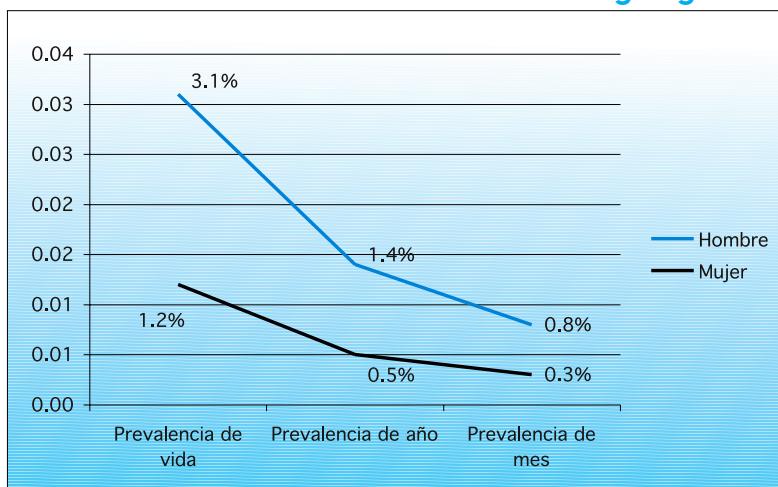
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE INHALANTES			
	Mes	Año	Vida
<b>12 a 17 años</b>	0.3%	0.9%	2.0%
<b>18 a 24 años</b>	1.4%	2.1%	3.1%
<b>25 a 35 años</b>	0.1%	0.5%	1.3%
<b>36 a 50 años</b>	0.3%	0.3%	1.0%
<b>51 a 65 años</b>	0.1%	0.1%	1.5%
<b>La Paz</b>	0.0%	0.7%	0.7%
<b>Santa Cruz</b>	0.6%	0.6%	1.9%
<b>Cochabamba</b>	0.4%	1.3%	1.8%
<b>Oruro</b>	0.3%	0.3%	0.7%
<b>Sucre</b>	0.2%	0.2%	2.3%
<b>Potosí</b>	0.0%	0.0%	0.3%
<b>Cobija</b>	0.4%	0.8%	1.3%
<b>Tarija</b>	0.3%	0.3%	1.1%
<b>Trinidad</b>	0.5%	0.5%	0.5%
<b>El Alto</b>	1.4%	2.1%	5.3%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

El consumo de inhalantes es principalmente masculino: por cada tres varones que consumieron alguna vez inhalantes (prevalencia de vida) sólo una mujer refiere haberlo hecho (Gráfico 17). Respecto a los grupos etarios que presentan mayor frecuencia, llama la atención el consumo de esta droga en edades tempranas, los grupos de 12 a 17 y de 18 a 24 años presentan prevalencias de vida de 2.8% y 3.1%, respectivamente (Cuadro 12).

La frecuencia del consumo de inhalantes presenta dos polos opuestos: por un lado están los que refieren hacerlo diariamente (23%) y por otro los que consumieron alguna vez durante los últimos doce meses (48%) (Cuadro 13).

**Gráfico 17**  
*Prevalencia del consumo de inhalantes según género*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

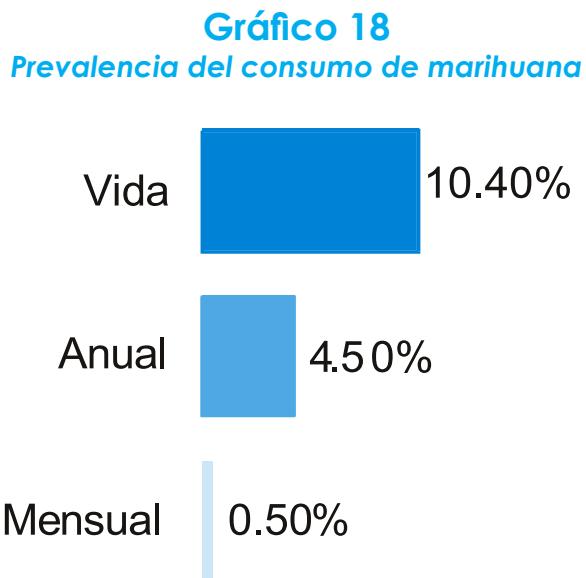
**Cuadro 13**  
*Frecuencia del consumo de inhalantes*

FRECUENCIA DE CONSUMO	
	%
<b>Una sola vez</b>	10.0
<b>Algunas veces durante los últimos 12 meses</b>	48.1
<b>Algunas veces mensualmente</b>	8.6
<b>Algunas veces semanalmente</b>	10.3
<b>Diariamente</b>	22.9
<b>Total</b>	100.0

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

#### 4.2. Prevalencia del consumo de marihuana

El 10% de los entrevistados consumió marihuana<sup>6</sup> al menos una vez en su vida (prevalencia de vida). La prevalencia anual baja al 4.5% y la mensual es mucho menor aún, 0.5 % (Gráfico 18).



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

La Paz es la ciudad con mayor consumo de marihuana, presentando una prevalencia de vida de 22% y una prevalencia anual de 15%. El porcentaje de personas que alguna vez ha consumido esta droga, representa más del doble del promedio general. En el segundo lugar en prevalencia de vida están Trinidad (12%), Cochabamba (11%) y Oruro (10%). Los niveles de prevalencia más bajos se presentan en las ciudades de Potosí (2%), El Alto (3%) y Cobija (4%) (Cuadro 14).

<sup>6</sup> La marihuana es conocida también como cannabis, yerba, mota o bayer.

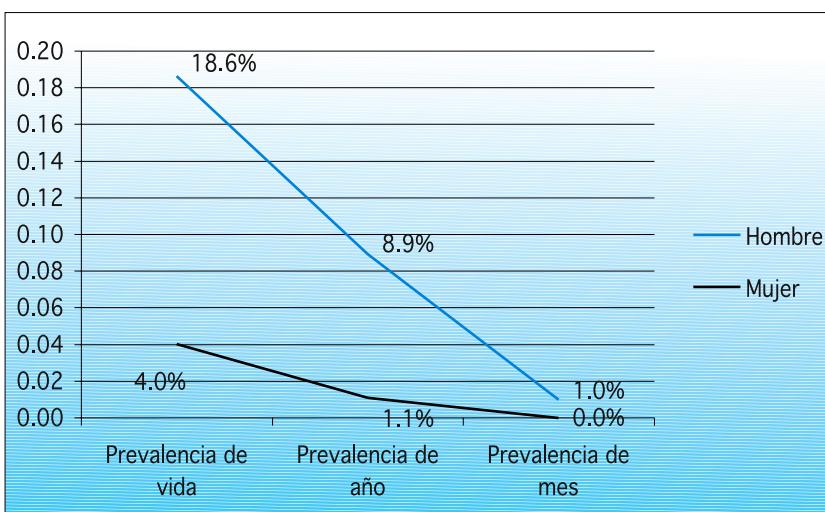
**Cuadro 14**  
**Prevalencia del consumo de marihuana**  
**según grupos etarios y ciudades**

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MARIHUANA			
	Mes	Año	Vida
<b>12 a 17 años</b>	0.0%	0.8%	3.5%
<b>18 a 24 años</b>	0.5%	13.2%	21.5%
<b>25 a 35 años</b>	1.2%	4.2%	11.5%
<b>36 a 50 años</b>	0.1%	0.9%	6.5%
<b>51 a 65 años</b>	0.4%	0.4%	4.7%
<b>La Paz</b>	0.1%	15.2%	21.5%
<b>Santa Cruz</b>	0.3%	1.8%	8.7%
<b>Cochabamba</b>	1.8%	3.9%	10.7%
<b>Oruro</b>	0.2%	0.8%	9.8%
<b>Sucre</b>	0.5%	1.7%	7.7%
<b>Potosí</b>	0.0%	0.0%	2.4%
<b>Cobija</b>	0.5%	1.1%	4.0%
<b>Tarija</b>	0.9%	1.9%	4.7%
<b>Trinidad</b>	0.0%	0.5%	12.2%
<b>El Alto</b>	0.1%	0.5%	2.6%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

El consumo de marihuana es preponderantemente masculino. Mientras que el 18.6% de los hombres ha consumido esta droga alguna vez en su vida, sólo el 4% de mujeres lo ha hecho. Esta diferencia se observa también en cuanto a la prevalencia anual de consumo (Gráfico 19). En cuanto a la edad, el nivel mayor de prevalencia (tanto de vida como mensual) se concentra en el segmento de 18 a 24 años (21.5% y 13.2%, respectivamente). La edad promedio de inicio del consumo de marihuana es de 22 años (21.93).

**Gráfico 19**  
*Prevalencia del consumo de marihuana según género*

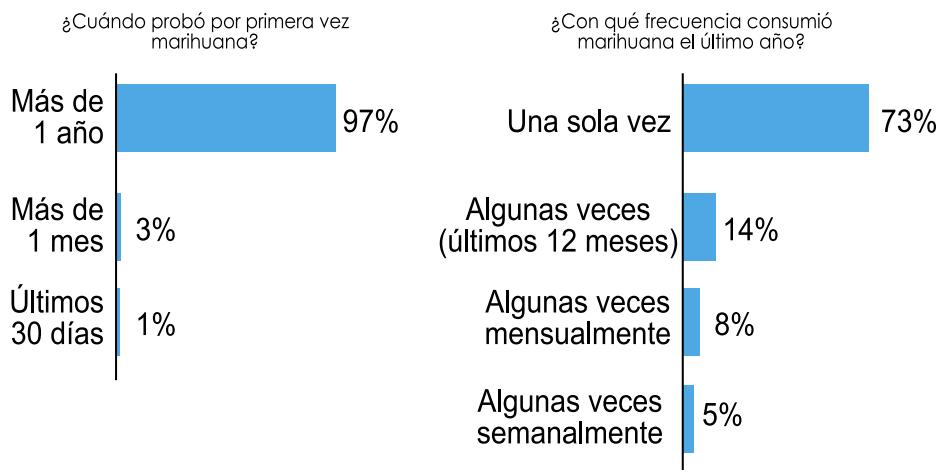


CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

El 97% de las personas que refieren haber consumido marihuana, probaron por primera vez esta droga hace más de un año de realizada la encuesta, y sólo el 1% en los últimos 30 días.

En lo referente a la frecuencia de consumo, el 73% de los consumidores de marihuana lo hicieron una sola vez (consumo de prueba), y sólo el 5% refiere haber consumido alguna vez en la semana. Este hecho refleja que el consumo de marihuana en las personas de 13 a 65 años en el país es en general sólo por curiosidad o de prueba (Gráfico 20).

**Gráfico 20**  
**Inicio y frecuencia del consumo de marihuana**



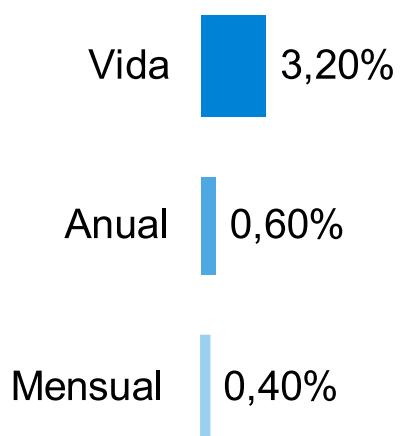
CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

#### 4.3. Prevalencia del consumo de clorhidrato de cocaína

La prevalencia de vida del consumo de clorhidrato de cocaína<sup>7</sup> alcanza al 3.2%, lo que equivale a decir que tres personas de cada 100 han consumido cocaína alguna vez en su vida. Al mismo tiempo, la prevalencia anual es de 0.6% y mensual de 0.4%; donde seis personas de cada 1000 habrían consumido esta droga durante el último año; y cuatro de cada 1000 lo habrían hecho durante el último mes (Gráfico 21).

Si estos porcentajes son extrapolados al universo, se tendría que de 3.254.256 personas de 12 a 65 años que componían la muestra del estudio, 104.914 personas habrían consumido clorhidrato de cocaína alguna vez en su vida, en tanto que 17.938 personas lo habrían hecho durante el último año, y 13.332 personas durante el último mes.

**Gráfico 21**  
*Prevalencia del consumo de cocaína*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Trinidad es la ciudad con mayor prevalencia de vida en consumo de cocaína (6.7%), seguida de Santa Cruz (5.1%) y Cochabamba (4.3%). Las ciudades con menor prevalencia son Tarija, Potosí y El Alto con prevalencias de vida de 1.1%, 1.3% y 0.9%, respectivamente. Llama la atención el bajo o nulo consumo de esta droga durante el mes, ya que El Alto, Trinidad, Tarija, Cobija, Potosí, Sucre, Oruro, Cochabamba y La Paz presentan prevalencias de mes de 0.0% (Cuadro 15).

La edad promedio de inicio del consumo de clorhidrato de cocaína en la población general boliviana es de 21 años (20.64).

<sup>7</sup> El clorhidrato de cocaína es conocido también como pollo, jale, toque, polvo, línea, etc.

**Cuadro 15**  
**Prevalencia del consumo de clorhidrato de cocaína según grupos etarios y ciudades**

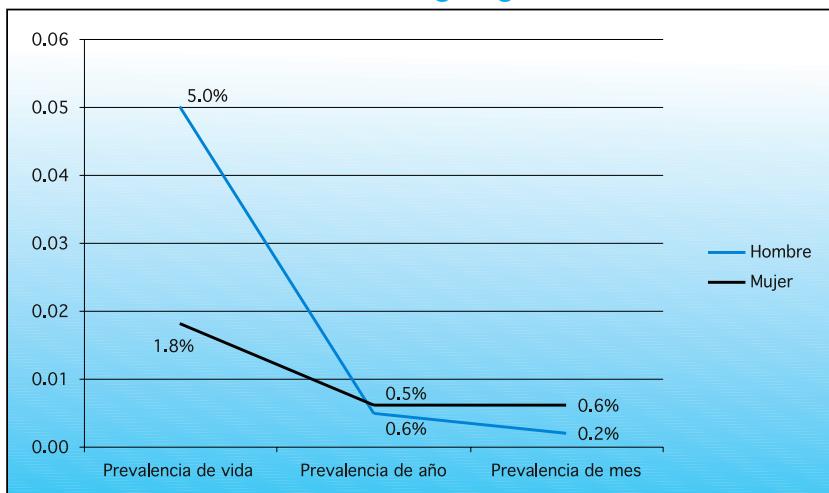
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE COCAÍNA			
	Mes	Año	Vida
<b>12 a 17 años</b>	0.0%	0.0%	0.4%
<b>18 a 24 años</b>	0.0%	0.0%	2.4%
<b>25 a 35 años</b>	1.9%	2.1%	4.5%
<b>36 a 50 años</b>	0.0%	0.5%	5.1%
<b>51 a 65 años</b>	0.0%	0.1%	4.2%
<b>La Paz</b>	0.0%	0.2%	2.4%
<b>Santa Cruz</b>	1.3%	1.5%	5.1%
<b>Cochabamba</b>	0.0%	0.1%	4.3%
<b>Oruro</b>	0.0%	0.0%	1.9%
<b>Sucre</b>	0.0%	0.1%	2.0%
<b>Potosí</b>	0.0%	0.0%	1.3%
<b>Cobija</b>	0.0%	0.0%	2.2%
<b>Tarija</b>	0.0%	0.1%	1.1%
<b>Trinidad</b>	0.0%	0.2%	6.7%
<b>El Alto</b>	0.0%	0.1%	0.9%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

El consumo de clorhidrato de cocaína es predominantemente femenino (prevalencia de mes de 0.6% y de año de 0.6%). Sin embargo, hay que exceptuar la prevalencia de vida, puesto que mientras que el 5% de los varones consumieron cocaína alguna vez en su vida, sólo el 1.8% de mujeres lo ha hecho (Gráfico 22). En cuanto a la edad, el mayor nivel de prevalencia está dado en los grupos de 36 a 50 años y 25 a 35 años, con 5.1% y 4.5% de prevalencia de vida, respectivamente (Cuadro 15).

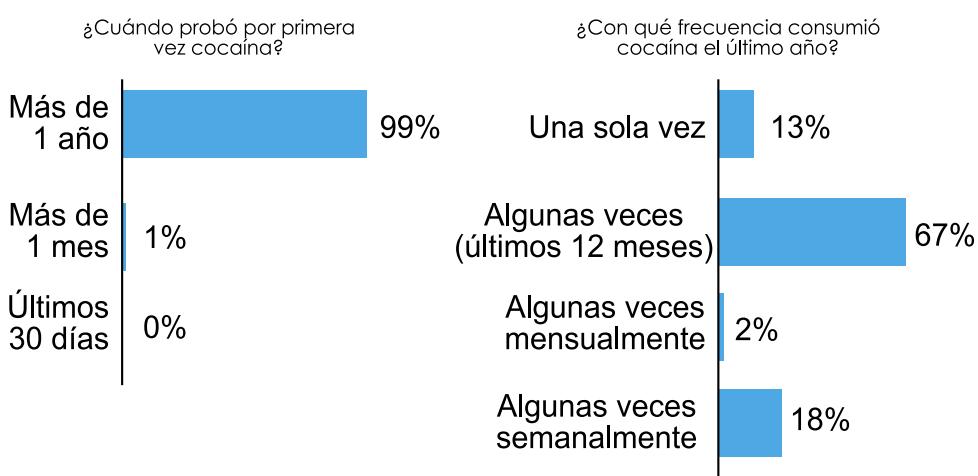
La edad promedio de inicio del consumo del clorhidrato de cocaína es de 21 años (20.64).

**Gráfico 22**  
**Prevalencia del consumo de clorhidrato de cocaína según género**



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

**Gráfico 23**  
**Inicio y frecuencia del consumo de clorhidrato de cocaína**

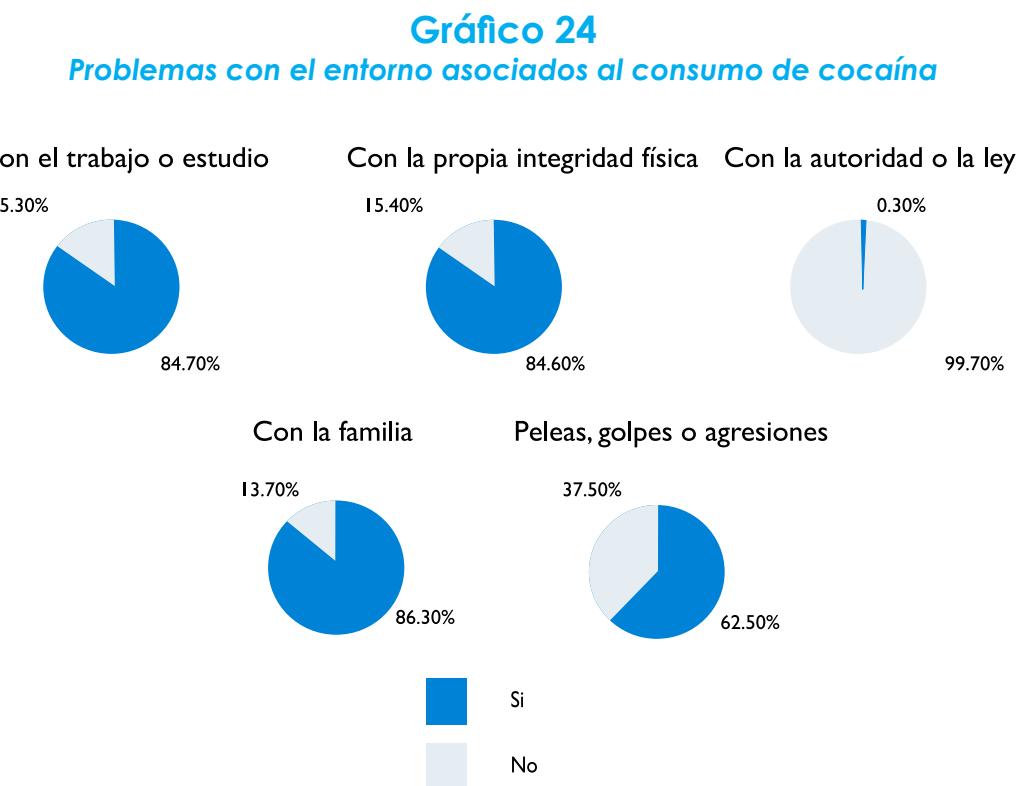


CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Cuando se indaga respecto a la temporalidad del inicio del consumo de esta droga, el 99% refiere haberlo hecho hace más de un año al momento de la aplicación de la encuesta (Gráfico 23).

Respecto a la frecuencia del consumo de cocaína, el 67% consumió alguna vez durante los últimos 12 meses, y el 18% de los consumidores lo hicieron alguna vez durante la semana.

Haciendo uso del instrumento EBBA, para estimar los consumidores de cocaína problemáticos, se puede calificar como tales a aquellos que han tenido dos o más problemas y que en su totalidad suman 85%. Esta información desagregada sugiere que el consumo de cocaína ha traído consecuencias en sus relaciones interpersonales, con su integridad física y en la familia (Gráfico 24).



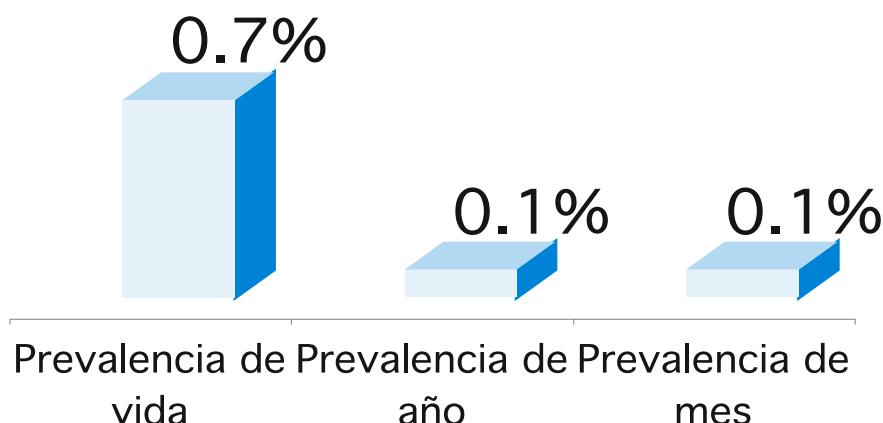
CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

#### **4.4. Prevalencia del consumo de pasta base**

La prevalencia de vida del consumo de pasta base<sup>8</sup> es de 0.7%, de año de 0.1% y de mes de 0.1% (Gráfico 25). Significa que aproximadamente una persona de cada 1000 ha consumido pasta base alguna vez en su vida, y una persona de cada 1000 lo ha hecho durante el último año y mes.

Si estos porcentajes son extrapolados a la muestra, se tendría que de las 3.254.256 personas de 12 a 65 años que componían la muestra del estudio, 23.082 personas habrían consumido pasta base alguna vez en su vida, 1.950 personas lo habrían hecho durante el último año, y 1.686 personas durante el último mes.

## Gráfico 25 Prevalencia del consumo de pasta base



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Las ciudades con mayor consumo son Trinidad y Cobija, con una prevalencia de vida de 3.0% y 3.2%, respectivamente. Potosí y El Alto presentan frecuencias de consumo menores a las demás. Cabe destacar que las prevalencias de mes para las ciudades de El Alto, Trinidad, Tarija, Cobija, Potosí y Santa Cruz son de 0.0%, siendo la más elevada la de la ciudad de Sucre con 0.5%, lo que denota el bajo uso de esta droga en el país (Cuadro 16).

<sup>8</sup> Se conoce a la pasta base también como chuto, base, seba, etc.

**Cuadro 16**  
**Prevalencia del consumo de pasta base**  
**según grupos etarios y por ciudades**

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE PASTA BASE			
	Mes	Año	Vida
<b>12 a 17 años</b>	0.0%	0.0%	0.5%
<b>18 a 24 años</b>	0.0%	0.0%	0.4%
<b>25 a 35 años</b>	0.2%	0.2%	0.7%
<b>36 a 50 años</b>	0.0%	0.0%	1.3%
<b>51 a 65 años</b>	0.0%	0.0%	0.7%
<b>La Paz</b>	0.1%	0.1%	0.9%
<b>Santa Cruz</b>	0.0%	0.0%	0.6%
<b>Cochabamba</b>	0.1%	0.1%	0.7%
<b>Oruro</b>	0.1%	0.1%	1.1%
<b>Sucre</b>	0.5%	0.5%	1.1%
<b>Potosí</b>	0.0%	0.0%	0.1%
<b>Cobija</b>	0.0%	0.3%	3.2%
<b>Tarija</b>	0.0%	0.0%	0.6%
<b>Trinidad</b>	0.0%	0.0%	3.0%
<b>El Alto</b>	0.0%	0.0%	0.1%

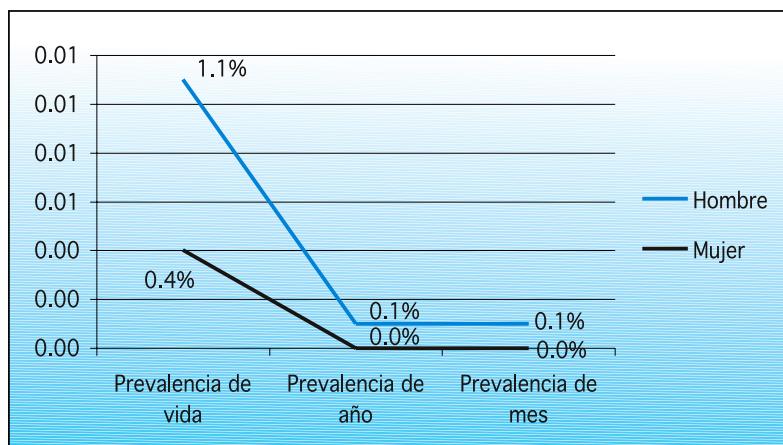
CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Las personas comprendidas entre 36 y 50 años de edad son el grupo etario con mayor prevalencia de vida (1.3%). Llama la atención también el consumo del grupo comprendido entre los 25 y 35 años, ya que pese a presentar prevalencias bajas son el grupo que más consume a nivel general, con una prevalencia de vida de 0.7% y de año y mes de 0.2% (Cuadro 16).

La edad promedio del inicio del consumo de pasta base en la población general boliviana es de 24 años (24.26).

Las mujeres en el caso del consumo de pasta base, a nivel de prevalencia de mes y año, presentan 0.0% de consumo, y la prevalencia de vida no alcanza a la unidad. En cambio, uno de cada 100 varones consumieron esta droga alguna vez en su vida (Gráfico 26).

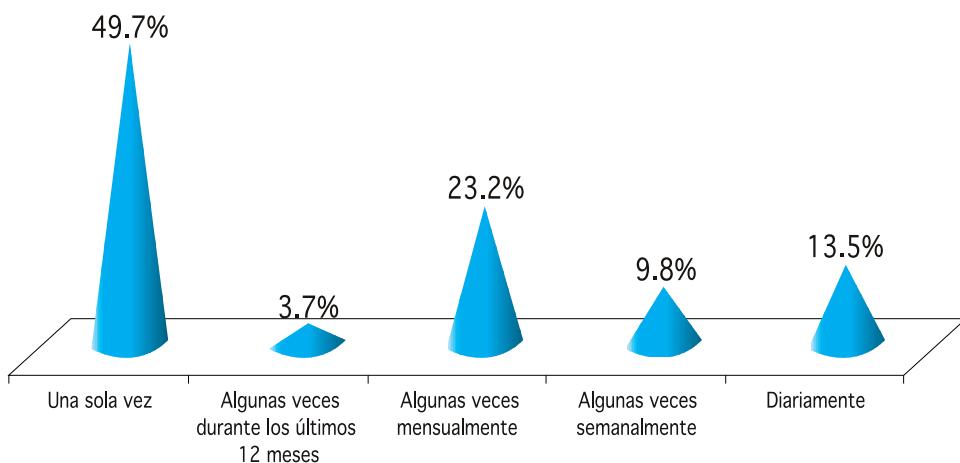
**Gráfico 26**  
*Prevalencia del consumo de pasta base según género*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

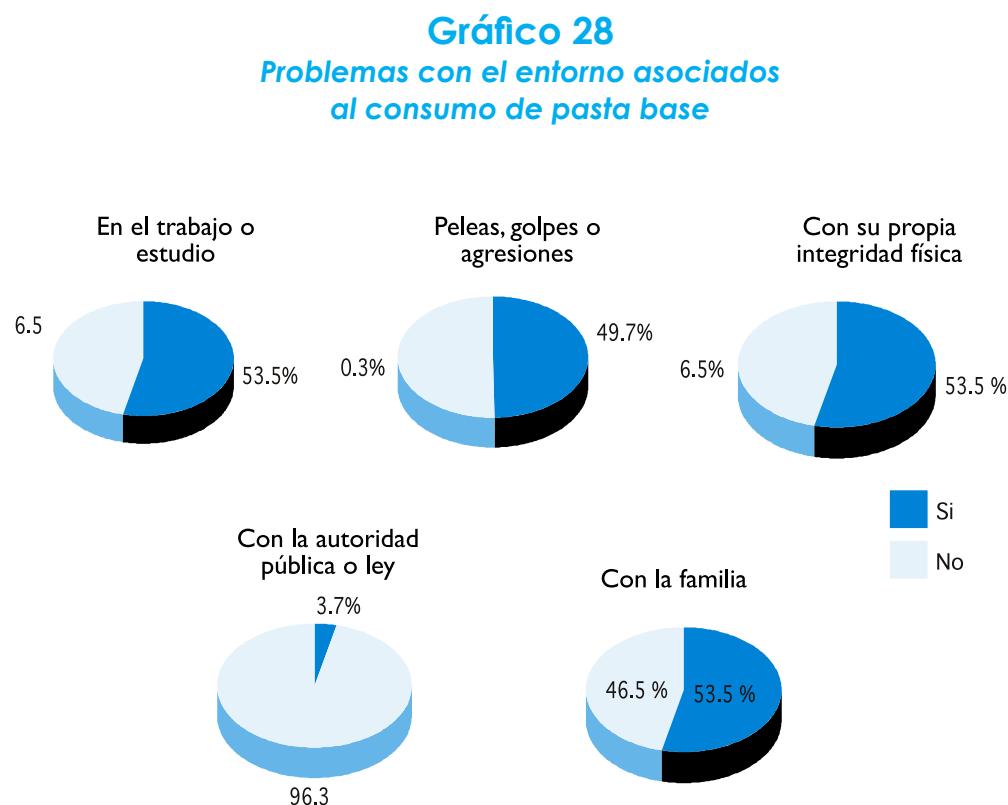
El 50% de las personas que consumieron pasta base lo hicieron una sola vez en su vida; en cambio, el 13.5% lo hace diariamente. Desde el punto de vista de la frecuencia y pese a tener un porcentaje relativamente alto de consumo a nivel mensual, se ratifica el consumo ocasional, como en la mayoría de las drogas ilícitas (Gráfico 27).

**Gráfico 27**  
*Frecuencia del consumo de pasta base*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Al igual que en el caso del alcohol y el clorhidrato de cocaína, indagando respecto a los consumidores problemáticos (EBBA), se tiene que el 15% de los que refieren haber consumido pasta base tienen dos o más problemas. De acuerdo a esta información desagregada por tipo de problema, los principales problemas que tienen los consumidores de pasta base son en el trabajo o en el estudio (53.5%), con su propia integridad física (53.5%) y con la familia (53.5%) (Gráfico 28).

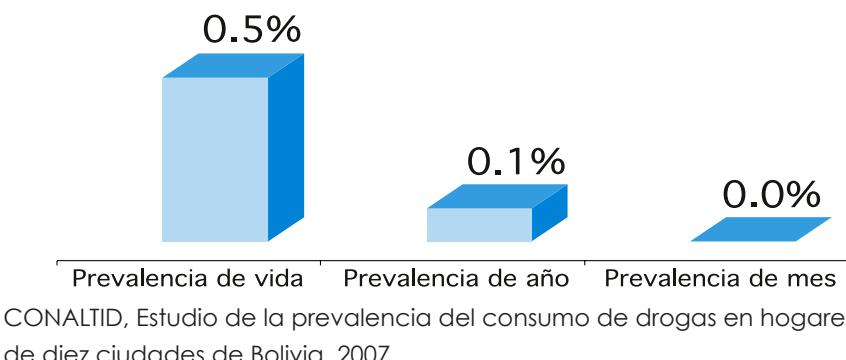


CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

#### 4.5. Prevalencia del consumo de éxtasis

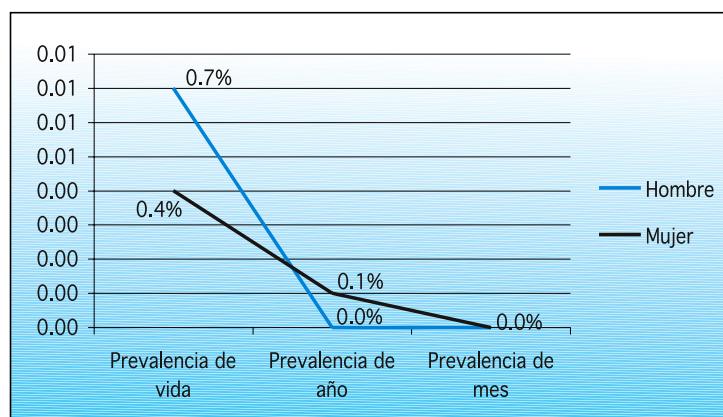
El consumo de éxtasis<sup>9</sup> presenta prevalencias muy bajas en relación al resto de las sustancias ilícitas estudiadas. Aproximadamente, 17.175 personas en Bolivia refieren haber consumido éxtasis alguna vez en la vida (prevalencia de vida de 0.5%), 2.953 personas lo han hecho en el último año (prevalencia de año de 0.1%), y ni una persona lo ha hecho en el último mes (prevalencia de mes de 0.0%) (Gráfico 29).

**Gráfico 29**  
*Prevalencia del consumo de éxtasis*



A diferencia de otras drogas estudiadas, en las que existe un marcado consumo masculino, en esta droga en particular existe muy poca diferencia entre hombres y mujeres. Es más, la mujeres presentan mayor prevalencia a nivel de año (0.1%) que los varones, e inversamente los varones presentan mayor prevalencia a nivel de vida (0.7%) (Gráfico 30).

**Gráfico 30**  
*Prevalencia del consumo de éxtasis según género*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

<sup>9</sup> El éxtasis o MDMA (metilendioximetanfetamina) es una droga de síntesis, alucinógena y estimulante.

El consumo es principalmente juvenil, siendo las personas comprendidas entre los 12 y 17 años las que presentan la mayor prevalencia de año (0.4%) y el grupo etario de 18 a 24 años el que presenta la mayor prevalencia de vida (0.8%) (Cuadro 17).

Un aspecto sobresaliente en la información desagregada por localidades es la prevalencia de 0.0% a nivel de mes en las diez ciudades objeto del estudio, al igual que la prevalencia de año, siendo la ciudad de La Paz la excepción con una prevalencia de 0.4%. De acuerdo al consumo de prueba o prevalencia de vida, las ciudades de La Paz y Oruro son las que más consumen con 1.0% y 0.9%, respectivamente (Cuadro 17).

La edad promedio de inicio del consumo del éxtasis es de 24 años (24.26).

**Cuadro 17**  
*Prevalencia del consumo de éxtasis según  
 grupos etarios y por ciudades*

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ÉXTASIS			
	Mes	Año	Vida
<b>12 a 17 años</b>	0.0%	0.4%	0.5%
<b>18 a 24 años</b>	0.0%	0.0%	0.8%
<b>25 a 35 años</b>	0.0%	0.0%	0.6%
<b>36 a 50 años</b>	0.0%	0.0%	0.3%
<b>51 a 65 años</b>	0.0%	0.0%	0.3%
<b>La Paz</b>	0.0%	0.4%	1.0%
<b>Santa Cruz</b>	0.0%	0.0%	0.5%
<b>Cochabamba</b>	0.0%	0.0%	0.3%
<b>Oruro</b>	0.0%	0.0%	0.9%
<b>Sucre</b>	0.0%	0.0%	0.6%
<b>Potosí</b>	0.0%	0.0%	0.1%
<b>Cobija</b>	0.0%	0.0%	0.0%
<b>Tarija</b>	0.0%	0.0%	0.6%
<b>Trinidad</b>	0.0%	0.0%	0.0%
<b>El Alto</b>	0.0%	0.0%	0.3%

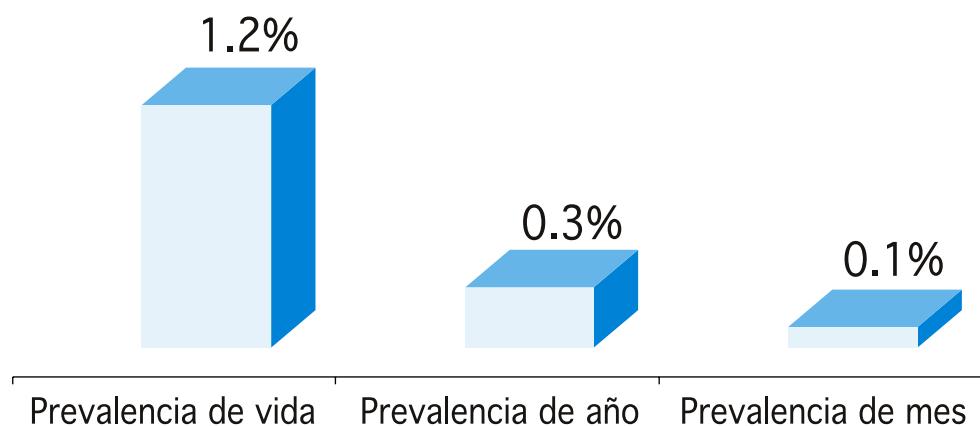
CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

#### 4.6. Prevalencia del consumo de “otras drogas”

En el presente estudio se realizaron también mediciones de hashis<sup>10</sup>, crack<sup>11</sup>, heroína<sup>12</sup>, opio, morfina, alucinógenos<sup>13</sup> y ketamina<sup>14</sup>. Pero dado que las prevalencias de cada una de estas drogas por si solas son muy bajas, se las agrupó bajo el rotulo de “otras drogas”, aun así las frecuencias son bastante pobres.

En ese sentido, se tiene que el 1.2% de la población boliviana comprendida entre 12 y 65 años de edad, consumió alguna vez cualquiera de estas drogas, el 0.3% lo hizo en el último año, y sólo el 0.1% en el último mes. Esto significa que, aproximadamente, 38.268, 8.925 y 858 personas habrían usado estas drogas respectivamente (Gráfico 31).

**Gráfico 31**  
*Prevalencia del consumo de “otras drogas”*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

No ha dejado de ser un patrón el que los hombres presenten mayor consumo que las mujeres, y que las edades más vulnerables para este consumo se sitúen entre los 18 y 35 años. Cochabamba y Tarija presentan mayor prevalencia que el resto de las ciudades estudiadas (Cuadro 18).

<sup>10</sup> Hashis es la resina de cannabis sativa desecada y se fuma mezclada con tabaco, es alucinógeno y depresor.

<sup>11</sup> Crack es un derivado de la pasta base, son rocas cristalinas de color blanco o amarillento y es un estimulante de origen sintético.

<sup>12</sup> Opio, heroína y morfina son opiáceos de origen natural, conocidos como “narcóticos” y tienen un efecto depresor.

<sup>13</sup> Se tomaron en cuenta para este estudio a alucinógenos de origen natural como el floripondio, san pedro y peyote, de origen sintético como el LSD.

<sup>14</sup> Ketamina es un depresor que produce un estado conocido como “anestesia disociativa”, que se caracteriza por inconsciencia, amnesia, inmovilidad y gran analgesia para los dolores superficiales

**Cuadro 18**  
*Prevalencia del consumo de “otras drogas”  
 según género, grupos etarios y ciudades*

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS			
	Mes	Año	Vida
<b>12 a 17 años</b>	0.0%	0.5%	0.6%
<b>18 a 24 años</b>	0.0%	0.0%	1.5%
<b>25 a 35 años</b>	0.1%	0.4%	1.8%
<b>36 a 50 años</b>	0.0%	0.0%	1.0%
<b>51 a 65 años</b>	0.0%	0.6%	0.8%
<b>La Paz</b>	0.0%	0.1%	1.5%
<b>Santa Cruz</b>	0.0%	0.0%	0.7%
<b>Cochabamba</b>	0.1%	1.7%	2.6%
<b>Oruro</b>	0.0%	0.0%	1.0%
<b>Sucre</b>	0.0%	0.0%	1.1%
<b>Potosí</b>	0.5%	0.5%	0.1%
<b>Cobija</b>	0.0%	0.0%	1.0%
<b>Tarija</b>	0.0%	0.2%	1.7%
<b>Trinidad</b>	0.0%	0.0%	0.0%
<b>El Alto</b>	0.0%	0.0%	0.7%

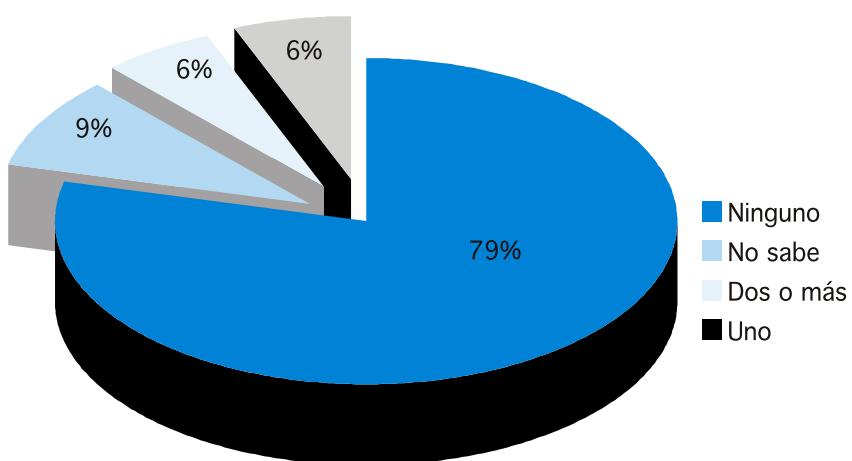
CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

## 5. FACTORES ASOCIADOS AL USO INDEBIDO DE DROGAS

### 5.1. El entorno

El 79% de los encuestados en el estudio refiere no tener ningún amigo o pariente que consume drogas, lo cual podría constituirse en un factor protector que, de una u otra manera, evitaría o retardaría el consumo de drogas, tanto licitas como ilícitas, ya que solamente el 12% de los entrevistados tienen dos o más amigos o parientes que consumen drogas (Gráfico 32).

**Gráfico 32**  
*Tener amigos o parientes que consumen drogas*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Si se cruza las variables de “tener amigos o parientes que consumen drogas” y la prevalencia de vida del consumo de las principales drogas lícitas, se ve que 39% de las personas que nunca fumaron ni el 20% de las personas que nunca consumieron bebidas alcohólicas no tienen ningún amigo o pariente que consuma drogas. En este caso, parece no afectar mucho la presencia o no de amigos o familiares que consuman drogas, porque el 41% de los que fumaron alguna vez tampoco tienen amigos o familiares que consuman drogas. Parece que tener o no amigos o parientes consumidores de drogas no afecta al consumo de prueba (Cuadro 19).

### Cuadro 19

*Prevalencia de vida del cigarrillo y alcohol vs.  
tener amigos o parientes que consumen drogas*

	Consumió cigarrillos alguna vez en la vida		Consumió bebidas alcohólicas alguna vez en la vida		
	Si	No	Si	No	
<b>Tiene amigos o parientes que consumen drogas</b>	NR	0.31%	0.63%	0.57%	0.38%
	Ninguno	40.83%	38.56%	59.81%	19.57%
	Uno	3.02%	2.11%	4.33%	0.80%
	Dos o más	4.16%	1.56%	4.90%	0.85%
	No lo se	4.73%	4.08%	6.93%	1.88%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Por el contrario, cuando se habla de drogas ilícitas se obtiene que el 76% de las personas que refieren no haber consumido nunca marihuana, el 78% que nunca consumió clorhidrato de cocaína y el 79% que nunca probó pasta base, no tienen ningún amigo o pariente que consuma drogas. En cambio, por ejemplo, solamente el 0.5% de los que refieren haber consumido pasta base alguna vez tienen uno o más amigos o parientes que consumen drogas. No tener ningún amigo o pariente que consuma drogas podría constituirse en un factor protector para evitar consumir drogas ilícitas (Cuadro 20).

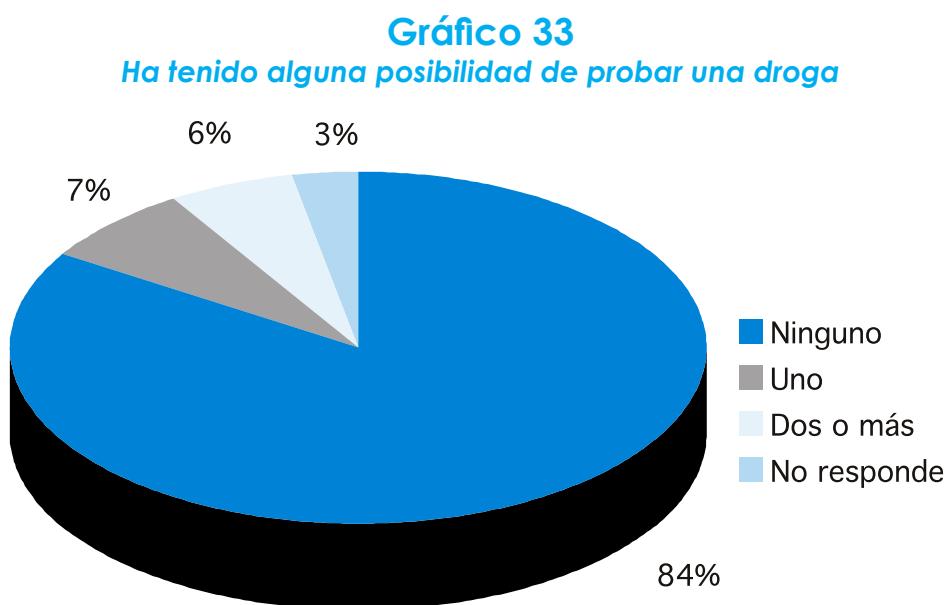
### Cuadro 20

*Prevalencia de vida de la marihuana, clorhidrato de cocaína y pasta base vs. tener amigos o parientes que consumen drogas*

	Consumió marihuana alguna vez en la vida		Consumió clorhidrato de cocaína alguna vez en la vida		Consumió pasta base alguna vez en la vida	
	Si	No	Si	No	Si	No
<b>Tiene amigos o parientes que consumen drogas</b>	0.89%	0.89%	0.04%	0.90%	0.02%	0.92%
	3.92%	75.76%	1.66%	77.73%	0.61%	78.78%
	0.86%	4.27%	0.26%	4.87%	0.12%	5.01%
	2.06%	3.67%	0.73%	4.99%	0.37%	5.36%
	0.87%	7.94%	0.45%	8.36%	0.15%	8.66%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

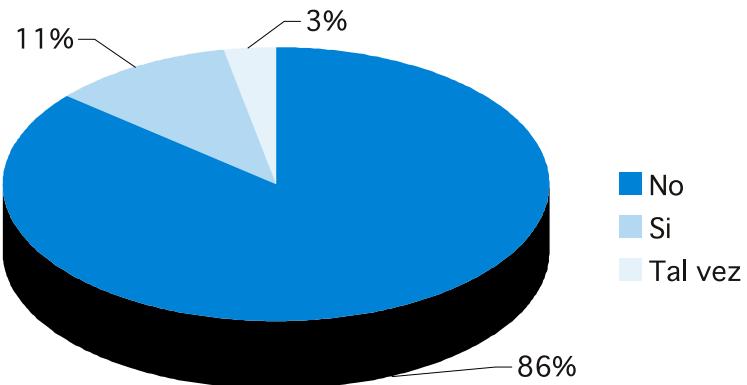
Otra variable estudiada fue la posibilidad de probar una droga. El 84% de los entrevistados refieren no haber tenido ninguna y solamente el 13% tuvo una o más posibilidades de probar cualquier droga (Gráfico 33).



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

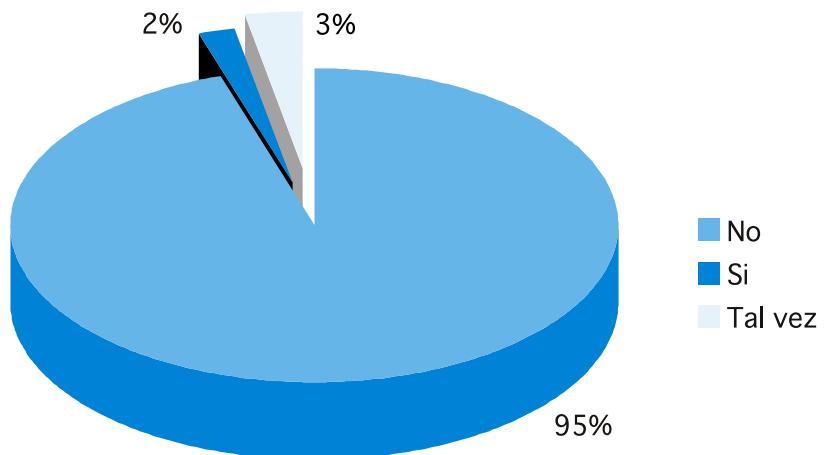
En lo referente a la curiosidad de los entrevistados por probar una droga, el 86% refiere no tener ninguna curiosidad y sólo el 14% opina que tal vez o que sí lo haría. El no tener ninguna curiosidad por probar alguna droga podría constituirse en un factor protector para el individuo ante la oferta de drogas (Gráfico 34).

**Gráfico 34**  
*Ha tenido curiosidad de probar una droga*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

**Gráfico 35**  
*Si tuviera la ocasión probaría una droga*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

El 95% de la población encuestada opina que si tuviera la ocasión de probar una droga no lo haría, por el contrario el 5% cree que tal vez o que sí la probaría (Gráfico 35).

Todos los anteriores datos, que hacen referencia al entorno del individuo en relación con las drogas, muestran que los bolivianos todavía mantienen una sociedad conservadora y el tema de las drogas se constituye en un tabú. Estos elementos podrían actuar como factores protectores ante el inicio y uso indebido de drogas tanto lícitas como ilícitas.

## 5.2. Percepción de riesgo

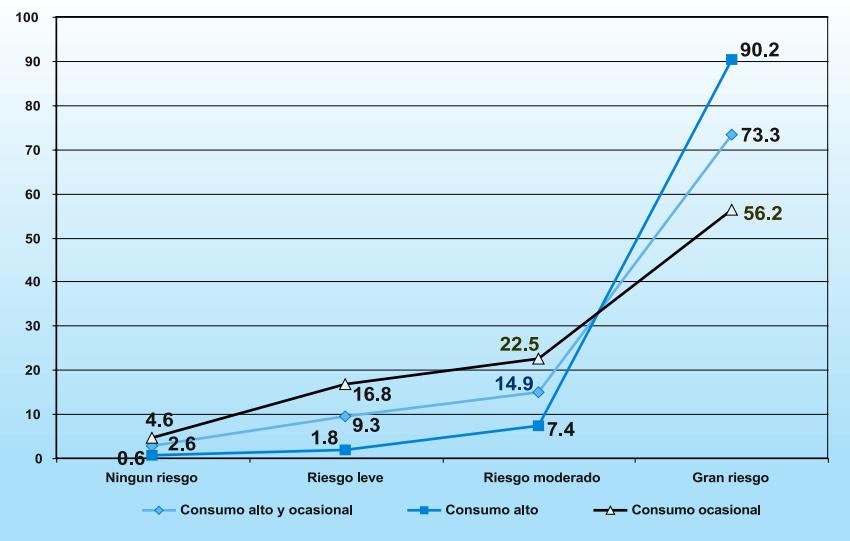
La percepción de riesgo respecto de las drogas es un dato que permite medir la sensibilidad que existe sobre el tema, considerando que una mayor percepción de riesgo ayuda a prevenir el consumo.

Los resultados de estas variables muestran que cuando se mezcla consumo ocasional con consumo frecuente, la percepción de gran riesgo es percibida por un 73% de la población encuestada.

Cuando esta información es disagregada, la percepción de gran riesgo respecto al consumo frecuente de drogas aumenta a 90%. En otras palabras, nueve de cada diez personas encuestadas piensan que consumir con frecuencia cualquier droga es muy riesgoso. El consumo ocasional de drogas presenta una percepción de gran riesgo inferior a las anteriores: 56% (Gráfico 36).

En resumen, dependiendo de la frecuencia de consumo, la percepción de riesgo aumenta o disminuye. En cualquiera de los casos, la percepción de riesgo es considerablemente elevada.

**Gráfico 36**  
*Percepción de riesgo con medición global de todas las drogas, con frecuencia de consumo alto y ocasional*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

En todo caso, se puede señalar que dependiendo del tipo de droga la percepción de riesgo aumenta o disminuye. En el consumo frecuente, todas las drogas, tanto lícitas como ilícitas, tienen niveles de percepción de riesgo superiores a 70%, correspondiendo la percepción de riesgo más baja al consumo frecuente de éxtasis (70.9%), y las más elevada al consumo de solventes o inhalantes y marihuana, ambos con 88.9%. El consumo de alcohol y tabaco presentan frecuencias de riesgo elevadas cuando se trata de consumo frecuente (Cuadro 21).

**Cuadro 21**  
*Percepción de gran riesgo por tipo de droga y consumo frecuente*

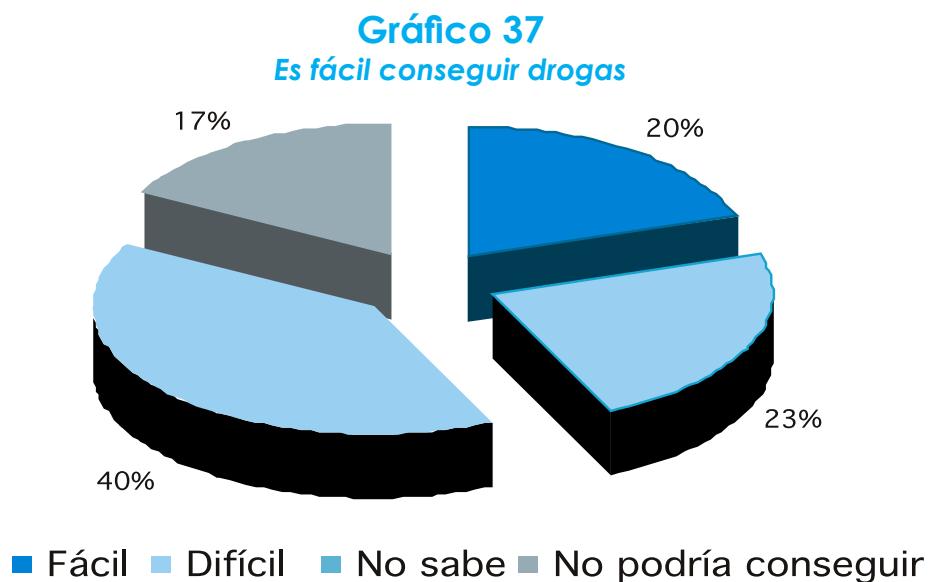
PERCEPCIÓN DE GRAN RIESGO PARA DISTINTAS DROGAS CONSUMIDAS FRECUENTEMENTE	
	%
Tabaco	76.8%
Alcohol	81.0%
Tranquilizantes	75.5%
Solventes	88.9%
Marihuana	88.9%
Cocaína	89.0%
Pasta Base	79.7%
Éxtasis	70.9%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

### 5.3. Facilidad de acceso

Se realizaron mediciones de la facilidad de acceso para cinco drogas: marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis y peyote o san pedro. Esta selección obedece a que éstas son las principales drogas ilícitas; las drogas lícitas son de libre comercialización o venta con receta médica.

En ese sentido, el 20% de la población encuestada considera que es fácil adquirir drogas en el país, el 23% que es difícil, y la mayoría de las personas, el 57%, opina que no podría conseguir o que no sabe donde conseguirlas (Gráfico 37).



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

La droga más fácil de conseguir, según la percepción de los entrevistados, es la marihuana (30%) seguida de la cocaína (18%) (Cuadro 22).

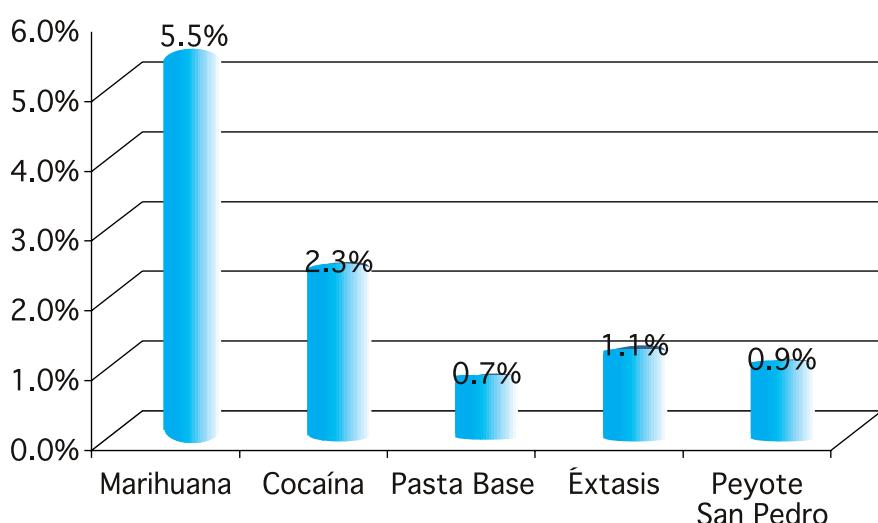
**Cuadro 22**  
*Facilidad de conseguir drogas*

ES FÁCIL CONSEGUIR...	%
Marihuana	30.1
Cocaína	18.3
Pasta Base	9.4
Éxtasis	6.9
Peyote o San Pedro	4.7

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

Si se indaga sobre la oferta de drogas en los últimos 30 días, se tiene nuevamente que la droga más ofrecida es la marihuana (5.5%), y en menor proporción las otras cuatro drogas estudiadas (cocaína, pasta base, éxtasis y peyote) (Gráfico 38).

**Gráfico 38**  
*En los últimos 30 días le han ofrecido*



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

#### 5.4. Conflictos con la ley

Los problemas o conflictos con la ley ya fueron examinados parcialmente con el test EBBA para alcohol, cocaína y pasta base. En este acápite, se ampliará un poco más la información, detallando el tipo de problemas con la ley.

De esta manera, se obtiene que el 2.1% fue detenido por consumir alguna vez, el 0.2% fue detenido por portar, y al 0.6% se le siguió proceso (Cuadro 23).

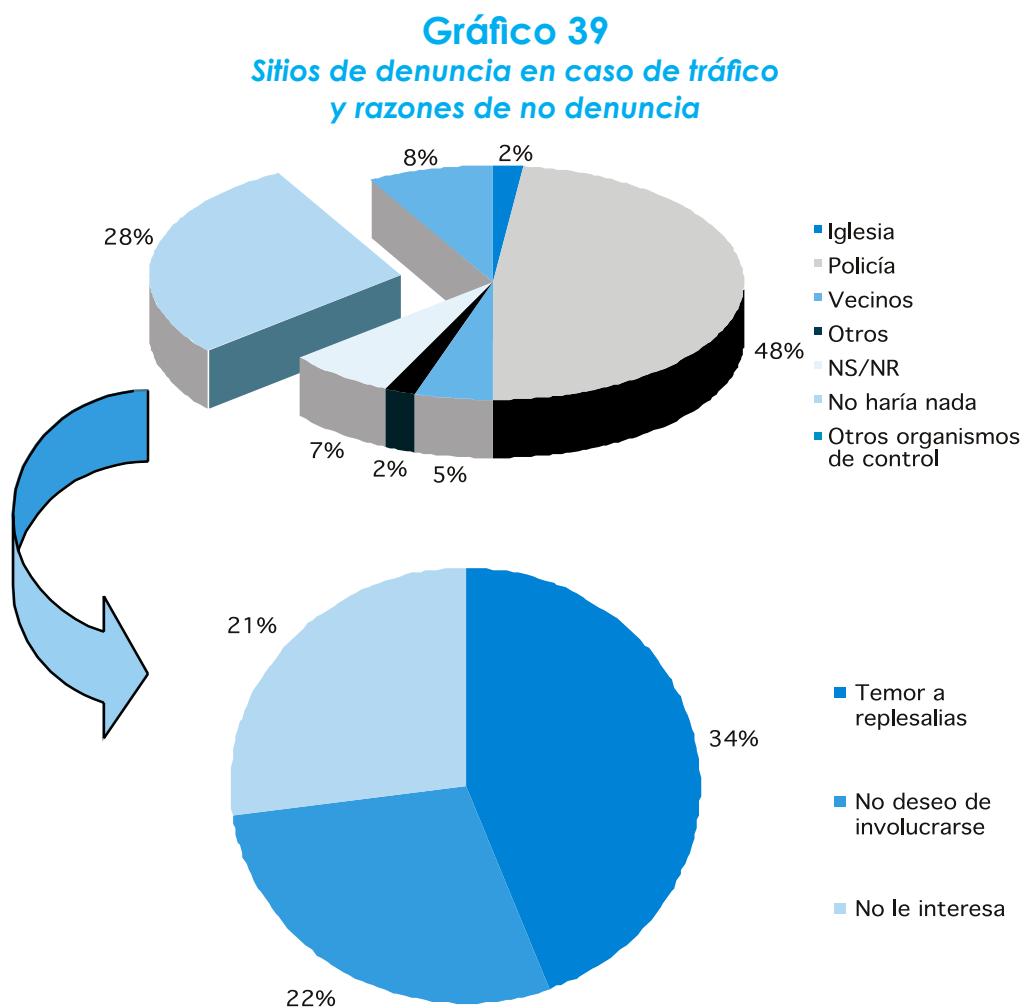
**Cuadro 23**  
*Problemas con la Ley*

	Detenido por consumo	Detenido por portar	Se siguió proceso
<b>Si</b>	2.1	0.2	0.6
<b>No</b>	97.9	99.8	99.4
<b>Total</b>	100	100	100

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

En este análisis se incorporó la variable de denuncia contra el tráfico de drogas, dando como resultado que el 48% de la población entrevistada denunciaría este hecho a la policía y un 8% a otros organismos, frente a un 28% que no haría nada y un 7% que no sabe dónde acudir para denunciar. Desde el punto de vista de la actitud para la denuncia no existe mayor problema.

Las razones por las que las personas no harían nada fundamentalmente son tres: temor a represalias, deseo de no involucrarse, y no le interesa (Gráfico 39).



CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares  
de diez ciudades de Bolivia, 2007

## 5.5. Problemas con la salud y el entorno

Finalmente, se analizaron los problemas con el entorno y la salud causados por el consumo de drogas, diferenciando los resultados por consumo de alcohol, consumo de drogas ilícitas y por ambos.

**Cuadro 24**  
*Problemas de salud y con el entorno  
ocasionados por el consumo de drogas*

PROBLEMAS CON SALUD Y ENTORNO	Si por alcohol (%)	Si por drogas (%)	Si por ambos (%)	No (%)
<b>Despedido de su trabajo</b>	0.7	0.1	0.1	99.1
<b>Acudió de urgencia a establecimiento de salud</b>	1.0	0.0	0.1	98.8
<b>Sufrió accidente</b>	1.7	0.0	0.0	98.2
<b>Endeudarse</b>	0.9	0.0	0.0	99.0
<b>Tuvo que irse de la casa o separarse</b>	4.8	0.0	0.1	95.0

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares  
de diez ciudades de Bolivia, 2007

Del cuadro anterior, lo que más llama la atención es que el 4.8% de las personas que refieren haber consumido alcohol durante el último año, han tenido que irse de sus casas o separarse, y el 0.7% ha sido despedido de su trabajo por consumo excesivo de alcohol, frente al 0.1% que fue despedido de su trabajo por consumo de drogas ilícitas. Asimismo, cabe destacar el gran porcentaje de personas que no tuvieron ningún problema por consumo de cualquiera de las anteriores sustancias, asumiendo la circunstancia de que si bien existe un mínimo consumo de drogas en el país, la mayor parte de la población lo hace en forma controlada (Cuadro 24).

## CONCLUSIONES

De manera global, los resultados muestran los siguientes datos de prevalencia:

**Cuadro 25**  
*Prevalencia del consumo de drogas*

DROGAS	Relativo		
	Mes	Año	Vida
Alcohol	37.7%	59.1%	76.4%
Tabaco	22.7%	32.4%	53.0%
Tranquilizantes	1.2%	2.6%	7.5%
Estimulantes	0.2%	0.5%	1.6%
Marihuana	0.5%	4.5%	10.4%
Cocaína	0.4%	0.6%	3.2%
Pasta Base	0.1%	0.1%	0.7%
Inhalables	0.5%	0.9%	2.0%
Éxtasis	0.0%	0.1%	0.5%
Otras drogas	0.0%	0.3%	1.2%

CONALTID, Estudio de la prevalencia del consumo de drogas en hogares de diez ciudades de Bolivia, 2007

- Del contenido del cuadro se concluye que el principal problema que tiene Bolivia en materia de consumo de drogas es el consumo de ALCOHOL y TABACO, sin desmerecer el consumo de las demás drogas.
- En general, y excepto en tranquilizantes, los varones tienen un mayor consumo de drogas que las mujeres.
- Dependiendo de la droga, la edad promedio de inicio del consumo se encuentra en los 22 años, aunque la edad crítica está en torno a los 18 años.
- El consumo de drogas por edad depende del tipo de droga, siendo los solventes y la marihuana los que se insertan en edades más tempranas, mientras que las demás drogas en edades intermedias. Los tranquilizantes, estimulantes y pasta base presentan una edad media de inicio más tardía.

- En cuanto a las ciudades, dependiendo el tipo de drogas, hay varias que merecen preocupación. Si se toma en cuenta la prevalencia de año, debe llamar la atención Sucre en el consumo de alcohol y pasta base; La Paz en el consumo de tabaco, marihuana y éxtasis; Santa Cruz en alcohol y cocaína; Cochabamba en otras drogas (hashis, crack, heroína, opio, morfina, alucinógenos y ketamina) e inhalantes; Oruro en tranquilizantes y estimulantes; y El Alto principalmente con inhalantes, con una prevalencia de año (2.1%) superior al nacional (0.9%).
- La frecuencia del consumo es particularmente ocasional, como en el caso del alcohol, de cuatro cigarrillos en promedio por día en el caso de tabaco, y de cinco a seis pastillas promedio mes en el caso de tranquilizantes. El consumo es muy bajo en el caso de la marihuana, cocaína y pasta base, y mediano en los solventes.
- Los datos referentes a los consumidores problemáticos muestran que las personas consumidoras de cocaína, y en menor grado las de pasta base y alcohol, presentan problemas asociados al consumo de estas drogas. Los más problemáticos son los varones y en edades intermedias. Los problemas más serios son las separaciones familiares y el ausentismo laboral causadas por el consumo de alcohol.
- El entorno muestra una correspondencia directa con el consumo y los datos señalan que, cuanto más contaminado está el entorno, mayor es la tendencia hacia el consumo.
- Existe una oferta importante de drogas en el medio. El acceso se muestra como de fácil a término medio. El mejor ejemplo son los tranquilizantes que son vendidos en farmacias sin prescripción médica alguna en más del 80% de los casos.
- La percepción de riesgo en general es alta, especialmente cuando el consumo es considerado frecuente, y cuando se trata de solventes principalmente. Respecto a las drogas en general, la percepción varía de acuerdo a las drogas, pero en general las personas consideran peligroso el consumo.
- En cuanto a la actitud no se tiene problemas para la denuncia. La policía mantiene su credibilidad de autoridad como primera línea de denuncia. En el caso de las personas que no denunciarían o no harían nada ante el tráfico de drogas, las principales causas están relacionadas con el temor a represalias.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

##### **Sustancia psicoactiva o droga**

Cualquier sustancia de diverso origen, que luego de su ingesta produce modificaciones en el estado de conciencia, ánimo, percepciones, rendimiento físico o mental. Su uso continuo provoca diversos grados de dependencia y con el tiempo deterioro de funciones psíquicas.

##### **Consumo**

Se refiere al uso (fumar, inhalar, aspirar, inyectar, deglutir, mascar, etc.) que las personas hacen de las sustancias psicoactivas, sean estas lícitas e ilícitas, con o sin prescripción médica.

##### **Prevalencia de Mes**

Es la proporción de individuos de una población que consumieron la sustancia una o más veces durante el último mes. Se calcula con la siguiente fórmula:

$$P = \frac{Nº\ eventos}{Nº\ individuos\ totales}$$

##### **Prevalencia de Año**

Es la proporción de individuos de una población que consumieron drogas en los últimos 12 meses o en el último año.

##### **Prevalencia de Vida**

Es la proporción de individuos de una población que consumieron la sustancia una o más veces a lo largo de toda su vida.

#### **DROGAS LÍCITAS**

Las drogas lícitas son aquellas que tienen venta libre y su uso o consumo no está penalizado. Este grupo incluye a las bebidas alcohólicas, tabaco, tranquilizantes y estimulantes utilizados sin prescripción médica. Sin embargo, los tranquilizantes y estimulantes son drogas de uso médico y su venta es con receta médica.

### • Alcohol

El alcohol es la droga licitada más consumida en el mundo, tiene un efecto depresor del sistema nervioso central. Las formas de consumo son generalmente por vía oral, aunque también puede inyectarse. El tiempo que pasa entre el último trago hasta que se alcanzan las concentraciones máximas en la sangre varía de 25 a 90 minutos. Los efectos inmediatos, dependiendo de la dosis, en el organismo son desinhibición y excitación, afecta la frecuencia cardíaca, dilata los vasos sanguíneos, irrita el sistema gastrointestinal, estimula la secreción de jugos gástricos y la producción de orina, los centros nerviosos superiores del cerebro se deprimen, afectando primero el habla, el pensamiento, el entendimiento y el juicio, merma el equilibrio, la coordinación motora, la visión y el audio, también se ven afectados los centros inferiores, alterando la respiración y los reflejos espinales (respuesta involuntaria a nivel de la médula espinal), al llegar a la intoxicación alcohólica, puede provocarse un estado de coma y alcanzar la muerte por depresión respiratoria (disminución de la función pulmonar).

El cuerpo humano sólo puede metabolizar de 10 a 15 mililitros de alcohol por hora y las concentraciones mayores son consideradas letales.

El consumo abusivo de alcohol puede transformar a un bebedor ocasional en un bebedor problemático con o sin dependencia.

### • Tabaco

La hoja seca y estrujada de la planta el tabaco que normalmente se fuma y contiene nicotina. La nicotina es un estimulante del sistema nervioso central, vasoconstrictor que deteriora la respiración.

La adicción al tabaco consiste en un hábito formado por un componente social y otro de adicción física. Diferentes estudios han comprobado que la adicción al tabaco es más grave que la adicción al alcohol y al menos tan fuerte como la adicción a los narcóticos.

### • Ansiolíticos o tranquilizantes menores

Habitualmente usados para tratar las neurosis, estas drogas constituyen la mitad de todos los psicofármacos consumidos en el mundo, a pesar de que producen un síndrome de abstinencia muy grave. En dosis mayores funcionan como hipnóticos o inductores del sueño, algunos se usan como relajantes musculares. Producen letargia, estupor y coma con relativa facilidad. Al abandonar su consumo pueden aparecer episodios depresivos, desasosiego o insomnio.

## Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas (BZD) son una clase de medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central, con efectos sedantes e hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes (relajantes musculares). Es por ello que las benzodiacepinas son usadas en medicina para la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos, así como las epilepsias, abstinencia alcohólica y espasmos musculares. Son también usadas en ciertos procedimientos invasivos como la endoscopía o dentales cuando el paciente presenta ansiedad o para inducir sedación y anestesia. Los individuos que abusan de drogas estimulantes con frecuencia se administran benzodiacepinas para calmar su estado anímico. A menudo se usan benzodiacepinas para tratar los estados de pánico causados en las intoxicaciones por alucinógenos.

La denominación de estos compuestos, suele peculiarizarse por la terminación -lam o -lan (triazolam, alprazolam, oxazolam, estazolam) y por la terminación pam y pan (diazepam, lorazepam, lormetazepam, flurazepam, flunitrazepam, clonazepam). No obstante, hay excepciones como el clorazepato dipotásico (Tranxilium) o el clordiazepóxido (Librium). El término benzodiazepina se refiere a la porción en la estructura química de estos medicamentos compuesto por el anillo de benceno unido a otro anillo de siete miembros heterocíclicos llamado diazepina.

- **Estimulantes**

## Anfetaminas

Son sustancias derivadas de la “Beta-fenil-isopropil amina”. Son drogas medicamentosas, adictivas (Moderada-Alta) y neurotóxicas. Las más utilizadas son: Benzedrina, Dexedrina y la Metilanfetamina; son un fuerte estimulante y son inadecuadamente utilizadas por algunos deportistas para disminuir la sensación de fatiga. Una de sus aplicaciones más usuales es como auxiliar en la reducción de peso.

Las anfetaminas son un tipo de droga que estimulan el Sistema Nervioso Central. Se presentan en forma de pastillas o cápsulas de diferente forma y color, pueden ser legales si son consumidas bajo un estricto control médico, sin embargo, el abuso de las mismas se produce cuando son adquiridas y consumidas de manera ilícita.

Su consumo produce sensaciones de alerta, confianza y aumenta los niveles de energía y autoestima. Hace desaparecer la sensación de hambre (peligrosamente son utilizadas para bajar de peso) e inhiben el sueño.

Las anfetaminas a veces se usan como estimulante químico para mejorar el rendimiento en una tarea o actividad concreta de forma artificial, sin embargo, la energía alcanzada es ficticia y puede poner al organismo en un sobreesfuerzo. Las vías de administración son oral, fumada e inyectada.

### **Metanfetaminas**

Las metanfetaminas (denominadas recientemente fármacos de diseño), que comparten efectos farmacológicos análogos se han desarrollado en los últimos años, son drogas estimulantes sumamente adictivas, cuyo consumo ha alcanzado proporciones epidémicas, causa cambios prolongados en el cerebro que se han asociado con el deterioro de la memoria y la coordinación motriz.

Estos hallazgos muestran una relación directa entre ciertos cambios en la química cerebral de los consumidores de metanfetamina y cambios funcionales del comportamiento,

La metanfetamina, conocida también en inglés como "speed," "meth" o "chalk" (y en su forma fumable, como "ice," "crystal" o "glass") puede fumarse, inhalarse, inyectarse o tomarse. La droga, elaborada a menudo en laboratorios clandestinos, es ampliamente consumida por varios grupos, entre ellos adultos jóvenes que asisten a fiestas desordenadas ("revés") o clubes privados.

### **DROGAS ILÍCITAS**

Las drogas ilícitas son aquellas que su tenencia y consumo están penalizadas. Este grupo incluye a los inhalantes, que pese a ser una sustancias de venta libre, su uso no es legal, la marihuana, el clorhidrato de cocaína, la pasta base, el crack, la heroína, el éxtasis, los alucinógenos de origen sintético o drogas de síntesis, floripondio, peyote (alucinógenos de origen natural), ketamina y morfina.

#### **• Marihuana**

Según los expertos en una hoja ordinaria de "cannabis sativa" se encuentran por lo menos 426 sustancias químicas diferentes. De estas 62 pertenecen solamente a ella y se llaman "canabinoides". De estos "canabinoides" sólo se conocen relativamente bien unos 5, entre ellos el THC, que es la sigla para "delta - 9 -tetrahidrocannabinol", que es la sustancia que ha sido identificada como la principal responsable del efecto típico de la marihuana.

## Cannabis Sativa

Dentro de la especie Cannabis Sativa reconocemos tres grandes subespecies, que definen claramente sus propias características: Índica, Sativa y Rudelaris.

Llamada comúnmente “hierba de trabajo” porque en bajas dosis permite estar activo sin embriagarse y perder el rumbo, en cambio a altas dosis llega a ser psicodélica.

Los cogollos son más espesos, llenos de hojitas, poseyendo largos pistilos que exudan resina, por eso se destinan preferentemente a la fabricación del hachís.

## Cannabis Sativa Indica

Rechonchas, en forma de matorral, con hoja ancha, oscura y compacta, provienen de las laderas del Himalaya, donde un clima más crudo que el trópico, les obliga a florecer temprano, para reproducirse antes que lleguen las nieves y el invierno.

## Cannabis Sativa Rudelaris

Desde el punto de vista botánico, es una planta pequeña, con hoja tipo de la Sativa, con pocas ramas secundarias que crece en estado salvaje en las Repúblicas del sur de la Ex- URSS.

De los millones de plantas existentes ninguna, según prueba de los laboratorios, supera el 0,5% de THC.

### • Inhalantes

También denominados como solventes volátiles, representan un problema muy serio en los niños, puesto que causan daños irreversibles en el sistema nervioso central.

Los inhalantes son sustancias volátiles aparentemente inofensivas que los niños y jóvenes utilizan para drogarse. Entre ellos podemos encontrar el corrector líquido, aerosoles, varias pinturas, thinner, gasolina, pegamentos industriales, botellas de butil o nitrato de amyl conocidos como “popers” o “rush”, acetona, laca para el cabello, esmaltes para uñas; muchos de estos son artículos domésticos y de belleza que se puede encontrar en cualquier hogar.

Para su consumo se utilizan sus envases, estopas, pedazos de tela, bolsas, o naranjas partidas.

• **Cocaína**

La cocaína es un fuerte estimulante del sistema nervioso central que interfiere con el proceso de reabsorción de la dopamina, un mensajero químico asociado con el placer y el movimiento. La acumulación de la dopamina resulta en una estimulación continua de las neuronas "receptoras", lo cual está asociado con la euforia comúnmente reportada por los abusadores de la cocaína.

Los efectos físicos del consumo de la cocaína incluyen la constricción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, y aumento en la temperatura, frecuencia cardiaca y presión arterial. La duración de los efectos eufóricos inmediatos de la cocaína (que incluyen hiperestimulación, claridad mental y disminución de la fatiga) dependen de la forma de administración. Cuanto más rápida sea la absorción, más intensa será la euforia pero más breve será su duración. La euforia puede durar de 15 a 30 minutos si se inhala la cocaína, y de 5 a 10 minutos si se la fuma. Un aumento en el uso de la cocaína puede reducir el período de tiempo que el usuario se siente eufórico y aumenta el riesgo de adicción.

• **Pasta Base**

La pasta base de cocaína o PBC es un estimulante sintético que se fuma mezclada con tabaco o con marihuana. También se consume en pipas o en antenas de televisión ahuecadas. Los efectos de fumar pasta base de cocaína dependen de muchas variables: el tipo de preparación, la dosis, la frecuencia de consumo, las impurezas y adulteraciones que contenga, la motivación (estimulante, búsqueda de placer, antidepresiva), entre otras.

Cuando se fuma, el efecto es rápido e intenso (se demoran entre 8 y 40 segundos en aparecer y dura sólo unos minutos).

• **Crack**

El crack estimulante que se presenta en forma de rocas cristalinas de color blanco o amarillento.

El crack se fuma y sus consumidores suelen hacerlo en pipas de cristal. Los efectos en el organismo de forma inmediata son: euforia, estimulación del sistema nervioso central, ansiedad, miedo, depresión, apatía, angustia. En mujeres embarazadas puede provocar deterioro del feto, retardar su crecimiento en el útero y parto prematuro, entre otras complicaciones.

Los riesgos que conlleva el uso de esta droga son: irritabilidad, insomnio, pérdida de peso, hipertensión, arritmia cardiaca, temblores, accesos crónicos de tos, paranoia, percepciones visuales miniaturizadas, infecciones pulmonares.

#### • **Heroína**

La heroína es un derivado del opio. Si bien la forma de usar la heroína ha cambiado en los últimos años, puede consumirse en forma oral, inyectada (después de calentarse, lo que se conoce como "agarrar el dragón por la cola"), inhalarse o fumarse. Un heroinómano puede usar la droga, en promedio, hasta cuatro veces al día.

Los efectos inmediatos en el organismo pueden ser: brote de euforia, sonrojo en la piel, boca seca, extremidades pesadas, turbación de las facultades mentales debido a la depresión del sistema nervioso central.

El uso regular de heroína produce tolerancia a la droga, lo que significa que un adicto debe usar mayores dosis para obtener la misma intensidad o efecto. El abandono de esta sustancia produce abstinencia pocas horas después de la última dosis, provocando agitación, dolores en los músculos y huesos, insomnio, diarrea, vómitos, escalofríos con piel de gallina, movimientos en forma de patada, entre otros.

Los principales efectos alcanzan su punto máximo entre las 48 y 72 horas después de la última dosis y se calman después de una semana o más.

#### • **LSD (Ácido Lisérgico)**

El LSD es una sustancia semisintética, derivada del ergot, extracto éste del cornezuelo del centeno, usado en medicina al final de la edad media. También fue muy utilizado en obstetricia para evitar hemorragias puerperales y promover la contracción del útero. En un principio fue utilizado con fines terapéuticos de alcohólicos, cancerosos y otros enfermos terminales para ayudarles a superar el trance.

Posteriormente fue abandonada la práctica al comprobarse los resultados adversos, tales como suicidios a causa de las engañosas imágenes y terroríficas visualizaciones. También se comprobó que podía desencadenar esquizofrenia y deterioros mentales variados.

### • Éxtasis o MDMA

La metilendioximetanfetamina (MDMA), normalmente conocida como "éxtasis", "ectasi" o "X-TC", es un droga sintética sicoactiva con propiedades alucinógenas de gran potencial emotivo y perturbador psicológico, con propiedades similares a las anfetaminas. Se asemeja a la estructura de la metilendioxianfetamina (mda) y de la metanfetamina, otros tipos de drogas sintéticas causante de daños cerebrales.

El éxtasis produce efectos psíquicos de gran potencial perturbador. Inicialmente el sujeto experimenta sensaciones de confianza y excitación, a las que siguen un estado de hiperactividad e incremento en los pensamientos morboso. Los efectos del estimulante se diluyen provocando trastornos sicólogos, como confusión, problemas con el sueño (pesadilla, insomnio), deseo incontenible de consumir nuevamente droga, depresión, ansiedad grave y paranoia. También se han informado casos graves de psicosis. Entre los síntomas físicos pueden citarse: anorexia, tensión y trastornos musculares similares a los presentes en la enfermedad de parkinson, bruxismo, náuseas, visión borrosa, desmayo, escalofrío y sudoración excesiva.

### • Ketamina

La administración de ketamina induce a un estado conocido como "anestesia disociativa", que se caracteriza por inconsciencia, amnesia, inmovilidad y gran analgesia para los dolores superficiales.

Recién administrada produce en la persona una sensación de desconexión del medioambiente. Alrededor de un minuto después se pierde la conciencia por 10 ó 15 minutos, siendo la analgesia y amnesia mucho más prolongada.

Provoca aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca. También eleva la presión intraocular y del flujo sanguíneo intracraneano.

Durante la recuperación de la anestesia pueden presentarse estados de excitación como sueños vívidos, delirios y alucinaciones. Dura unas pocas horas. Sin embargo, en algunas personas estos síntomas pueden reaparecer 24 horas después de la anestesia.

El uso de esta droga sin prescripción médica tiene los siguientes riesgos: en personas con la presión alta el consumo de ketamina es un riesgo, pues eleva la presión arterial y la frecuencia cardiaca. Además es peligroso por la presencia de aneurismas, insuficiencia coronaria, cardiaca y eclampsia. También en aquellas personas que tengan antecedentes de accidentes cerebrovasculares. En casos de sobredosis puede provocar sudor frío, pérdida de la orientación y el conocimiento. Si se

combina con alcohol o barbitúricos puede producir una parálisis del sistema respiratorio.

- **Morfina**

La morfina es una droga depresora que, según la forma en que se presente, puede ser ingerida, tomada o inyectada. Sus efectos se presentan entre los 3 y 5 minutos después de su aplicación y duran de 4 a 5 horas. Los efectos inmediatos en el organismo incluyen: la primera inyección provoca náuseas y vértigo, pero la costumbre a su uso se adquiere pronto, es analgésico y calmante, produce sensación de bienestar, euforia, pasividad, torpeza, depresivo respiratorio, contracción de pupilas, presión intracraneal elevada, vómitos, estreñimiento, insensibilidad al dolor.

Los efectos a largo plazo pueden ser: trastornos de humor, dependencia, fuerte tolerancia, somnolencia, apatía, disminución de la presión arterial, retención urinaria, disminución de la capacidad sexual y una fuerte dosis puede provocar paro respiratorio.

- **Floripondio (*Brugamsia*)**

Estrechamente relacionadas con la Datura, las especies de Brugamsia son arborescentes y están diseminadas por toda América Latina y Europa.

Sus variedades conocidas son: arbórea, suaveolens, insignis, aurea y sanguina. Las especies aurea, suaveolens y arbórea se conocen como floripondios en México, yas o borrachero en algunas regiones de Centroamérica y estramonios en España donde incluso se venden en invernaderos y a través de catálogos por correo.

Las Brugamsias pertenecen a la familia de las solanáceas y contienen los mismos alcaloides que las Daturas: escopolamina, hioscamina, atropina y los variados alcaloides del grupo tropano, tales como norescopolamina, aposcopolamina, metelodina, etc. La escopolamina es la que aparece en mayor proporción. Las hojas, los tallos y las flores contienen un 0.3% de alcaloides, de los cuales el 80% es escopolamina

- **Peyote (*Lophophora williamsii*)**

El peyote, “la planta que hace que los ojos se maravillen”, es una cactácea de origen americano que crece en las regiones desérticas de Norteamérica, sobre todo en la sierra que corre entre Nayarit y San Luis Potosí.

El peyote es una planta rica en alcaloides. A la fecha se han aislado más de 50, entre ellos: peyotina, anhalina, anhaloidina, anhalinina, anhalonina y loforina. El más importante de ellos es la mezcalina.

## ANEXO 2.- CUESTIONARIO

Número cuestionario \_\_\_\_\_

### ENCUESTA DE SALUD PUBLICA 2007 BOLIVIA

**Ciudad:** La Paz [1] Santa Cruz [2] Cochabamba [3] Oruro [4]  
Sucre [5] Potosí [6] Cobija [7] Tarija [8] Trinidad [9] El Alto [10]

Distrito \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Manzana\_\_\_\_\_  
Vivienda \_\_\_\_\_

Buenos días (tardes). Mi nombre es ..... y trabajo en la empresa Encuestas & Estudios. Estamos realizando un estudio sobre salud pública. Me puede atender unos minutos por favor. Gracias.

**1.- En Primer lugar me puede decir cuántos hogares viven en esta vivienda:** \_\_\_\_\_

**2.- Cuántas personas de 12 a 65 años viven en este hogar:** \_\_\_\_\_ (anote en tabla 1 Preg 2)

**3.- Me puede dar el nombre de las personas de 12 a 65 años que componen este hogar** (Anotar en Tabla 1 de mayor a menor).

**4.- Me puede dar el género de cada uno de ellos?** (Anote en tabla 1: hombre =1, Mujer = 2)

**5. ¿Y cuál es la edad en años cumplidos de cada una de ellas?** (Entrevistador leer los nombres de cada uno de los miembros del hogar y anotar en la Tabla 1 las edades)

**6. Cuál es el parentesco que tienen cada una de ellas con el jefe de hogar?**

(Entrevistador: leer los nombres de cada miembro del hogar y anote en Tabla 1 usando la siguiente codificación en relación al jefe de Hogar):

Jefe del Hogar=1;	Cónyuge=2;	Hijo(a)=3;
Padre/Madre=4;	Abuelo(a)=5;	Hermano(a)=6;
Cuñado(a)=7;	Yerno/Nuera=8;	Nieto(a)=9;
Sobrino(a)=10;	Primo(a)=11;	Suegro(a)=12;
Tío(a)=13;	Hijo(a)Adoptivo(a)=14;	Padrastro/Madrastra=15;
Hijastro(a)=16;	Otro=17;	Empleado(a) Doméstico(a) =18;
		Sin Parentesco = 19; NR=99

**7. ¿Cuál fue el último grado educacional aprobado por cada una de ellas?** (Entrevistador: leer los nombres de cada miembro del hogar y anote en Tabla 1 usando la siguiente codificación)=>

Ninguno=0; Primaria=1,2,3,4,5,6; Secundaria= 7,8,9,10,11,12

Universitario= 13,14,15,16,17,18; Postgrado= 19 (más de un año);

Diplomado =20; Maestría= 21; Doctorado = 22; Técnico=41,42,43

TABLA 1

P2 #	P3 Nombre	P4 Sexo	P5 Edad	P6 Parentesco	P7 Escolaridad	ULTIMO DIGITO CUESTIONARIO									
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1		1 2				1 1 1 1 1 1 1 1 1 1									
2		1 2				1 2 2 1 2 1 2 2 1 1									
3		1 2				1 3 2 1 1 2 3 2 3 1									
4		1 2				1 4 2 3 3 2 2 4 3 1									
5		1 2				1 2 3 4 5 5 4 3 2 1									
6		1 2				1 3 2 4 5 6 4 2 3 5									
7		1 2				1 3 4 6 7 5 2 1 4 7									
8		1 2				1 3 4 5 6 8 7 6 2 8									
9		1 2				1 2 3 4 5 6 7 8 9 2									
10		1 2				1 2 3 4 5 6 7 8 9 0									

**Metodología para escoger al entrevistado:**

Vaya hasta la última persona. Vea el último dígito del número del cuestionario: donde se cruzan ambos está el número de la persona a entrevistar: ejemplo: ultimo dígito = 8, número de personas en el hogar = 6 => le toca hacer la persona enlistada con el número 4, marque con un círculo en P2 la persona a entrevistar.

En esta casa debo entrevistar a la persona bajo el nombre de ..... Podría pedirle que me ayude por favor con esta entrevista?. Gracias.

Si no está disponible, debe hacer una cita y volver al menos una vez más. Si regresa y tampoco está disponible, declare como rechazo y asuma el siguiente aleatorio.

**INCIDENCIAS – RECHAZOS DE LA ENTREVISTA.** Si Ud tiene rechazos antes de conseguir la entrevista, encircule en la siguiente tabla según el causal de rechazo: ejemplo. Llego una casa y está vacía, marco 1 en no vive nadie, voy a otra casa y es una tienda, marco 1 en no es hogar, luego voy a otra y también está vacía marco 2 en deshabitada.

Persona seleccionada no está disponible	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Negativa de la persona a la entrevista	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
No es un hogar	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
No vive nadie/casa deshabitada	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
No hay nadie entre 12 y 65 años	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Entrevista interrumpida/ Faltó tiempo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

(PARA CODIFICAR) TOTAL RECHAZOS POR SUPERVISOR

NUMERO DE HOGARES DISTINTOS CONTACTADOS PARA CONSEGUIR ESTA ENTREVISTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0	1 1	1 2	1 3	1 4	1 5	1 6
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

SUPERVISION
Nombre: _____
Código: _____
Fecha: _____

CODIFICACION
Hecha por (código) _____
DIGITACION
Hecha por (código) _____

Hora de inicio de entrevista \_\_\_\_\_ (Anote en formato 24 horas)

Cuando está frente a la persona seleccionada repita la introducción:

Buenos días (tardes). Mi nombre es ..... y trabajo en la empresa Encuestas & Estudios. Estamos realizando un estudio sobre salud pública. Me puede atender unos minutos por favor. Gracias. Los datos del presente cuestionario son estrictamente confidenciales y sólo serán usados para generar estadísticas generales.

**7. ¿En el último mes, cuál ha sido su principal actividad? (Mostrar Tarjeta 1 y elija opción)**

- [1] Incapacitado para trabajar [2] No hizo/hace nada
- [3] Trabajó jornada completa, (44 horas o más a la semana)
- [4] Trabajó jornada parcial, (menos de 44 horas a la semana), pero quisiera trabajar más horas
- [5] Trabajó jornada parcial, (menos de 44 horas a la semana), y no quiere trabajar más horas
- [6] Tuvo trabajo temporal (hizo ayni, mita, minka, ayudó algún familiar o amigo en su negocio, cultivó, preparó o fabricó algo para vender, o estuvo vendiendo algún otro producto, etc.)
- [7] Estuvo sin trabajo, pero busco o está buscando trabajo (revisó el periódico, puso carteles, asistió a entrevistas, etc.)
- [8] Teniendo trabajo, no asistió (especificar periodo de tiempo) por vacaciones, enfermedad, paro o huelga, u otro problema
- [9] Estuvo dedicado a tareas del hogar (ama/o de casa)
- [10] Estuvo dedicado al estudio (secundario, técnico o universitario)
- [11] Es jubilado, pensionado o rentista
- [0] No contesta

**8. ¿Cuál es su estado civil/situación conyugal?**

- |                 |                    |                 |
|-----------------|--------------------|-----------------|
| [1] Casado(a)   | [2] Divorciado(a)  | [3] Separado(a) |
| [4] Viudo(a)    | [5] Unido, juntado | [6] Soltero     |
| [0] No contesta |                    |                 |

**9. Hablando de su salud. ¿Cómo calificaría Ud. su estado de salud, en general, durante los últimos 12 meses?**

- |                 |          |             |           |
|-----------------|----------|-------------|-----------|
| [1] Muy malo    | [2] Malo | [3] Regular | [4] Bueno |
| [5] Muy bueno   |          |             |           |
| [0] No contesta |          |             |           |

**10. Durante los últimos 12 meses, ¿Ha sufrido Ud. algún accidente que le haya impedido realizar sus actividades habituales por uno o más días?**

- |        |        |                 |
|--------|--------|-----------------|
| [1] Sí | [2] No | [0] No contesta |
|--------|--------|-----------------|

**11. Durante los últimos 12 meses, ¿Ha sufrido Ud. alguna enfermedad por la que haya debido guardar cama o reposo bajo consejo médico?**

- |        |        |                 |
|--------|--------|-----------------|
| [1] Sí | [2] No | [0] No contesta |
|--------|--------|-----------------|

**12. Y durante los últimos 12 meses, ¿Ha visitado Ud. a algún profesional de la salud por problemas de angustia, relaciones personales, depresión u otros?**

- |        |        |                 |
|--------|--------|-----------------|
| [1] Sí | [2] No | [0] No contesta |
|--------|--------|-----------------|

**CIGARRILLOS (Tabaco)**

**13. ¿Ha fumado cigarrillos (tabaco) alguna vez en la vida?**

- |        |                               |
|--------|-------------------------------|
| [1] Sí | [2] No (=> Pase a la preg.19) |
|--------|-------------------------------|

**14. ¿Qué edad tenía cuando fumó (tabaco) por primera vez? \_\_\_\_\_ Años**

- |           |
|-----------|
| [0] NS/NR |
|-----------|

**15. ¿Cuándo fue la última vez que usted fumó cigarrillos (tabaco)?**

- |   |
|---|
| [1] Durante los últimos 30 días           |
| [2] Hace más de 1 mes pero menos de 1 año |
| [3] Hace más de 1 año                     |

**16. ¿Ha fumado cigarrillos en los últimos 12 meses?**

- |        |                               |
|--------|-------------------------------|
| [1] Sí | [2] No (=> Pase a la preg.19) |
|--------|-------------------------------|

**17. ¿Ha fumado cigarrillos en los últimos 30 días?**

[1] Sí

[2] No (Pase a la preg.19)

**18. Aproximadamente, ¿Cuántos cigarrillos ha fumado por día en el último mes? \_\_\_\_\_**

### **BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

**19. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida?**

[1] Sí

[2] No (=>Pase a la preg.25)

**20. ¿Qué edad tenía cuando consumió bebidas alcohólicas por primera vez? \_\_\_\_ Años [0] NS/NR**

**21. ¿Cuándo fue la última vez que consumió bebidas alcohólicas? (Mostrar tarjeta 2)**

[1] Durante los últimos 30 días

[2] Hace más de 1 mes pero menos de 1 año

[3] Hace más de 1 año

**22. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?**

[1] Sí

[2] No (=>Pase a la preg.25)

**23. Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?**

[1] Sí

[2] No (=>Pase a la preg.25)

**24. En los últimos 30 días, ¿Cuál de las siguientes bebidas consumió y con qué frecuencia? (Muestre tarjeta 3) ATENCIÓN: Regístrese la frecuencia para cada una de las siguientes bebidas**

	Diariamente	Fines de semana	Algunos días de semana	Solo en eventos sociales	No consumió
a. Cerveza	1	2	3	4	5
b. Chicha	1	2	3	4	5
c. Bebidas fuertes (singani, ron, vodka, etc.)	1	2	3	4	5

**25. ¿Tiene amigos o familiares que se emborrachan?**

[1] Ninguno

[2] Uno

[3] Dos o más

[0] NS/NR

**26. Sólo para los que consumieron alcohol en los últimos 12 meses (ver preg 22) haga las siguientes preguntas**

	SI	NO	No aplica
26.1 ¿Ha habido problemas entre Ud. y su pareja a causa del trago?	1	2	9
26.2 ¿Ha perdido amigos, amigas, por su modo de beber?	1	2	
26.3 ¿Ha tenido ganas de disminuir lo que toma?	1	2	
26.4 ¿Le ocurre en ocasiones que, sin darse cuenta, termina tomando más de lo que desea?	1	2	
26.5 ¿Ha tenido que tomar alcohol en las mañanas? ¿O sentido la necesidad de tomar alcohol en la mañana?	1	2	
26.6 ¿Le ha ocurrido que, al despertar, después de haber bebido la noche anterior, no se acuerde parte de lo que pasó?	1	2	
26.7 ¿Le molesta que le critiquen por la forma en que toma?	1	2	

**26.8 ¿Ha tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa del alcohol?** Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a las clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.

[1] Sí [2] No

**26.9 ¿Le ha sucedido que a causa del alcohol se ha expuesto a algún peligro contra su integridad física?** Digamos ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.

[1] Sí [2] No

**26.10 ¿Ha hecho algo bajo los efectos de alcohol que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley?** Como conducir vehículos en estado de ebriedad, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.

[1] Sí [2] No

**26.11 ¿Ha tenido algún problema con la familia o los amigos a causa de alcohol?** Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación?

[1] Sí [2] No

**26.12 ¿Se ha visto envuelto en alguna pelea a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos de alcohol?**

[1] Sí [2] No

**27. ¿Tienen amigos o familiares que consuman drogas ilícitas como marihuana o cocaína?**

[1] Ninguno [2] Uno [3] Dos o más [4] No lo sé [0]NR

**28. ¿Alguna vez tuvo la posibilidad de probar alguna droga ilícita?**

[1] Ninguna [2] Una vez [3] Dos o más veces [0] NR

**29. ¿Alguna vez sintió la curiosidad por probar una droga ilícita?**

[1] No [2] Tal vez/No está seguro [3] Sí [0] NR

**30. Si tuviera la ocasión, ¿Probaría una droga ilícita?**

[1] No [2] Tal vez [3] Sí [0] NR

**31. (Muestre la tarjeta 4 y haga las siguientes preguntas usando en todas el encabezado que se indica)**

ENCABEZADO PARA TODAS LAS PREGUNTAS: En su opinión, ¿Cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que....?	Ningún riesgo	Riesgo Leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sé que riesgo corre
1. Fuma cigarrillos alguna vez	1	2	3	4	5
2. Fuma cigarrillos frecuentemente	1	2	3	4	5
3. Toma bebidas alcohólicas alguna vez	1	2	3	4	5
4. Toma bebidas alcohólicas frecuentemente	1	2	3	4	5
5. Se emborracha con bebidas alcohólicas	1	2	3	4	5
6. Toma tranquilizantes/estimulantes sin receta médica alguna vez	1	2	3	4	5
7. Toma tranquilizantes/estimulantes sin receta médica frecuentemente	1	2	3	4	5
8. Inhalá solventes alguna vez (Clefa, tiner, gasolina u otros inhalantes)	1	2	3	4	5
9. Inhalá solventes frecuentemente (Clefa, tiner, gasolina u otros inhalantes)	1	2	3	4	5
10. Fuma marihuana alguna vez (Bayer, hierba, grass)	1	2	3	4	5
11. Fuma marihuana frecuentemente (Bayer, hierba, grass)	1	2	3	4	5
12. Consume cocaína alguna vez (Clorhidrato, azúcar)	1	2	3	4	5
13. Consumir cocaína frecuentemente (Clorhidrato, azúcar)	1	2	3	4	5
14. Consumir pasta base alguna vez (coca, ceba, papa)	1	2	3	4	5
15. Consumir pasta base (coca, ceba, papa) frecuentemente	1	2	3	4	5
16. Consumir éxtasis alguna vez	1	2	3	4	5
17. Consumir éxtasis frecuentemente	1	2	3	4	5

**32. ¿Tienen amigos o familiares que consuman drogas ilícitas como marihuana o cocaína?**

	Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil
1. Marihuana	1	2	3	4
2. Cocaína	1	2	3	4
3. Pasta base	1	2	3	4
4. Éxtasis	1	2	3	4
5. Peyote o San Pedro	1	2	3	4

**33. Alguna vez, ¿Le han ofrecido alguna droga ilícita ya sea para probar o comprar, como marihuana, cocaína, pasta base o éxtasis?**

[1] Sí [2] No (=>Pase a la preg.35)

**34. ¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron alguna de estas drogas, sea para comprar o probar? (Mostrar tarjeta 6)**

	Durante los últimos 30 días	Hace más de un mes, pero menos de un año	Hace más de un año	Nunca me han ofrecido
1. Marihuana	1	2	3	4
2. Cocaína	1	2	3	4
3. Pasta base	1	2	3	4
4. Éxtasis	1	2	3	4
5. Peyote o San Pedro	1	2	3	4

35. ¿Ha consumido alguna de estas sustancias alguna vez en su vida?	SI	NO	36. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez?	Si contestas SI en preg. 35 Hacer la sección
1. Tranquilizantes sin prescripción médica (tales como diazepam, fenobarbital)	1	2	Años	37
2. Estimulantes sin prescripción médica (tales como anfetaminas, durvitan, etc.)	1	2	Años	38
3. Solventes e inhalantes (tales como naftas, clefa, pinturas, tiner, gasolina)	1	2	Años	39
4. Marihuana	1	2	Años	40
5. Hashis	1	2	Años	44
6. Pasta Base	1	2	Años	42
7. Cocaína	1	2	Años	41
8. Crack	1	2	Años	44
9. Éxtasis	1	2	Años	43
10. Heroína	1	2	Años	44
11. Opio	1	2	Años	44
12. Morfina (Solo uso no recetado)	1	2	Años	44
13. Alucinógenos (tales como LSD, floripondio, peyote o San Pedro)	1	2	Años	44
14. Ketamina	1	2	Años	44
15. Otras Drogas: (especificar)	1	2	Años	44

#### TRANQUILIZANTES (Para quienes contestaron que sí en preg. 35.1)

**37. ¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir alguna de las siguientes drogas? (Mostrar Tarjeta 5)**

- [1] Durante los últimos 30 días
- [2] Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
- [3] Hace más de 1 año

**37.a. ¿Ha consumido tranquilizantes sin prescripción médica en los últimos 12 meses?**

- [1] Sí
- [2] No (=> Pase a la preg.38)

**37.b. ¿Ha consumido tranquilizantes sin prescripción médica en los últimos 30 días?**

- [1] Sí
- [2] No (=> Pase a la preg.38)

**37.c. En los últimos 30 días, ¿Cuántos días consumió tranquilizantes sin prescripción médica? \_\_\_\_\_ Días**

**37.d. ¿Cómo obtuvo los tranquilizantes que consumió?**

- [1] De un médico [2] En la calle [3] En la casa [4] De un amigo  
[5] En la farmacia [6] Otro \_\_\_\_\_

**ESTIMULANTES (Para quienes contestaron que sí en preg. 35.2)**

**38a. ¿Cuándo fue la primera vez que probó estimulantes sin prescripción médica? (Mostrar tarjeta 6)**

- [1] Durante los últimos 30 días  
[2] Hace más de 1 mes pero menos de 1 año  
[3] Hace más de 1 año

**38b. ¿Ha consumido estimulantes sin prescripción médica en los últimos 12 meses?**

- [1] Sí [2] No (=>Pase a la preg.39)

**38c. ¿Ha consumido estimulantes sin prescripción médica en los últimos 30 días?**

- [1] Sí [2] No (=>Pase a la preg.39)

**38d. En los últimos 30 días, ¿Cuántos días consumió estimulantes sin prescripción médica? \_\_\_\_\_ días**

**38e. ¿Cómo obtuvo los estimulantes que consumió?**

- [1] De un médico [2] En la calle [3] En la casa  
[4] De un amigo [5] En la farmacia [6] Otro \_\_\_\_\_

**SOLVENTES O INHALANTES (Para quienes contestaron que sí en preg. 35.3)**

**39a. ¿Cuándo fue la primera vez que probó solventes o inhalantes?**

- [1] Durante los últimos 30 días  
[2] Hace más de 1 mes pero menos de 1 año  
[3] Hace más de 1 año [0] NS/NC

**39b. ¿Ha consumido solventes o inhalantes en los últimos 12 meses?**

- [1] Sí [2] No (=> Pase a la preg.40)

39c. ¿Con qué frecuencia ha usado solventes o inhalantes?

- [1] Una sola vez
- [2] Algunas veces durante los últimos 12 meses
- [3] Algunas veces mensualmente
- [4] Algunas veces semanalmente
- [5] Diariamente
- [0] No contesta

39d. ¿Ha consumido solventes o inhalantes en los últimos 30 días?

- [1] Sí
- [2] No
- [0] No contesta

**MARIHUANA (Para quienes contestaron que sí en preg. 35.4)**

40a. ¿Cuándo fue la primera vez que probó marihuana?

- [1] Durante los últimos 30 días
- [2] Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
- [3] Hace más de 1 año
- [0] NS/NC

40b. ¿Ha consumido marihuana en los últimos 12 meses?

- [1] Sí
- [2] No (=> Pase a la preg.41)
- [0] No contesta

40c. ¿Con qué frecuencia ha usado marihuana?

- [1] Una sola vez
- [2] Algunas veces durante los últimos 12 meses
- [3] Algunas veces mensualmente
- [4] Algunas veces semanalmente
- [5] Diariamente
- [0] No contesta

40d. ¿Ha consumido marihuana en los últimos 30 días?

- [1] Sí
- [2] No
- [0] No contesta

**CONSUMO DE COCAÍNA (Para quienes contestaron que sí en preg. 35.7)**

41a. ¿Cuándo fue la primera vez que probó cocaína?

- [1] Durante los últimos 30 días
- [2] Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
- [3] Hace más de 1 año

41b. ¿Ha consumido cocaína en los últimos 12 meses?

- [1] Sí
- [2] No (=> Pase a la preg.42)

41c. ¿Con qué frecuencia ha usado cocaína?

- [1] Una sola vez
- [2] Algunas veces durante los últimos 12 meses
- [3] Algunas veces mensualmente
- [4] Algunas veces semanalmente
- [5] Diariamente
- [0] No contesta

41d. ¿Ha consumido cocaína en los últimos 30 días?

- [1] Sí
- [2] No

41e. ¿Ha tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa de la cocaína? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a las clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.

- [1] Sí
- [2] No

41f. ¿Le ha sucedido que a causa de la cocaína se ha expuesto a algún peligro contra su integridad física? Digamos ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.

- [1] Sí
- [2] No

41g. ¿Ha hecho algo bajo los efectos de la cocaína que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.

- [1] Sí
- [2] No

41h. ¿Ha tenido algún problema con la familia o los amigos a causa de la cocaína? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.

- [1] Sí
- [2] No

41i. ¿Se ha visto envuelto en alguna pelea a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos de la cocaína?

- [1] Sí
- [2] No

**CONSUMO DE PASTA BASE (Para los que contestaron que sí en preg. 35.6)**

42a. ¿Cuándo fue la primera vez que probó pasta base? (Mostrar tarjeta 6)

- [1] Durante los últimos 30 días
- [2] Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
- [3] Hace más de 1 año [0] NS/NC

42b. ¿Ha consumido pasta base en los últimos 12 meses?

- [1] Sí [2] No (=>Pase a la preg.43)

42c. ¿Con qué frecuencia ha usado pasta base?

- [1] Una sola vez
- [2] Algunas veces durante los últimos 12 meses
- [3] Algunas veces mensualmente
- [4] Algunas veces semanalmente
- [5] Diariamente [0] No contesta

42d. ¿Ha consumido pasta base en los últimos 30 días?

- [1] Sí [2] No

42e. ¿Ha tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa de la pasta base? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a las clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.

- [1] Sí [2] No

42f. ¿Le ha sucedido que a causa de la pasta base se ha expuesto a algún peligro contra su integridad física? Digamos ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.

- [1] Sí [2] No

42g. ¿Ha hecho algo bajo los efectos de la pasta base que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.

- [1] Sí [2] No

42h. ¿Ha tenido algún problema con la familia o los amigos a causa de la pasta base? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.

[1] Sí [2] No

42i. ¿Se ha visto envuelto en alguna pelea a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos de la pasta base?

[1] Sí [2] No

**CONSUMO DE ÉXTASIS (Para los que contestaron sí en preg. 35.9)**

43a. ¿Cuándo fue la primera vez que probó éxtasis? (Mostrar tarjeta 6)

- [1] Durante los últimos 30 días
- [2] Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
- [3] Hace más de 1 año [0] NS/NC

43b. ¿Ha consumido éxtasis en los últimos 12 meses?

[1] Sí [2] No (=> Pase a la preg.44) [0] No contesta

43c. ¿Con qué frecuencia ha usado éxtasis?

- [1] Una sola vez
- [2] Algunas veces durante los últimos 12 meses
- [3] Algunas veces mensualmente
- [4] Algunas veces semanalmente
- [5] Diariamente [0] No contesta

43d. ¿Ha consumido éxtasis en los últimos 30 días?

[1] Sí [2] No [0] No contesta

**SOLO SI RESPONDIÓ SI EN PREGUNTA 35 EN OTRAS DROGAS**

44a. ¿Cuándo fue la primera vez que probó otras drogas? (mostrar tarjeta 6)

- [1] Durante los últimos 30 días
- [2] Hace más de 1 mes pero menos de 1 año
- [3] Hace más de 1 año [0] NS/NC

44b. ¿Ha consumido otras drogas en los últimos 12 meses?

[1] Sí [2] No (=>Pase a la preg.45) [0] No contesta

44c. ¿Con qué frecuencia ha usado otras drogas?

- [1] Una sola vez
- [2] Algunas veces durante los últimos 12 meses
- [3] Algunas veces mensualmente
- [4] Algunas veces semanalmente
- [5] Diariamente                            [0] No contesta

44d. ¿Ha consumido otras drogas en los últimos 30 días?

- [1] Sí                                    [2] No                                    [0] No contesta

### **DENUNCIA**

45. Si Ud. tuviera conocimiento de una actividad de tráfico de drogas ¿Recurriría a alguna de estas instituciones (Muestre tarjeta 7) o cree que no haría nada? (Marque solo una)

- [1] Policía                                    [8] No sabe
- [2] Otros organismos de control        [0] No contesta
- [3] Juzgado                                    [9] No haría Nada (=> Pase a preg. 46)
- [4] Municipalidad
- [5] Junta de Vecinos
- [6] Iglesia
- [ ] Otra \_\_\_\_\_

46. ¿Y cuál sería el principal motivo por el que Ud. no haría nada? Use esta tarjeta para ayudarse (Muestre tarjeta 8)

- [1] Las denuncias no son tomadas en cuenta
- [2] Las sanciones (los castigos) son muy bajas
- [3] Porque no confía en la policía
- [4] Por temor a represalias, a venganzas
- [5] Porque no le interesa
- [6] Porque no confía en los tribunales
- [7] Porque no quiere complicarse
- [8] Porque soy consumidor                [9] No sabe                            [0] No contesta

### **Piense solamente en los últimos 12 meses**

47. ¿Ha sido Ud. detenido por la policía a causa del consumo de alcohol o alguna droga ilícita?

- [1] Sí, por alcohol    [2] Sí, por drogas    [3] Sí, por alcohol y drogas    [4] No

48. ¿Ha sido Ud. detenido por la policía por portar o traficar alguna droga ilícita?

- [1] Sí                                    [2] No

49. ¿Ha sido sometido a proceso judicial por consumir, portar o traficar alguna droga ilícita?

- [1] Sí [2] No

50. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses ha faltado al trabajo, a la universidad o al colegio a causa de malestares que puedan deberse al uso de alcohol o alguna droga ilícita? No. de días en los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

51. ¿Ha sido despedido de su trabajo o ha tenido que abandonar la universidad o el colegio por problemas que directa o indirectamente tienen que ver con el uso de alcohol o de alguna droga ilícita?

- [1] Sí, por alcohol [2] Sí, por drogas  
[3] Sí, por alcohol y drogas [4] No

52. ¿Ha tenido que acudir de urgencia a algún consultorio, hospital o clínica por problemas asociados al consumo de alcohol o drogas ilícitas?

- [1] Sí, por alcohol [2] Sí, por drogas  
[3] Sí, por alcohol y drogas [4] No

53. ¿Ha sufrido algún accidente de tránsito o algún accidente laboral o doméstico que directa o indirectamente puedan haberse debido al uso de alcohol o alguna droga ilícita?

- [1] Sí, por alcohol [2] Sí, por drogas  
[3] Sí, por alcohol y drogas [4] No

54. ¿Ha tenido que endeudarse más allá de la cuenta o vender algo de cierta importancia para procurarse el alcohol o la droga ilícita que necesita?

- [1] Sí, por alcohol [2] Sí, por drogas  
[3] Sí, por alcohol y drogas [4] No

55. ¿Ha tenido que irse de la casa, enfrentar alguna ruptura conyugal o separarse de alguno de sus seres queridos a causa del uso de alcohol o de alguna droga ilícita?

- [1] Sí, por alcohol [2] Sí, por drogas  
[3] Sí, por alcohol y drogas [4] No

**MUCHAS GRACIAS HEMOS TERMINADO**