



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA MINISTERIO
DE GOBIERNO



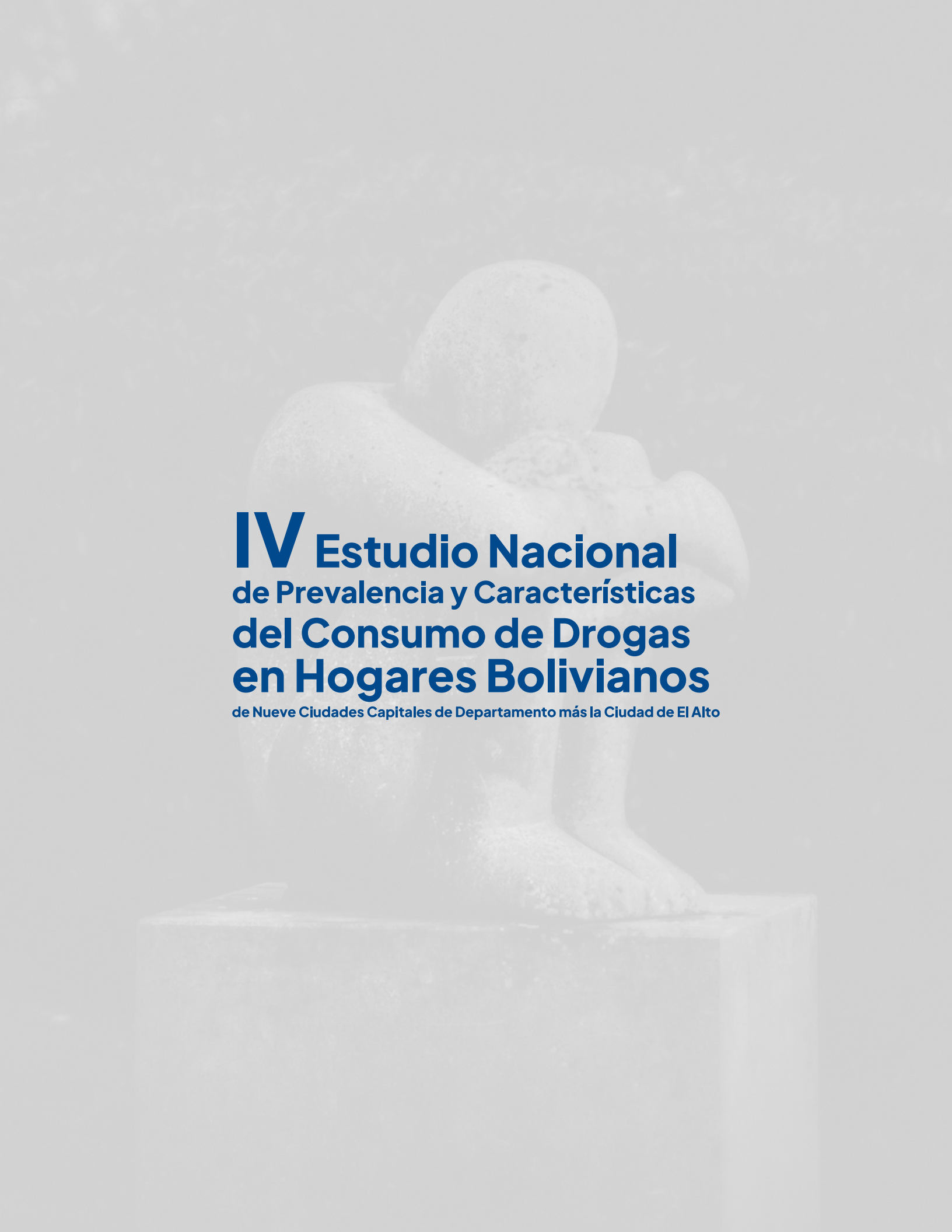
OBSCD

OBSERVATORIO BOLIVIANO
DE SEGURIDAD CIUDADANA Y
LUCHA CONTRA LAS DROGAS

IV Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos

de Nueve Ciudades Capitales de Departamento más la Ciudad de El Alto

BOLIVIA 2024



IV Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos

de Nueve Ciudades Capitales de Departamento más la Ciudad de El Alto

**IV ESTUDIO NACIONAL DE PREVALENCIA Y
CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN
HOGARES BOLIVIANOS DE NUEVE CIUDADES CAPITALES
DE DEPARTAMENTO MÁS LA CIUDAD DE EL ALTO**

MINISTERIO DE GOBIERNO

MSc. Carlos Eduardo Del Castillo Del Carpio
Ministro de Gobierno

**OBSERVATORIO BOLIVIANO DE SEGURIDAD CIUDADANA
Y LUCHA CONTRA LAS DROGAS - OBSCD**

ELABORACIÓN:

Carla Concepción Choque Soto
Directora General Ejecutiva

Milton Rafael Vargas Camberos
Encargado de Estadísticas

Vanesa Rosario Morales Torrez
Técnico en Estadísticas

Jhonny Yencín Chávez Velasquez
Técnico Estadístico

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

Adrián Ángel Llano Lara
Encargado de Comunicación

Victor Catacora Loredó
Apoyo en Diagramación

Depósito Legal: 4-1-33-2024 P.O.

Tiraje: 500 unidades

Impresión: Editorial del Estado Plurinacional de Bolivia

La Paz – Bolivia

2024



MSc. Luis Alberto Arce Catacora
Presidente Constitucional
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

PRESENTACIÓN



En mi función como Ministro de Gobierno al servicio del pueblo boliviano, es un gran honor dirigirme a ustedes en esta oportunidad para presentar el “IV estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento más la ciudad de El Alto”, producto de un sólido compromiso del Ministerio de Gobierno de Bolivia y del Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD), de generar información estadística para la toma de decisiones basados en evidencia, que guíe la lucha contra el tráfico ilícito de drogas en el país de manera integral.

La “Estrategia Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas y Control de la Expansión de Cultivos de Coca 2021 – 2025”, determina entre sus programas: la prevención del consumo de drogas y tratamiento, rehabilitación y reintegración. El cual cuenta con la Acción de Corto Plazo de “Realización de estudios epidemiológicos de caracterización del consumo de drogas en población general con atención específica a escolares, universitarios y población vulnerable, con enfoque de género, de manera integral con las instituciones involucradas” reflejadas en el componente 3.

En este contexto, el OBSCD presenta información relevante sobre el consumo de drogas luego de un vacío de información de cinco años, este hito significativo permite contar con datos sobre esta problemática, identificando tendencias, patrones de consumo, y otros aspectos relevantes, que son un insumo fundamental para el seguimiento, monitoreo y toma de decisiones informadas en beneficio de la sociedad en su conjunto.

Estos datos resaltan la importancia de una investigación continua con el objetivo de proporcionar información precisa y oportuna para optimizar la toma de decisiones en la ejecución de planes y proyectos de prevención e intervención; identificando grupos de riesgo, áreas geográficas y tendencias.

En definitiva, este documento estimula a reflexionar de manera profunda sobre el futuro de nuestro país invitándonos a repensar una Bolivia próspera y libre de drogas.

MSc. Carlos Eduardo Del Castillo Del Carpio
Ministro de Gobierno

RESUMEN EJECUTIVO

Es un privilegio presentar el “IV estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento más la ciudad de El Alto”, dando cumplimiento a la Ley N°913 de Lucha Contra el Narcotráfico y de Sustancias Controladas, y el Decreto Supremo N° 3249, donde se establece entre las funciones del Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD), realizar y promover encuestas, estudios e investigaciones sobre prevalencia de consumo de drogas y seguridad ciudadana, para caracterizar el consumo, fenómeno delictivo y otras conductas que afecten negativamente a la seguridad ciudadana en el país.



Con el objetivo de generar información oportuna y de calidad, este estudio se fundamenta en “El Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas” (SIDUC) propuesto por la Organización de Estados Americanos (OEA) a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Este protocolo estandarizado provee la base necesaria para llevar a cabo estudios enfocados en las características y consumo de sustancias adictivas.

El documento presenta información estadística detallada de la prevalencia, incidencia y características relacionadas al consumo de drogas, clasificadas en lícitas (alcohol, tabaco, estimulantes y tranquilizantes) e ilícitas (marihuana, cocaína, inhalables, inyectables y otras drogas). Describe la percepción de riesgo del consumo, oferta, exposición, consecuencias al uso y abuso, tratamiento y medidas de prevención, proporcionando una visión integral sobre esta problemática, que ayude la toma de decisiones basadas en evidencia en el marco de la “Estrategia contra el tráfico ilícito de sustancias controladas y control de la expansión de cultivos de coca 2021 – 2025”.

En conclusión, este documento se constituye en un aporte importante para abordar esta problemática, y reafirma nuestro compromiso en la lucha contra el narcotráfico y la prevención integral del consumo de drogas.

Carla Concepción Choque Soto
Directora General Ejecutiva

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO 1: ASPECTOS METODOLÓGICOS	15
1.1. Objetivo General	15
1.2. Marco conceptual	15
1.2.1. Conceptos principales	15
1.2.2. Definiciones relevantes	16
1.2.3. Formula general del cálculo de los principales indicadores	17
1.3. Diseño estadístico	17
1.3.1. Universo	17
1.3.2. Población objetivo	17
1.3.3. Periodo de referencia	17
1.4. Instrumento de recolección de información	17
1.4.1. Formulario de listado de viviendas	17
1.4.2. Formulario de incidencias de campo	18
1.4.3. Cuestionario de la Encuesta	18
1.4.4. Manual del encuestador	18
1.4.5. Manual del supervisor	18
1.5. Cobertura temática	18
1.6. Definiciones operativas	18
1.6.1. Sector censal	18
1.6.2. Manzano	18
1.6.3. Vivienda	18
1.6.4. Hogar	18
1.6.5. Unidad Primaria de Muestreo	19
1.7. Diseño muestral	19
1.7.1. Tipo de muestreo	19
1.7.2. Unidades básicas de investigación	19
1.7.3. Unidad de análisis	20
1.7.4. Unidad de muestreo	20
1.7.5. Nivel de desagregación	20
1.7.6. Marco muestral	20
1.7.7. Tamaño de la muestra	20
1.7.8. Probabilidad proporcional y factores de expansión	20
1.8. Operativo de campo	21
1.8.1. Levantamiento de información	21
1.8.2. Operativo de campo	21
1.8.3. Procesamiento de los datos	21
1.8.4. Consistencia y validación de datos	21
1.9. Limitaciones	21
CAPÍTULO 2: ANÁLISIS COMPARATIVO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS	23
2.1. Prevalencia de drogas lícitas	23
2.1.1. Alcohol	23
2.1.2. Tabaco	25
2.1.3. Estimulantes sin prescripción médica	26
2.1.4. Tranquilizantes sin prescripción médica	26
2.2. Prevalencia de drogas ilícitas	27
2.2.1. Marihuana	27
2.2.2. Cocaína	28
2.2.3. Inhalables	28
CAPÍTULO 3: PREVALENCIA Y CARÁCTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS	31
3.1. Alcohol	31
3.1.1. Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de alcohol	31
3.1.2. Incidencia de últimos 12 meses y últimos 30 días de nuevos consumidores	33
3.1.3. Edad de inicio de consumo de alcohol	35
3.1.4. Frecuencia del consumo de alcohol	36

3.1.5. Acceso y oferta de consumo de alcohol	37
3.1.6. Ex consumidores de alcohol	38
3.1.7. Trastornos debido al consumo de alcohol	39
3.2. Tabaco	43
3.2.1. Prevalencia de vida, de últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de tabaco.....	43
3.2.2. Incidencia de últimos 12 meses y últimos 30 días de nuevos consumidores de tabaco	44
3.2.3. Edad de inicio y motivos de consumo de tabaco	46
3.2.4. Frecuencia de consumo de tabaco	46
3.2.5. Ex consumidores y consumidores de tabaco	49
3.3. Tranquilizantes sin prescripción médica	50
3.3.1. Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de tranquilizantes sin prescripción medica	50
3.3.2. Incidencia de últimos 12 meses y últimos 30 días de nuevos consumidores de tranquilizantes sin prescripción medica	52
3.3.3. Edad de inicio de consumo de tranquilizantes sin prescripción medica	53
3.3.4. Frecuencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica	53
3.3.5. Acceso a tranquilizantes sin prescripción médica	55
3.3.6. Ex consumidores y consumidores de tranquilizantes sin prescripción medica	55
3.4. Estimulantes sin prescripción médica	56
3.4.1. Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de estimulantes sin prescripción médica	56
3.4.2. Incidencia de últimos 12 meses y últimos 30 días de nuevos consumidores de estimulantes sin prescripción médica	58
3.4.3. Edad de inicio de consumo de estimulantes sin prescripción médica	59
3.4.4. Frecuencia de consumo de estimulantes sin prescripción médica	59
3.4.5. Acceso de estimulantes sin prescripción médica	61
3.4.6. Ex consumidores y consumidores de estimulantes sin prescripción médica.....	61
CAPÍTULO 4: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS	63
4.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE DROGAS ILÍCITAS	63
4.2. Marihuana	63
4.2.1. Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de marihuana	63
4.2.2. Incidencia de últimos 12 meses y últimos 30 días de nuevos consumidores de marihuana	65
4.2.3. Edad de inicio y motivos de consumo de marihuana	66
4.2.4. Frecuencia y tipos de consumo de marihuana	68
4.2.5. Oferta de marihuana	69
4.2.6. Ex consumidores y consumidores de marihuana	69
4.3. Cocaína	71
4.3.1. Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de cocaína	71
4.3.2. Incidencia de últimos 12 meses y últimos 30 días de nuevos consumidores de cocaína	73
4.3.3. Edad de inicio de consumo de cocaína	73
4.3.4. Frecuencia del consumo	74
4.3.5. Oferta de cocaína	74
4.3.6. Ex consumidores y consumidores de cocaína	75
4.4. Inhalables	76
4.4.1. Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de inhalables	76
4.4.2. Edad de inicio de consumo de inhalables	77
4.5. Inyectables	77
4.6. Otras Drogas	77
CAPÍTULO 5: PERCEPCIÓN, FACTORES, TRATAMIENTO Y OFERTA ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS	79
5.1. Percepción de riesgo asociados al consumo de drogas lícitas	79
5.2. Percepción de riesgo del consumo de drogas ilícita	82
5.3. Percepción sobre tráfico y oferta de drogas	84
5.4. Factores asociados al consumo de drogas	87
5.5. Módulo de tratamiento	89
CAPITULO 6: MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DROGAS	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Selección y tamaño de la muestra	19
Tabla N° 2: Prevalencia de vida del consumo de alcohol por año, según ciudad capital y El Alto	24
Tabla N° 3: Prevalencia de vida del consumo de tabaco por año, según ciudad capital y El Alto	25
Tabla N° 4: Prevalencia de vida del consumo de marihuana por año, según ciudad capital y El Alto	28
Tabla N° 5: Prevalencia de vida del consumo de cocaína por año, según ciudad capital y El Alto	29
Tabla N° 6: Prevalencia de consumo de alcohol de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas	32
Tabla N° 7: Prevalencia de consumo de alcohol, de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudad capital y El Alto	32
Tabla N° 8: Población en riesgo de consumo de alcohol, según variables sociodemográficas	41
Tabla N° 9: Prevalencia de consumo de tabaco de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas	43
Tabla N° 10: Prevalencia de consumo de tabaco de vida, últimos 12 meses últimos 30 días, según ciudad capital y El Alto	44
Tabla N° 11: Prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas	51
Tabla N° 12: Prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudad capital y El Alto	51
Tabla N° 13: Prevalencia de consumo de estimulantes sin prescripción médica de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas	57
Tabla N° 14: Prevalencia de consumo de estimulantes sin prescripción médica de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según Ciudad Capital y El Alto	57
Tabla N° 15: Prevalencia de consumo de marihuana de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas	64
Tabla N° 16: Prevalencia de consumo de marihuana de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudad capital y El Alto	64
Tabla N° 17: Prevalencia de consumo de cocaína de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas	72
Tabla N° 18: Prevalencia de consumo de cocaína de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudad capital y El Alto	72
Tabla N° 19: Prevalencia de vida de consumo de otras drogas y edad promedio de inicio de consumo	78
Tabla N° 20: Percepción de riesgo del consumo frecuente por tipo de droga lícita, según tipo de riesgo	79
Tabla N° 21: Percepción de “gran riesgo” de consumo frecuente de drogas lícitas, según variables sociodemográficas	81
Tabla N° 22: Percepción de riesgo del consumo frecuente por tipo de riesgo, según tipo de droga ilícita	82
Tabla N° 23: Percepción de “gran riesgo” de consumo frecuente de drogas lícitas, según variables sociodemográficas	84
Tabla N° 24: Percepción sobre la seguridad y delincuencia, ocasionada por el tráfico y consumo de drogas	85
Tabla N° 25: Percepción sobre el acceso y facilidad de conseguir drogas	86
Tabla N° 26: Consecuencias asociadas al uso/abuso de alcohol o drogas	87
Tabla N° 27: Problemas ocasionados por el uso/abuso de alcohol o drogas	88
Tabla N° 28: Percepción general de las iniciativas con las que está de acuerdo relacionadas con el consumo de drogas	92
Tabla N° 29: Percepción de los programas de prevención, en la categoría “Bueno”, según variables sociodemográficas	93
Tabla N° 30: Medidas de control con las que está de acuerdo sobre el consumo de marihuana y otras drogas ilícitas	94
Tabla N° 31: Medidas de control con las que está de acuerdo sobre el consumo de tabaco	96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Prevalencia del consumo de alcohol por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días	23
Gráfico N° 2: Prevalencia del consumo de tabaco por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días	25
Gráfico N° 3: Prevalencia del consumo de estimulantes por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días	26
Gráfico N° 4: Prevalencia del consumo de tranquilizantes por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días	27
Gráfico N° 5: Prevalencia del consumo de marihuana por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días	27
Gráfico N° 6: Prevalencia del consumo de cocaína por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días	29
Gráfico N° 7: Prevalencia del consumo de inhalables por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días	30
Gráfico N° 8: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de alcohol	31
Gráfico N° 9: Incidencia de nuevos consumidores de alcohol, en los últimos 12 meses y últimos 30 días, por sexo	33
Gráfico N° 10: Incidencia de nuevos consumidores de alcohol en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudades capitales y El Alto	34
Gráfico N° 11: Incidencia de nuevos consumidores de alcohol en los últimos 12 meses y últimos 30 días, por rango de edad	34
Gráfico N° 12: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de alcohol, según sexo	35
Gráfico N° 13: Distribución de la población por los motivos que empezó a consumir alcohol	35
Gráfico N° 14: Distribución del consumo de alcohol en los últimos 30 días	36
Gráfico N° 15: Distribución del consumo de alcohol según tipo de bebida, en los últimos 30 días	36
Gráfico N° 16: Distribución de cuánto dinero llegó a gastar en el mes por la compra de bebidas alcohólicas	37
Gráfico N° 17: Distribución de lugares donde accede a comprar bebidas alcohólicas	37
Gráfico N° 18: Distribución de ex consumidores de alcohol, según sexo	38
Gráfico N° 19: Distribución de ex consumidores y consumidores de alcohol, según rango de edad	38
Gráfico N° 20: Distribución de puntajes obtenidos de los que consumieron alcohol en los últimos 12 meses	39
Gráfico N° 21: Distribución de la población en riesgo de consumo de alcohol, según categorías	40
Gráfico N° 22: Distribución de la población en riesgo de consumo de alcohol, en ciudades capitales y El Alto	42
Gráfico N° 23: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de tabaco	43
Gráfico N° 24: Incidencia de nuevos consumidores de tabaco en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según sexo	45
Gráfico N° 25: Incidencia de nuevos consumidores de tabaco en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudades capitales y El Alto	45
Gráfico N° 26: Incidencia de nuevos consumidores de tabaco en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según rangos de edad	46
Gráfico N° 27: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de tabaco, según sexo	47
Gráfico N° 28: Distribución de los motivos por los que consumieron tabaco por primera vez	47
Gráfico N° 29: Distribución del consumo de tabaco en los últimos 30 días	48
Gráfico N° 30: Distribución del consumo de tabaco en los últimos 30 días, según tipo de consumo	48
Gráfico N° 31: Distribución de ex consumidores de tabaco, según sexo	49
Gráfico N° 32: Distribución de ex consumidores y consumidores de tabaco, según rango de edad	49
Gráfico N° 33: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica	50
Gráfico N° 34: Incidencia de nuevos consumidores de tranquilizantes sin prescripción médica en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según sexo y total	52
Gráfico N° 35: Incidencia de nuevos consumidores de tranquilizantes sin prescripción médica en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según rango de edad	52
Gráfico N° 36: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica, según sexo	53
Gráfico N° 37: Distribución del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en los últimos 30 días	54
Gráfico N° 38: Distribución de lugares donde accede a adquirir tranquilizantes sin prescripción médica	54
Gráfico N° 39: Distribución de ex consumidores de tranquilizantes sin prescripción médica, según sexo	55
Gráfico N° 40: Distribución de ex consumidores y consumidores de tranquilizantes sin prescripción médica, según rango de edad	55
Gráfico N° 41: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de estimulantes sin prescripción médica	56
Gráfico N° 42: Incidencia de nuevos consumidores de estimulantes sin prescripción médica a nivel total, últimos 12 meses y últimos 30 días, según sexo	58
Gráfico N° 43: Incidencia de nuevos consumidores de estimulantes sin prescripción médica a nivel total, últimos 12 meses y últimos 30 días, según rango de edad	58
Gráfico N° 44: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de estimulantes sin prescripción médica, según sexo	59
Gráfico N° 45: Distribución del consumo de estimulantes sin prescripción médica en los últimos 30 días	60

Gráfico N° 46: Distribución de lugares donde accede a comprar estimulantes sin prescripción médica	60
Gráfico N° 47: Distribución de ex consumidores de estimulantes sin prescripción médica, según sexo	61
Gráfico N° 48: Distribución de ex consumidores y consumidores de estimulantes sin prescripción médica, según rango de edad	61
Gráfico N° 49: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de marihuana	63
Gráfico N° 50: Incidencia de nuevos consumidores de marihuana en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según sexo y total	65
Gráfico N° 51: Incidencia de nuevos consumidores de marihuana en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudades capitales y El Alto	66
Gráfico N° 52: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de marihuana, según sexo	67
Gráfico N° 53: Distribución por los motivos que consumieron marihuana por primera vez	67
Gráfico N° 54: Distribución del consumo de marihuana en los últimos 30 días	68
Gráfico N° 55: Distribución del consumo de marihuana en los últimos 30 días, según tipo de consumo	69
Gráfico N° 56: Distribución del gasto por mes en la compra de marihuana	69
Gráfico N° 57: Distribución de ex consumidores de marihuana, según sexo	70
Gráfico N° 58: Distribución de ex consumidores y consumidores de marihuana, según rango de edad	70
Gráfico N° 59: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de cocaína	71
Gráfico N° 60: Incidencia media de nuevos consumidores de cocaína en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según sexo y total	73
Gráfico N° 61: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de cocaína, según sexo	73
Gráfico N° 62: Distribución del consumo de cocaína en los últimos 30 días, según días	74
Gráfico N° 63: Distribución del gasto por mes por la compra de sobres o bretes de cocaína	74
Gráfico N° 64: Distribución de ex consumidores de cocaína, según sexo	75
Gráfico N° 65: Distribución de consumidores y ex consumidores de cocaína, según rango de edad	75
Gráfico N° 66: Distribución de la prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de inhalables	76
Gráfico N° 67: Distribución de medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de inhalables, según sexo	76
Gráfico N° 68: Prevalencia de vida de inyectables, según tipo de droga	77
Gráfico N° 69: Distribución de la percepción de “gran riesgo” de consumo de drogas lícitas, según ciudad capital y El Alto	80
Gráfico N° 70: Percepción de “gran riesgo” de consumo de drogas ilícitas, según ciudad capital y El Alto	83
Gráfico N° 71: Distribución de la percepción sobre la gravedad del consumo de drogas en el barrio del entrevistado	85
Gráfico N° 72: Distribución del conocimiento de la venta de drogas en las calles y lugares de acceso público	86
Gráfico N° 73: Distribución a personas a las que les ofrecieron drogas	87
Gráfico N° 74: Distribución del consumo de tabaco y alcohol en el entorno	89
Gráfico N° 75: Distribución de personas que recibieron tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas	89
Gráfico N° 76: Distribución de personas que sintieron la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir drogas	90
Gráfico N° 77: Distribución sobre la percepción de las personas, que creen que el consumo de drogas en el país aumentó o disminuyó, en los últimos años	91
Gráfico N° 78: Distribución sobre la percepción de las personas, que creen que el consumo de drogas en el país aumentará o disminuirá, en los próximos años	92
Gráfico N° 79: Distribución de la existencia de programas de prevención en el barrio/zona	93
Gráfico N° 80: Distribución de la percepción de los padres de familia sobre los peligros y problemas asociados al consumo de drogas o alcohol	94
Gráfico N° 81: Distribución de las medidas de control con las que está de acuerdo sobre el consumo de marihuana y otras drogas ilícitas, según ciudad capital y El Alto	95
Gráfico N° 82: Distribución de las medidas de control con las que está de acuerdo sobre el consumo de tabaco, según ciudad capital y El Alto	97

INTRODUCCIÓN

La problemática relacionada al consumo de drogas constituye un desafío significativo para la salud pública y la seguridad ciudadana en distintos escenarios a nivel global. La comprensión de la magnitud y las características del consumo de drogas es fundamental para el desarrollo de estrategias eficaces de prevención y tratamiento.

A lo largo de las últimas décadas, el fenómeno del consumo de drogas ha evolucionado en respuesta a diversos factores, tales como cambios socioculturales, económicos y políticos. Esta dinámica demanda una evaluación constante y detallada para ajustar las estrategias de intervención acorde a las necesidades específicas de la población.

Utilizando un enfoque metodológico basado en el protocolo de encuesta de drogas en hogares del Sistema Interoamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), buscamos proporcionar datos fidedignos y de calidad, contribuyendo a la comprensión de la realidad del consumo de drogas en ciudades capitales de departamento y El Alto, además, de sentar las bases para el diseño de políticas públicas efectivas, basadas en evidencias objetivas para abordar este desafío de manera integral.

Este estudio devela los principales hallazgos relacionados con indicadores estadísticos vinculados al consumo de drogas en hogares. Entre ellos, se aborda aspectos clave como: la incidencia y prevalencia del consumo, las relaciones entre variables sociodemográficas, la distribución geográfica de consumo y percepciones, entre otros aspectos relevantes. Además, presenta definiciones y fórmulas de cálculo de los indicadores aplicados en la investigación para una óptima interpretación de los resultados por parte de los lectores.

El presente documento está estructurado en seis capítulos donde se realiza un análisis descriptivo de los resultados obtenidos. El Capítulo 1, detalla

los aspectos metodológicos, incluye: objetivo del estudio, marco conceptual, diseño estadístico, instrumentos de recopilación de información, cobertura temática y diseño muestral.

El Capítulo 2, presenta un resumen general comparativo de las prevalencias de vida de drogas lícitas e ilícitas, desglosado por ciudad capital y El Alto, abarcando los años 2007, 2014, 2018 y 2023.

El Capítulo 3 expone un análisis de los resultados obtenidos en relación con drogas lícitas, abordando el consumo de alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes, ambos sin prescripción médica. Asimismo, incluye un análisis descriptivo de los trastornos del consumo de alcohol mediante el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol], definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el Capítulo 4, se lleva a cabo un análisis similar para las drogas ilícitas, como marihuana, cocaína, inhalables, pasta base y otras sustancias. Ambos capítulos examinan la prevalencia de consumo a lo largo de la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, así como la incidencia de últimos 12 meses y últimos 30 días, edad de inicio de consumo, frecuencia de consumo, accesibilidad, oferta y datos sobre ex consumidores. Estos análisis se desglosan por: ciudad capital y El Alto, rangos de edad, sexo y estratos de pobreza.

El Capítulo 5 aborda la percepción de riesgo al consumo, tráfico y oferta de drogas, consecuencias del uso y abuso por su consumo y tratamiento. Mientras que el Capítulo 6 se enfoca en las medidas de prevención y control del consumo de drogas. Este enfoque proporciona una comprensión completa y detallada de los diferentes aspectos relacionados con el consumo de drogas en el contexto del estudio.

CAPÍTULO 1: ASPECTOS METODOLÓGICOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar el consumo de drogas lícitas e ilícitas en hogares bolivianos de ciudades capitales y El Alto, centrándose en sus patrones, factores determinantes y consecuencias, con el fin de proporcionar evidencia relevante para el diseño y seguimiento de políticas públicas efectivas en prevención y tratamiento de adicciones.

1.2. MARCO CONCEPTUAL

El año 1998 la Organización de Estados Americanos (OEA) ha desarrollado el Sistema de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC) a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Consiste en un protocolo de investigación estandarizada para realizar estudios epidemiológicos en poblaciones en general, estudiantes de enseñanza y universitarios. Este protocolo permite obtener información de las características y consumo de sustancias adictivas¹.

1.2.1. CONCEPTOS PRINCIPALES

- **Droga:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (esnifada, inyectada, fumada o tragada) puede alterar de algún modo el sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de una dependencia, ya sea psíquica o física².
- **Drogas lícitas:** Son aquellas sustancias legalmente permitidas y reguladas por las autoridades. Aunque comúnmente se asocia el término “drogas” con sustancias ilegales, es importante reconocer que también engloba aquellas sustancias legales que pueden emplearse con propósitos médicos o recreativos, siempre y cuando se respeten los límites establecidos por la legislación vigente.
- **Drogas ilícitas:** Son sustancias cuyo uso, posesión, producción, distribución y comercialización están prohibidos por las leyes de un país. Estas drogas son consideradas ilegales debido a sus efectos perjudiciales para la salud, sus potenciales riesgos de abuso (adicción) o sus impactos negativos en la sociedad (crimen).
- **Consumo de droga:** Puede tener diversos propósitos como: el uso médico bajo prescripción, uso recreativo o el abuso no controlado de sustancias. Es importante tener en cuenta que el consumo irresponsable o excesivo de drogas puede tener consecuencias negativas para la salud (física y mental), que repercuten en la vida social y laboral de las personas.
- **Alcohol:** Se refiere a una clase de compuestos químicos orgánicos que contienen el grupo funcional hidroxilo (-OH) unido a un carbono saturado. Comúnmente, este término se asocia principalmente con el etanol (alcohol etílico), que es la forma de alcohol que se consume en bebidas alcohólicas. El alcohol etílico tiene propiedades psicoactivas y es ampliamente utilizado en la fabricación de bebidas alcohólicas. Además, se utiliza como desinfectante y solvente en diversos procesos industriales y médicos.
- **Tabaco:** El tabaco se refiere a la planta del género *Nicotiana*, cuyas hojas secas se utilizan en la fabricación de productos como: cigarrillos, puros, tabaco de pipa, entre otros. Uno de sus compuestos es la nicotina, principal responsable de la adicción asociada al consumo de productos de tabaco. El consumo de tabaco está relacionado con diversos riesgos para la salud como: enfermedades respiratorias, cardiovasculares y diversos tipos de cáncer.
- **Cigarro electrónico:** También conocidos como vaporizadores electrónicos o sistemas electrónicos de suministro de nicotina (ENDS, por sus siglas en inglés), son dispositivos que calientan un líquido que contiene solventes, saborizantes y, a menudo, nicotina. Los usuarios inhalan el vapor resultante. El aerosol puede contener sustancias dañinas. Una investigación continua permitiría comprender sus efectos a largo plazo.

1 <https://www.oas.org/ext/es/seguridad/investigacion-uso-drogas>

2 https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1

- **Estimulantes:** Los estimulantes son sustancias que, al ser consumidas, tienden a aumentar temporalmente el nivel de actividad o alerta en el sistema nervioso central. Estos compuestos pueden mejorar la vigilia, la atención y la energía, usualmente se utilizan con el propósito de contrarrestar la fatiga y mejorar el rendimiento cognitivo y físico. Aunque algunos estimulantes son de origen natural, otros son sintéticos y pueden tener efectos significativos en el sistema nervioso. Por esta razón, su uso está a menudo regulado y controlado.
- **Tranquilizantes:** Los tranquilizantes son sustancias (generalmente fármacos) que tienen la capacidad de reducir la actividad o excitación del sistema nervioso central. También se los conocen como sedantes o ansiolíticos. Se utilizan para aliviar la ansiedad, calmar los nervios, inducir la relajación muscular y en algunos casos promover el sueño. Estos medicamentos actúan deprimiendo la actividad del sistema nervioso, lo que puede resultar en efectos sedantes o calmantes. Es importante señalar que el uso de tranquilizantes debe realizarse bajo supervisión médica, ya que su uso indebido o sin la debida precaución puede llevar a efectos secundarios no deseados o a la dependencia.
- **Cocaína:** La cocaína es un alcaloide estimulante que actúa bloqueando la recaptación de neurotransmisores como la dopamina, norepinefrina y serotonina en el cerebro, lo que conduce a un aumento de la actividad neuronal y a una sensación de euforia. La cocaína tiene propiedades psicoactivas y adictivas, su uso recreativo puede tener graves consecuencias para la salud física – mental y para el relacionamiento social.
- **Marihuana:** La marihuana también conocida como cannabis es una planta que se consume por sus propiedades psicoactivas y medicinales. La sustancia química responsable de los efectos psicoactivos es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que se encuentra en mayor concentración en las flores y hojas de la planta.

El consumo de marihuana tiene efectos en el sistema nervioso central provocando una sensación de relajación, euforia, alteración de la percepción del tiempo y del espacio, además, puede producir cambios en la memoria y la coordinación motora. Existe grupos de personas que defienden el uso

recreativo y medicinal de esta planta ya que se ha demostrado que ciertos componentes de la marihuana, como el cannabidiol (CBD), tienen propiedades terapéuticas.

- **Inhalables:** Los inhalables son sustancias químicas o productos que cuando se inhalan ingresan al sistema respiratorio y pueden tener efectos psicoactivos o alterar la función del sistema nervioso central. Estas sustancias a menudo desprenden vapores o gases que se pueden inhalar a través de la boca o la nariz.

El abuso de inhalables puede tener efectos perjudiciales para la salud ya que puede causar daño a los pulmones, al sistema nervioso central y a otros órganos. Además, la inhalación de estas sustancias puede llevar a la pérdida del conocimiento, daño cerebral, daño cardíaco y en casos extremos la muerte. El uso de inhalables conlleva riesgos significativos su abuso es peligroso y potencialmente letal.

- **Medicamentos sin prescripción médica:** Los medicamentos sin prescripción médica también conocidos como medicamentos de venta libre “OTC” (Over the counter), se refiere a medicinas que pueden adquirirse directamente en una farmacia u otros establecimientos sin necesidad de una receta de un profesional en salud. Estos medicamentos suelen ser considerados seguros y eficaces para el auto-tratamiento de condiciones médicas menores y síntomas comunes como: dolores leves, fiebre, tos, resfriados, alergias, malestares digestivos, entre otros. Aunque no se requiere prescripción médica para obtenerlos, es importante utilizar estos medicamentos con responsabilidad y seguir las indicaciones del envase. Además, se recomienda consultar a un profesional de la salud antes de usar medicamentos de venta libre, especialmente si se están tomando otros fármacos o si la persona cuenta con condiciones médicas preexistentes, en lo posible se debe evitar contraindicaciones.

1.2.2. DEFINICIONES RELEVANTES

- **Prevalencia de consumo alguna vez en la vida:** personas que admiten haber consumido alguna droga al menos una vez a lo largo de su vida, respecto a la población total.
- **Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses o consumo reciente:** personas que declaran haber

consumido alguna droga una o varias veces durante los últimos 12 meses anteriores a la fecha de la encuesta, respecto a la población total.

- **Prevalencia de consumo en el últimos 30 días o consumo actual:** personas que manifiestan haber consumido alguna droga una o varias veces en los últimos 30 días anteriores a la fecha de la encuesta, respecto a la población total.
- **Incidencia de últimos 12 meses:** personas que declaran haber consumido una droga por primera vez durante los últimos 12 meses anteriores a la encuesta, respecto a la población en riesgo (población total menos la población consumidora de la sustancia).
- **Incidencia de últimos 30 días:** personas que declaran haber consumido una droga por primera vez durante los últimos 30 días anteriores a la encuesta, respecto a la población en riesgo (población total menos la población consumidora de la sustancia).
- **Ex consumidores:** personas que a pesar de haber consumido en algún momento de su vida alguna droga específica, dejaron de consumir en los últimos 12 meses anteriores a la fecha de la encuesta.

1.2.3. FORMULA GENERAL DEL CÁLCULO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES

Prevalencia de consumo de una sustancia:

$$P = \frac{\sum_{i=1}^n C}{PT} * 100$$

P: Prevalencia de consumo de una sustancia en un periodo de tiempo.

C: Personas que declararon haber consumido una sustancia en un periodo de tiempo.

PT: Población total.

Incidencia de nuevos consumidores de una sustancia³:

$$I = \frac{\sum_{i=1}^n NC}{PT - PC} * 100$$

I: Incidencia de nuevos consumidores de una sustancia en un periodo de tiempo.

NC: Personas que han declarado haber consumido una sustancia recientemente (nuevos consumidores).

PT: Población total.

PC: Población consumidora de una sustancia.

1.3. DISEÑO ESTADÍSTICO

1.3.1. UNIVERSO

Conjunto de hogares establecidos en viviendas particulares ocupadas de las ciudades capitales y El Alto en el periodo de la ejecución de la encuesta en la gestión 2023.

Se excluye las viviendas colectivas como: hospitales, hoteles, cárceles, recintos militares, hogares de adultos mayores, unidades educativas, universidades, etc.

1.3.2. POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo del presente estudio son los hogares que residen en viviendas particulares, con entre 12 a 65 años de edad, en las ciudades capitales de departamento y El Alto.

1.3.3. PERIODO DE REFERENCIA

El periodo de recolección de datos de la encuesta se llevó a cabo entre los meses de julio y agosto de 2023 mediante “entrevistas directas” al miembro del hogar seleccionado de forma aleatoria.

1.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

1.4.1. FORMULARIO DE LISTADO DE VIVIENDAS

Formulario que permite listar las viviendas, tiene como objetivo realizar la actualización cartográfica, evitar la omisión de las viviendas, realizar la selección de las viviendas a ser encuestadas y proporcionar información para los factores de expansión.

³ Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE) – Organización Panamericana de la Salud/OMS, p.36.

1.4.2. FORMULARIO DE INCIDENCIAS DE CAMPO

El formulario permite obtener información acerca de las incidencias en el operativo de campo, es decir, permite identificar las entrevistas aceptadas, rechazadas e incompletas.

1.4.3. CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA

Es el instrumento que recopila información en el cual se registra las características del hogar, de la persona encuestada y el consumo de sustancias. Tiene como objetivo obtener información de los diferentes módulos de la encuesta contemplados en la cobertura temática. El cuestionario utilizado en esta investigación fue electrónico y se realizó en dispositivos móviles.

1.4.4. MANUAL DEL ENCUESTADOR

Es un documento que contiene definiciones y conceptos teóricos clave empleados en la encuesta. Incluye instrucciones detalladas para la correcta aplicación del cuestionario, presenta los procedimientos a seguir durante la fase de recolección de información. Además, sirve como guía integral para los participantes durante el curso de capacitación, es el principal referente durante el trabajo de campo que realiza el encuestador.

1.4.5. MANUAL DEL SUPERVISOR

El “Manual para Supervisores de Campo y Supervisores departamentales” desempeña un papel crucial como herramienta de capacitación, control y seguimiento. Se orienta a facilitar tanto las actividades de supervisión en campo como en entornos de oficina. Proporciona los elementos teóricos necesarios y los procedimientos esenciales que los supervisores deben conocer a profundidad y aplicar en el desarrollo de sus responsabilidades.

1.5. COBERTURA TEMÁTICA

El cuestionario tiene los siguientes componentes temáticos:

- Consumo de drogas lícitas e ilícitas.
- Edad de inicio de consumo.
- Motivos de consumo.
- Frecuencia de consumo.
- Accesibilidad de drogas lícitas e ilícitas.

- Percepciones de riesgo asociadas a las drogas lícitas e ilícitas.
- Percepción de medidas de prevención.
- Tratamiento asociado al consumo de drogas.
- Oferta asociada al consumo de drogas.
- Medidas de prevención y control de drogas.

1.6. DEFINICIONES OPERATIVAS

1.6.1. SECTOR CENSAL

Sector censal es una unidad geográfica que constituye una subdivisión de un área geográfica mayor, como: distrito, municipio o barrio; tiene límites claramente definidos con fines estadísticos. La delimitación de sectores censales facilita la organización y el análisis de datos para obtener información detallada y precisa a nivel local.

1.6.2. MANZANO

Se define como una extensión de terreno delimitada por avenidas, calles, pasajes. En algunos casos está delimitado por elementos naturales como: ríos, cerros, arroyos, etc. La configuración de estas áreas puede adoptar diversas formas, como: cuadradas, triangulares, rectangulares, entre otras. En el interior de estos espacios se encuentran los predios, que a su vez pueden o no albergar edificaciones, como casas o edificios.

1.6.3. VIVIENDA

Es una estructura con uno o varios pisos, cubierta por un techo, diseñada originalmente o modificada para ser utilizada como domicilio (vivienda de personas), ya sea de forma permanente o temporal. La vivienda cuenta con un acceso directo e independiente desde la calle o a través de áreas de uso común (pasillos, patios o escaleras). En el contexto de la encuesta, se consideran “viviendas particulares” aquellas que albergan hasta tres hogares, aquellas con más de tres hogares se clasifican como “viviendas colectivas”.

1.6.4. HOGAR

Un hogar se define como un grupo de personas que comparten una misma vivienda, ya sea con o sin lazos de parentesco, y que para su alimentación dependen de un fondo común, contribuyan o no económicamente; incluso una persona que vive sola es considerada como un hogar.

Tabla N° 1: Selección y tamaño de la muestra

CIUDADES CAPITALES Y EL ALTO	DISTRIBUCIÓN FIJA DE UPM's	DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL UPM's	TOTAL, MUESTRA DE UPM's	MUESTRA
Sucre	20	11	31	816
La Paz	20	51	71	1.908
El Alto	20	33	53	1.882
Cochabamba	20	12	32	1.384
Oruro	20	8	28	1.016
Potosí	20	8	28	720
Tarija	20	62	82	829
Santa Cruz de la Sierra	20	4	24	2.493
Trinidad	20	1	21	619
Cobija	20	41	61	631
TOTAL	200	231	431	12.298

Fuente: OBSCD.

1.6.5. UNIDAD PRIMARIA DE MUESTREO

La unidad primaria de muestreo es el área inicialmente seleccionada en un diseño de muestreo para llevar a cabo una investigación o encuesta. Esta unidad actúa como punto de partida para la selección de las unidades de muestreo secundarias. Estas pueden ser: individuos, hogares, o cualquier otra entidad específica que se esté investigando. La elección de la unidad primaria de muestreo es crucial, esta garantiza que la muestra sea representativa y permita generalizar los resultados a la población más amplia que se está estudiando.

1.7. DISEÑO MUESTRAL

1.7.1. TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo en esta investigación se realizó en tres etapas:

- **Primera etapa:** En esta etapa se seleccionaron los sectores censales (conglomerados con

probabilidad fija y proporcional al tamaño de viviendas particulares disponibles del sector [50% por 50%]) según datos del último censo⁴ de población y vivienda por cada ciudad. El total es de 431 unidades primarias de muestreo (UMP's) estratificadas en niveles de pobreza: Alto, Medio Alto, Medio Bajo y Bajo.

- **Segunda etapa:** Esta etapa consiste en elegir manzanos de cada sector censal de la primera etapa con probabilidad igual.
- **Tercera etapa:** Esta etapa consiste en la selección de la vivienda particular ocupada mediante muestreo aleatorio sistemático previo listado del manzano.

1.7.2. UNIDADES BÁSICAS DE INVESTIGACIÓN

Las unidades básicas de investigación son las viviendas particulares ocupadas por personas comprendidas entre los 12 y 65 años.

⁴ El último censo en Bolivia se realizó el 21 de noviembre de 2012.

1.7.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis son los hogares y el miembro del hogar seleccionado de manera aleatoria.

1.7.4. UNIDAD DE MUESTREO

La unidad de muestreo es la vivienda particular ocupada la cual tiene permanencia fija.

1.7.5. NIVEL DE DESAGREGACIÓN

- Edad
- Sexo
- Ciudad capital y El Alto
- Estratos de nivel de pobreza⁵

1.7.6. MARCO MUESTRAL

El marco muestral fue construido a partir de la información del último censo de población y vivienda (2012) con ajuste de datos de proyecciones de población al 2023. Considera marcos de áreas de las 10 ciudades (capitales de departamento y El Alto) a nivel de sectores censales, manzanos y marcos de listas de viviendas (este último desactualizado, corregido con proyecciones al 2023).

1.7.7. TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra prevista de manera inicial fue 11.206 personas, mientras que la muestra efectiva finalizó con 12.298. Estos datos fueron derivados de una selección probabilística de las viviendas de las ciudades capitales de cada departamento y de El Alto. Donde se eligió a un miembro del hogar con edades comprendidas entre los 12 y 65 años (Tabla N° 1).

1.7.8. PROBABILIDAD PROPORCIONAL Y FACTORES DE EXPANSIÓN

Para el cálculo de la probabilidad y factor de expansión de UPM's por ciudad y estrato se aplicaron las siguientes fórmulas:

$$P(UPM_{jkh}) = n_{hk} \left(\frac{M_{jkh}}{M_{hk}} \right) \left(\frac{m_{jkh}^0}{m_{jkh}} \right) \left(\frac{v_{ijhk}^0}{v_{ijhk}} \right)$$

Donde:

n_{hk} : Número de UPM's en la muestra del estrato h en la k – ésima ciudad.

M_{jkh} : Número de viviendas particulares ocupadas de la j – ésima UPM del estrato h en la k – ésima ciudad.

M_{hk} : Número de viviendas particulares ocupadas del estrato h en la k – ésima ciudad.

m_{jkh}^0 : Número de manzanos en la muestra de la j – ésima UPM del estrato h en la k – ésima ciudad.

m_{jkh} : Número de manzanos de la j – ésima UPM del estrato h en la k – ésima ciudad.

v_{ijhk}^0 : Número de viviendas en la muestra del i – ésimo manzano de la j – ésima UPM del estrato h en la k – ésima ciudad.

v_{ijhk} : Número de viviendas del i – ésimo manzano de la j – ésima UPM del estrato h en la k – ésima ciudad.

El factor de expansión preliminar, es:

$$F'(UPM_{jkh}) = \frac{1}{P(UPM_{jkh})}$$

El factor de expansión definitivo debe ajustarse al número de viviendas con al menos 1 persona entre 12 y 65 años de edad, de acuerdo a las proyecciones de población en ese grupo de edad al menos por ciudad.

$$F(UPM_{jkh}) = F'(UPM_{jkh}) \times \left(\frac{hab_k^{12-65}}{hab_k} \right)$$

Donde:

hab_k^{12-65} : Número de personas de 12 a 65 años de edad a nivel ciudad k .

hab_k : Número de personas a nivel ciudad k .

⁵ Para presentar los resultados, se agrupó la información en dos estratos: alto (alto, medio alto) y bajo (bajo y medio bajo).

1.8. OPERATIVO DE CAMPO

1.8.1. LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Para el relevamiento de información se utilizó la técnica de “entrevista directa”, donde el personal previamente capacitado visitó las viviendas seleccionadas durante el periodo de recolección en las ciudades capitales y El Alto, utilizando dispositivos móviles (cuestionarios electrónicos), mediante la herramienta Kobo Toolbox.

1.8.2. OPERATIVO DE CAMPO

Para la fase de campo se constituyeron brigadas conformadas por 4 encuestadores con 1 supervisor de campo, las cuales eran orientadas por los supervisores departamentales. Durante el operativo, el supervisor se encargó de ubicar las UPM's asignadas a la brigada.

Mediante el formulario de listado de viviendas, las brigadas recopilaban la información básica de las viviendas particulares ocupadas, estos datos constaban de ubicación geográfica y dirección.

Tras completar el listado de viviendas, los supervisores realizaron la selección de viviendas particulares mediante un muestreo sistemático. Posteriormente, procedieron a la selección de hogares a través de un dado electrónico, eligiendo de manera aleatoria a la persona que sería entrevistada y proporcionaría la información requerida.

Como método de aproximación a los hogares seleccionados se enviaron cartas dirigidas a los jefes de hogar y administradores de edificios con la finalidad de realizar control y seguimiento del operativo de campo.

El supervisor de campo registró las incidencias del operativo logrando identificar las entrevistas completas, aceptadas, rechazadas e incompletas.

1.8.3. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

El relevamiento de información se realizó mediante dispositivos móviles utilizando la herramienta Kobo Toolbox. La herramienta se ajustó al diseño y estructura del contenido de la boleta de encuesta, lo que permitió obtener información georreferenciada de los hogares encuestados y monitorear las bases de datos.

1.8.4. CONSISTENCIA Y VALIDACIÓN DE DATOS

La consistencia y validación de los datos tiene como objetivo garantizar la calidad de la información recopilada para su análisis y difusión. Para lograr este objetivo se realizó las siguientes tareas:

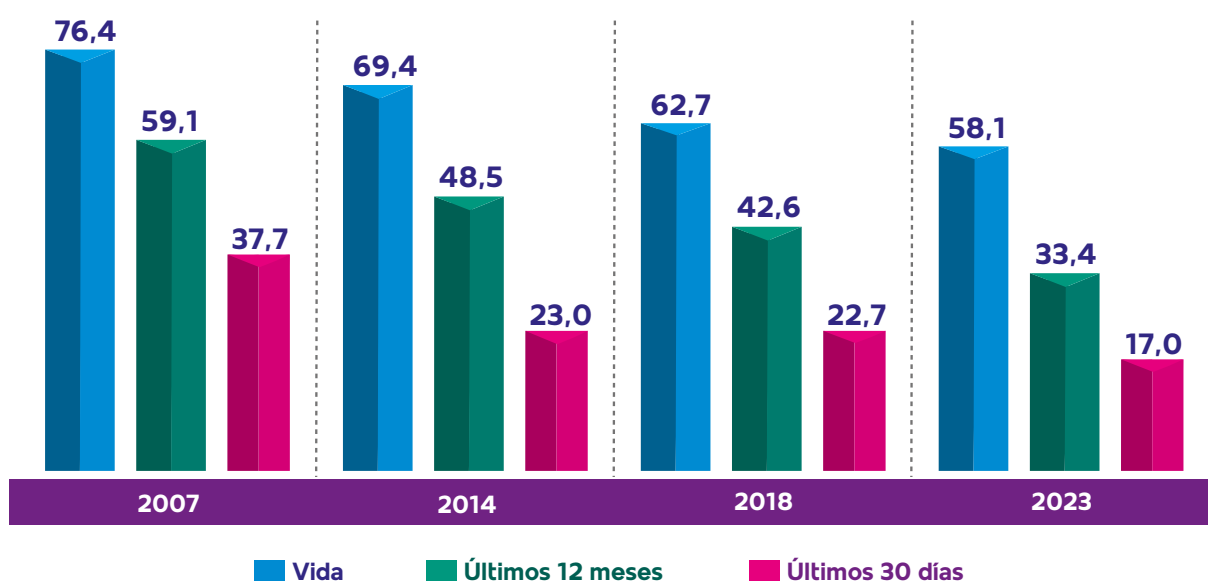
- Criterios de consistencia: En esta etapa se consideró la identificación de: errores de flujo y rangos; criterios de evaluación para determinar la coherencia de las preguntas; criterio de completitud.
- Consistencia y validación: Se implementaron los criterios de evaluación a las variables; se generaron reportes de los errores de flujo y rangos en RStudio y SPSS.
- Cálculo de indicadores y estadísticas de consumo de drogas.

1.9. LIMITACIONES

- Los entrevistados pueden negar su consumo o frecuencia de uso de drogas al momento de responder la encuesta. Debido al estigma asociado pueden sentirse incómodos revelando información sensible o desconocer el consumo de drogas de alguno de los miembros de la familia, lo que podría tener efectos en los resultados finales.
- La precisión de los recuerdos puede verse afectada, especialmente si el consumo de drogas afecta la memoria a corto plazo. Si bien, la encuesta contempla los periodos de vida, últimos de 12 meses y 30 días, se debe considerar que los resultados están sujetos a esta externalidad.
- Al incluir el grupo de personas de 12 a 17 años, se plantea la cuestión ética del manejo de información sobre consumo de drogas en menores. Esto podría afectar en los resultados si los menores no proporcionan respuestas precisas, por miedo a represalias por parte de los cuidadores primarios.
- Debido que para algunas drogas el consumo es poco frecuente, no se puede presentar los mismos niveles de desagregación para todas las variables.

CAPÍTULO 2: ANÁLISIS COMPARATIVO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

Gráfico N° 1: Prevalencia del consumo de alcohol por año,
según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

En el presente capítulo se expondrá la comparación de la prevalencia de drogas tanto lícitas como ilícitas respecto a los estudios realizados las anteriores gestiones 2007 – 2014 – 2018. Para comprender de forma holística se establecerán tres cortes temporales para medir la prevalencia de consumo de drogas: 1) a lo largo de la vida, 2) los últimos 12 meses y 3) los últimos 30 días. Esto permitirá identificar patrones y cambios en los hábitos de consumo a lo largo del tiempo y proporcionará una visión detallada por ciudades capitales de departamento y El Alto.

2.1. PREVALENCIA DE DROGAS LÍCITAS

2.1.1. ALCOHOL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de alcohol en las Américas⁶ supera el 40,0% del promedio mundial. La población general adopta patrones de consumo que representan un riesgo significativo para la salud. El Informe sobre el

⁶ Comprende 4 regiones: Norte América (Estados Unidos, México); América Central (Panamá, Costa Rica, Belize, El Salvador); América del Sur (Argentina, Uruguay, Chile, Paraguay, Colombia, Venezuela, Guyana, Perú, Suriname, Bolivia, Ecuador); El Caribe (Las Bahamas, Jamaica, Barbados, República Dominicana).

consumo de drogas en las Américas 2019 subraya: “en América del Sur, estas tasas son aún más altas, alcanzando aproximadamente el 50,0%” (OEA, 2019).

El consumo de alcohol en hogares bolivianos a través de los años refleja una constante disminución, siendo que la prevalencia de vida pasó de 76,4% en 2007 a 58,1% en 2023; la prevalencia de los últimos 12 meses, de manera similar a la anterior fluctuó de 59,1% en 2007 a 33,4% en esta última versión; y la prevalencia de los últimos 30 días, también tuvo una reducción de 37,7% en 2007 a 17,0% en 2023 (Gráfico N° 1).

La prevalencia de vida de consumo de alcohol en el año 2023 para las ciudades capitales: Sucre, La Paz, El Alto, Santa Cruz de la Sierra y Trinidad, muestran una tendencia a disminuir respecto a los años anteriores. Mientras que las ciudades capitales: Cochabamba y Oruro presentaron incremento el año 2023 respecto al 2018.

En el caso de la ciudad capital de La Paz, la prevalencia de consumo de alcohol fue del 80,3% en 2007, posteriormente, descendió a 77,7% en 2014 y continuó disminuyendo hasta llegar a 68,2% en 2018, de la misma manera, en 2023 la prevalencia cayó al 60,9%.

Por otro lado, ciudad capital de Cochabamba mostró su mayor prevalencia en 2007 con 69,9%, la cual se redujo a 66,9% en 2014 y alcanzó su punto más bajo en 2018 con 57,4%, el 2023 incrementó a 64,4%.

El Alto y ciudad capital de Santa Cruz de la Sierra presentan un comportamiento similar a la ciudad capital de La Paz, con una disminución a lo largo de los años.

Estas variaciones en los patrones de consumo subrayan la importancia de analizar rigurosamente las tendencias en cada ciudad. Este análisis es crucial para proporcionar información que oriente la elaboración de estrategias de intervención específicas y adaptadas a las necesidades locales.

Tabla N° 2: Prevalencia de vida del consumo de alcohol por año, según ciudad capital y El Alto
(En porcentaje)

CIUDADES CAPITALES Y EL ALTO	2007	2014	2018	2023	TENDENCIAS
Bolivia	76,4	69,4	62,7	58,1	
Sucre	81,0	71,4	70,3	63,2	
La Paz	80,3	77,7	68,2	60,9	
El Alto	66,5	63,6	59,1	50,1	
Cochabamba	69,9	66,9	57,4	64,4	
Oruro	69,2	74,7	58,5	62,1	
Potosí	74,5	56,5	70,4	62,4	
Tarija	49,2	61,6	79,2	73,9	
Santa Cruz de la Sierra	85,7	71,1	61,7	53,8	
Trinidad	73,4	75,5	65,9	61,8	
Cobija	74,5	58,3	60,4	59,1	

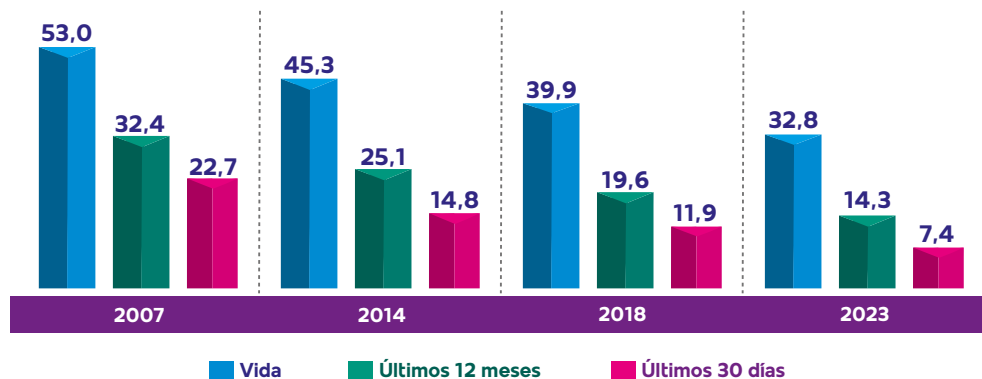
Fuente: OBSCD.

2.1.2. TABACO

Según el Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019, el uso de tabaco exhibe disminuciones

sistemáticas a lo largo del tiempo en diferentes países de América del Sur. Este patrón también se refleja en los hogares bolivianos de las ciudades capitales a lo largo de los años.

Gráfico N° 2: Prevalencia del consumo de tabaco por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, sisha, cigarrillos electrónicos o similares).

Tabla N° 3: Prevalencia de vida del consumo de tabaco por año, según ciudad capital y El Alto
(En porcentaje)

CIUDADES CAPITALES Y EL ALTO	2007	2014	2018	2023	TENDENCIAS
Bolivia	53,0	45,3	39,9	32,8	
Sucre	47,8	46,4	51,8	40,1	
La Paz	64,6	50,0	47,8	44,5	
El Alto	53,3	42,0	37,3	24,7	
Cochabamba	44,4	39,3	35,8	36,3	
Oruro	51,2	56,8	38,5	41,1	
Potosí	56,8	37,7	51,2	37,9	
Tarija	26,9	31,0	46,5	45,1	
Santa Cruz de la Sierra	53,3	43,3	34,8	24,4	
Trinidad	47,9	43,6	39,0	37,9	
Cobija	54,5	38,9	40,6	31,3	

Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, sisha, cigarrillos electrónicos o similares).

El consumo de tabaco en Bolivia tiene una tendencia a disminuir a través de los años, esto se ve reflejado en la prevalencia de vida que en 2007 era de 53,0%, y fue bajando hasta llegar el 2023 a 32,8%; similar comportamiento se presenta en la prevalencia de los últimos 12 meses, donde pasó de 32,4% en 2007 a 14,3% en 2023; y la prevalencia de los últimos 30 días cayó de 22,7% en 2007 a 7,4% en el año 2023 (Gráfico N° 2).

Como se mencionó anteriormente, a nivel nacional existe una tendencia a la disminución en el consumo de vida de tabaco, este comportamiento es explicado principalmente por la tendencia de las ciudades capitales de La Paz, El Alto, Santa Cruz de la Sierra y Trinidad. Por el contrario, las ciudades capitales de Oruro y Cochabamba se observa un incremento respecto al 2018 (Tabla N° 3).

2.1.3. ESTIMULANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Los estimulantes sin prescripción médica son sustancias que aumentan la actividad del sistema nervioso central, pueden mejorar temporalmente la alerta, la energía y el rendimiento. Estos compuestos a menudo se consumen para contrarrestar la fatiga y mejorar el estado de vigilia, pero, su uso indebido puede tener riesgos para la salud.

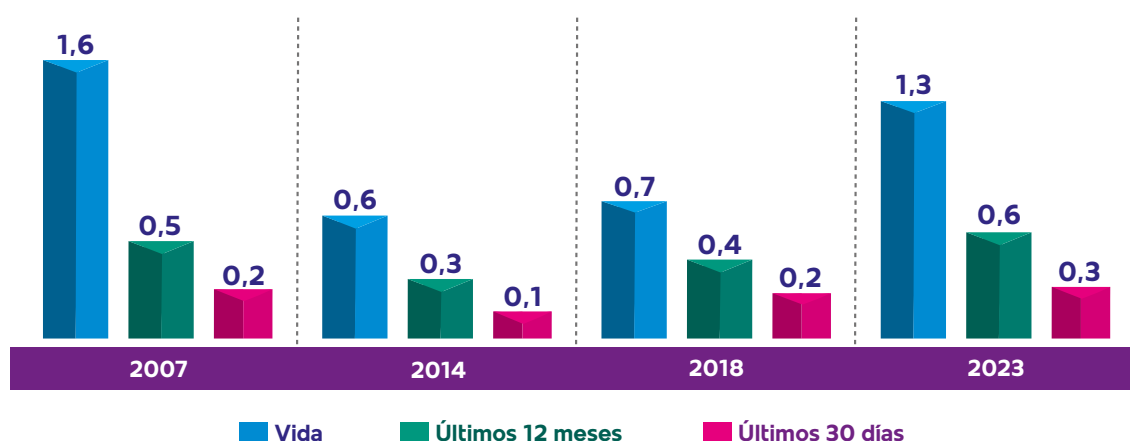
De manera general, se observa un incremento significativo en el consumo de estimulantes en el año 2023 respecto al 2018 y 2014. La prevalencia de vida en el año 2007 es de 1,6%, el cual redujo para el año 2014 a 0,6%, e incrementó el año 2018 a 0,7%. En el presente estudio aumentó a 1,3%. Un comportamiento parecido ocurre para la prevalencia de últimos 12 meses y de últimos 30 días.

2.1.4. TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Los tranquilizantes sin prescripción médica son sustancias que buscan reducir la ansiedad y promover la relajación, su consumo no necesita la supervisión de un profesional de la salud. Estos compuestos (como algunos sedantes) pueden tener efectos calmantes, no obstante, su uso sin orientación médica profesional puede resultar riesgosa para la salud y la seguridad.

Los resultados obtenidos del estudio reflejan de manera gráfica la caída y el aumento en la prevalencia de vida del consumo de tranquilizantes, alcanzando el 6,4% en 2023. Además, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses alcanzó el 3,4% el 2023, y la prevalencia en los últimos 30 días llega al 1,5% en el mismo año.

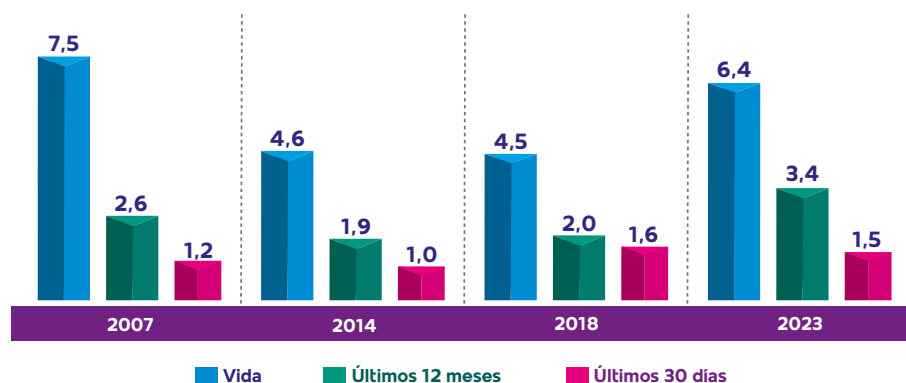
Gráfico N° 3: Prevalencia del consumo de estimulantes por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera alprazolam (tricalma, prazolam, alpax), diazepam (Valium, relazepam, compaz), flunitrazepam (rohipno) o similares.

Gráfico N° 4: Prevalencia del consumo de tranquilizantes por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera estimulantes como el metilfenidato (ritalina, concerta, aradix), fenmetracina (preludio o adepsina), anfetaminas (aderall), dextroanfetamina (dexedrina, dextrostat), premolina (clyret) o similares.

2.2. PREVALENCIA DE DROGAS ILÍCITAS

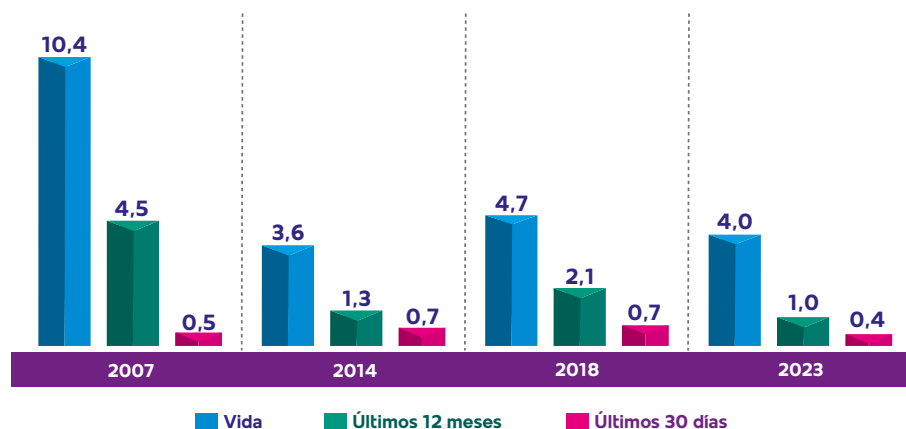
2.2.1. MARIHUANA

La prevalencia de vida de consumo de marihuana disminuyó en comparación al año 2018 el cual

presentaba el 4,7%, para el año 2023 decreció al 4,0%. De manera similar, se observa el mismo comportamiento para la prevalencia de 12 meses y la prevalencia de 30 días presentando una reducción en el año 2023 en relación al 2018.

En la Tabla N° 4 se observa que en las ciudades capitales de Sucre, La Paz, Cochabamba, Oruro,

Gráfico N° 5: Prevalencia del consumo de marihuana por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Tabla N° 4: Prevalencia de vida del consumo de marihuana por año, según ciudad capital y El Alto
(En porcentaje)

CIUDADES CAPITALES Y EL ALTO	2007	2014	2018	2023	TENDENCIAS
Bolivia	10,4	3,6	4,7	4,0	
Sucre	7,7	4,9	4,7	4,8	
La Paz	21,5	6,2	5,1	7,2	
El Alto	2,6	1,2	2,9	2,3	
Cochabamba	10,7	2,6	2,3	3,6	
Oruro	9,8	2,3	0,8	2,9	
Potosí	2,4	0,8	5,0	5,1	
Tarija	4,7	2,7	3,8	9,1	
Santa Cruz de la Sierra	8,7	4,8	9,0	2,6	
Trinidad	12,2	5,1	4,5	7,2	
Cobija	4,0	1,5	2,7	3,4	

Fuente: OBSCD.

Potosí, Tarija, Trinidad y Cobija existe un incremento de la prevalencia de consumo de marihuana para el año 2023 en comparación con el año 2018. El Alto y la ciudad capital de Santa Cruz de la Sierra muestran un decremento de la prevalencia de consumo de marihuana.

2.2.2. COCAÍNA

El gráfico revela una tendencia decreciente en la prevalencia del consumo de cocaína a lo largo de los años. En la categoría de prevalencia de vida, se observa que el 2018 alcanzó el 1,35%, experimentando una notable reducción el año 2023 alcanzando el 0,99%. De manera similar se observa reducciones en la prevalencia de últimos 12 meses que baja de 0,58% a 0,39%, sin embargo, la prevalencia de los últimos 30 días incrementa de 0,02% en el año 2018 a 0,20% en el 2023 (Gráfico N° 6).

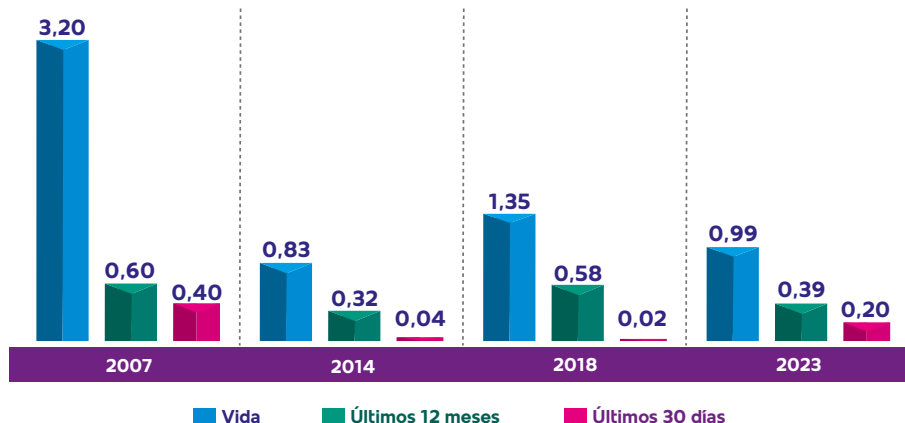
Para las ciudades capitales de Sucre, La Paz, Cochabamba, Oruro, Potosí, Tarija, Trinidad y Cobija se observa que la prevalencia de consumo de cocaína incrementó en 2023 respecto al año 2018; a diferencia de las ciudades capitales de Santa Cruz de la Sierra y El Alto que muestran una disminución.

2.2.3. INHALABLES

Esta representación gráfica evidencia una disminución progresiva en la prevalencia del consumo de inhalables a lo largo de los años. En el año 2018 se observa que la prevalencia de vida es de 1,3%, el cual reduce a 0,5% para el año 2023. Una tendencia similar sucede para la prevalencia de consumo de últimos 12 meses que baja de 0,4% en el año 2018 a 0,1% el 2023. Mientras que la prevalencia de los últimos 30 días entre el año 2018 y 2023 no presentó variaciones significativas (Gráfico N° 7).

Gráfico N° 6: Prevalencia del consumo de cocaína por año, según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Tabla N° 5: Prevalencia de vida del consumo de cocaína por año, según ciudad capital y El Alto

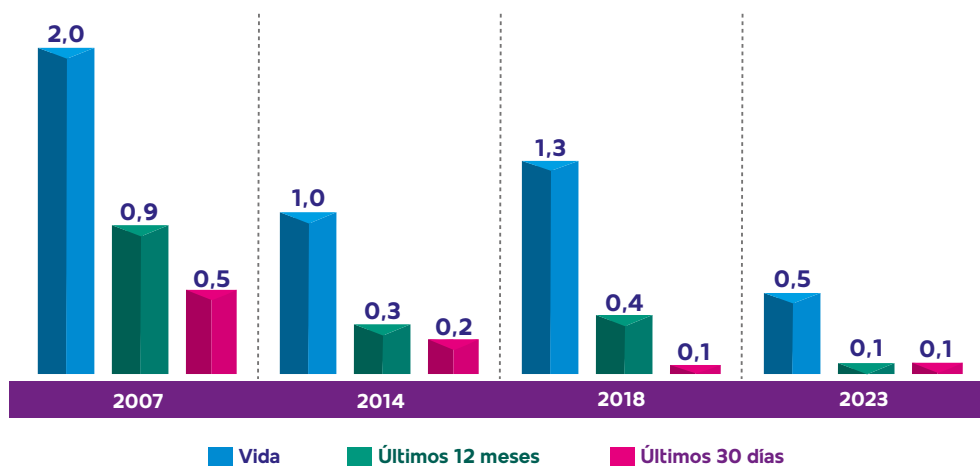
(En porcentaje)

CIUDADES CAPITALES Y EL ALTO	2007	2014	2018	2023	TENDENCIAS
Bolivia	3,2	0,8	1,4	1,0	
Sucre	2,0	0,3	0,6	0,9	
La Paz	2,4	1,3	1,0	1,3	
El Alto	0,9	0,0	1,2	0,3	
Cochabamba	4,3	0,4	0,7	0,8	
Oruro	1,9	0,5	0,1	1,2	
Potosí	1,3	0,3	0,2	0,5	
Tarija	1,1	0,0	0,0	1,8	
Santa Cruz de la Sierra	5,1	1,6	3,1	1,0	
Trinidad	6,7	1,8	1,6	4,0	
Cobija	2,2	1,6	0,4	1,8	

Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 7: Prevalencia del consumo de inhalables por año,
según vida, últimos 12 meses y últimos 30 días

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende pegamento (clefa), gasolina/bencina o parafina, disolventes (thinner), poppers, pinturas, éter o acetona o similares.

CAPÍTULO 3: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS

Este capítulo proporciona información detallada sobre la prevalencia, incidencia y características relacionadas con el consumo de drogas lícitas. Dentro de este análisis, se realiza un desglose detallado de diferentes categorías de este tipo de drogas, abordando aspectos específicos relacionados con el consumo de alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes. Este enfoque permite explorar no solo la prevalencia y la incidencia del consumo de estas sustancias, sino también, comprender sus características y los posibles impactos en la salud pública.

3.1. ALCOHOL

3.1.1. PREVALENCIA DE VIDA, ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE CONSUMO DE ALCOHOL

La prevalencia del consumo de alcohol muestra patrones significativos, destacando la categoría de “vida” como la de mayor prevalencia, alcanzando el 58,1%. Además, se observa una prevalencia del 33,4% en los últimos 12 meses, indicando una persistencia considerable de consumo a lo largo de un año. Realizando un análisis más detallado, la prevalencia

de los últimos 30 días se sitúa en 17,0%, resaltando una tendencia aún presente en el corto plazo.

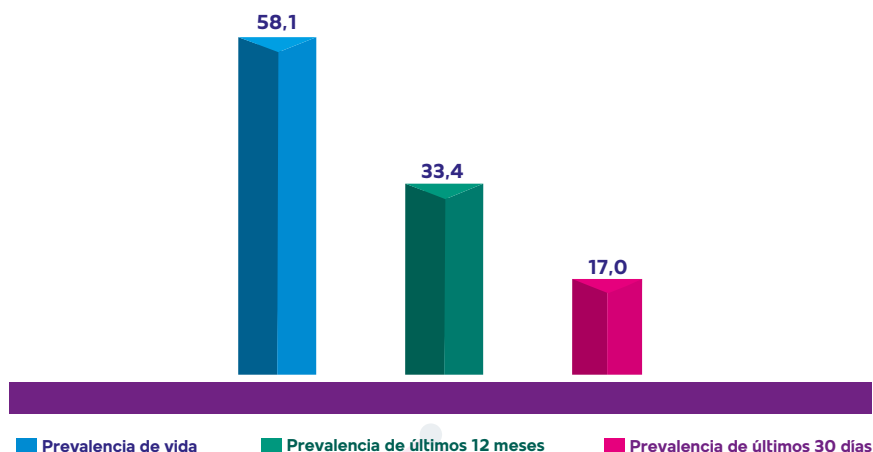
En términos de sexo, los hombres destacan como el grupo con mayor prevalencia en las categorías: de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días; marcando una diferencia notable de aproximadamente el 10% con relación a las mujeres.

Al analizar por grupos de edad, destaca la prevalencia de vida, alcanza su punto máximo en la población de 35 a 44 años, obteniendo un considerable 74,3%; mientras que el grupo de 12 a 17 años muestra una prevalencia significativamente más baja con 6,4%.

En cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses, el grupo de 25 a 34 años lidera con el 47,7%, seguido por el grupo de 35 a 44 años con el 46,5%, y posteriormente, el grupo de 45 a 54 años con el 38,2%.

Al explorar los estratos de necesidades básicas insatisfechas, se observa un similar comportamiento, siendo el estrato bajo ligeramente superior en las tres temporalidades de la prevalencia.

Gráfico N° 8: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de alcohol
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Tabla N° 6: Prevalencia de consumo de alcohol de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas

(En porcentaje)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
SEXO			
Hombres	64,3	39,9	22,2
Mujeres	53,1	28,3	12,9
GRUPO DE EDAD			
12-17	6,4	4,5	1,4
18-24	51,8	36,1	20,0
25-34	73,5	47,7	26,4
35-44	74,3	46,5	23,6
45-54	71,3	38,2	17,7
55-65	64,4	22,0	9,3
ESTRATO			
Alto	57,7	33,2	16,9
Bajo	58,4	33,6	17,1

Fuente: OBSCD.

Tabla N° 7: Prevalencia de consumo de alcohol, de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudad capital y El Alto

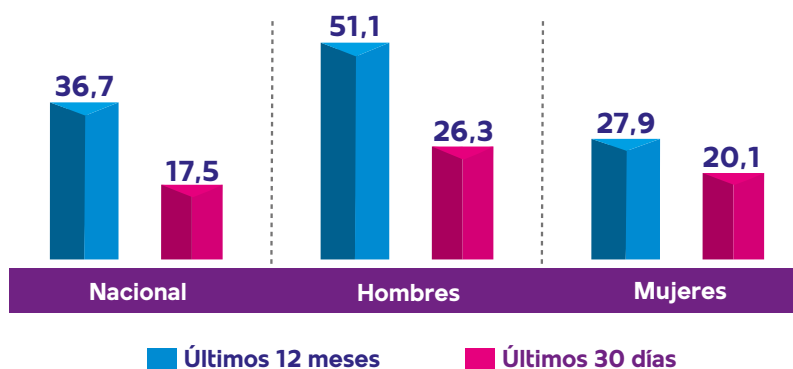
(En porcentaje)

CIUDAD CAPITAL Y EL ALTO	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
Sucre	63,2	42,1	21,8
La Paz	60,9	36,5	19,7
El Alto	50,1	25,1	12,9
Cochabamba	64,4	37,0	20,1
Oruro	62,1	43,5	13,8
Potosí	62,4	39,4	23,9
Tarija	73,9	54,4	31,2
Santa Cruz de la Sierra	53,8	28,6	14,0
Trinidad	61,8	32,3	15,9
Cobija	59,1	29,8	14,8

Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 9: Incidencia de nuevos consumidores de alcohol, en los últimos 12 meses y últimos 30 días, por sexo

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

La prevalencia de consumo de alcohol medida en términos de vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, destaca significativamente la ciudad capital de Tarija, registrando cifras de 73,9%, 54,4% y 31,2%, respectivamente.

Asimismo, se observa que la ciudad capital de Cochabamba ocupa el segundo lugar respecto a la prevalencia de vida en el consumo de alcohol alcanzando el 64,4%. A continuación, se encuentra la ciudad capital de Sucre con el 63,2%, mientras que la prevalencia más baja se presenta en El Alto, con el 50,1%.

Similar comportamiento presenta la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses la ciudad capital de Oruro ocupando el segundo lugar con el 43,5%, seguida por la ciudad capital de Sucre con el 42,1%.

En cuanto a la prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días, la segunda cifra más alta se registra en la ciudad capital de Potosí con el 23,9%, seguida por la ciudad capital de Sucre que presenta el 21,8%.

3.1.2. INCIDENCIA DE ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE NUEVOS CONSUMIDORES

La incidencia⁷ de consumo de alcohol en los últimos 12 meses se sitúa en el 36,7%, mientras que la incidencia

en los últimos 30 días fue del 17,5%. En otras palabras, durante los últimos 12 meses, aproximadamente 36 personas de cada 100 comenzaron a consumir alcohol, y en los últimos 30 días alrededor de 17 personas de cada 100 admitió haber consumido esta sustancia por primera vez.

Al desglosar los resultados por sexo, se observa que los hombres presentan una incidencia más alta, alcanzando el 51,1% en los últimos 12 meses y el 26,3% en los últimos 30 días. En contraste, las mujeres muestran incidencia más baja en comparación con los hombres, con el 27,9% en los últimos 12 meses y un 20,1% en los últimos 30 días.

En cuanto a las ciudades capitales y El Alto, destaca que Potosí (58,1%), Cochabamba (48,8%) y Santa Cruz de la Sierra (46,2%); exhiben incidencias de los últimos 12 meses, superiores al nacional (36,7%), mientras que las demás ciudades capitales presentan cifras inferiores.

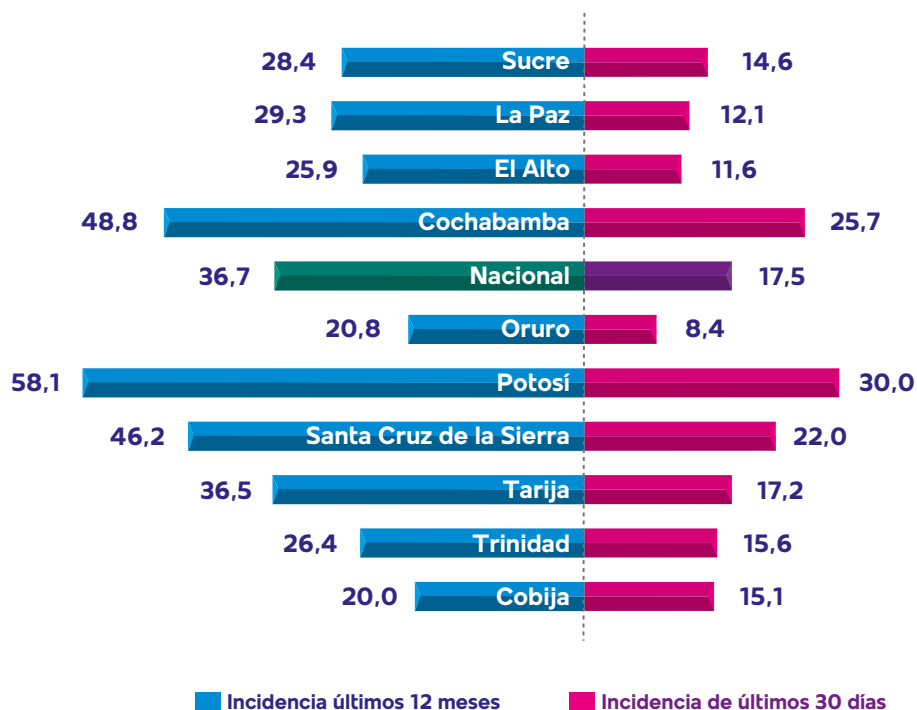
Similar comportamiento presenta la incidencia de últimos 30 días, con las mismas ciudades por encima del nacional.

La incidencia de nuevos consumidores de los últimos 12 meses en las edades de 25 a 34 años presenta la cifra más alta con el 77,6%, prosigue el grupo etario de 35 a 44 años con el 68,2% y de 45 a 54 años con

⁷ La incidencia de nuevos consumidores se refiere a aquellas personas que manifestaron consumir una droga por primera vez en un periodo de tiempo reciente.

Gráfico N° 10: Incidencia de nuevos consumidores de alcohol en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudades capitales y El Alto

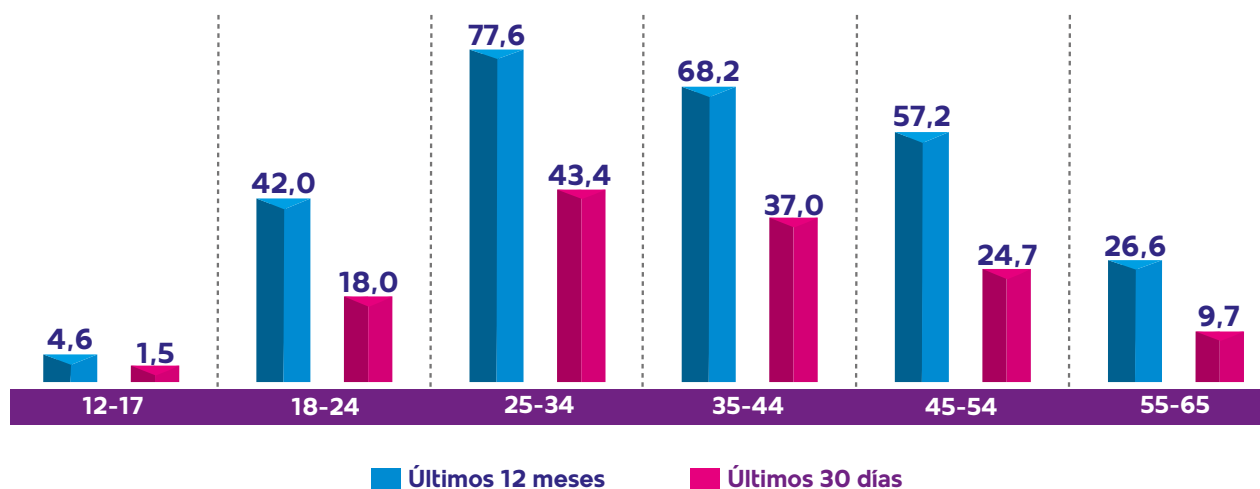
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 11: Incidencia de nuevos consumidores de alcohol en los últimos 12 meses y últimos 30 días, por rango de edad

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

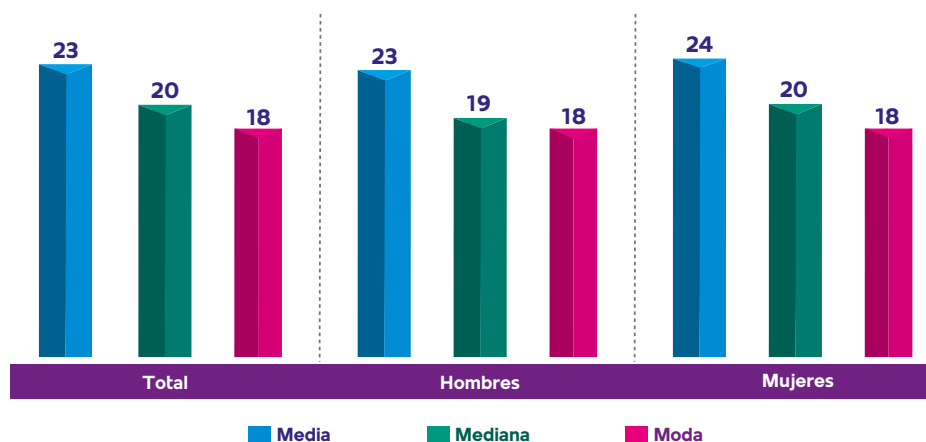
el 57,2%. Para el caso de la incidencia de nuevos consumidores de los últimos 30 días presenta comportamiento análogo.

3.1.3. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL

La edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 23 años en general. Al analizar los

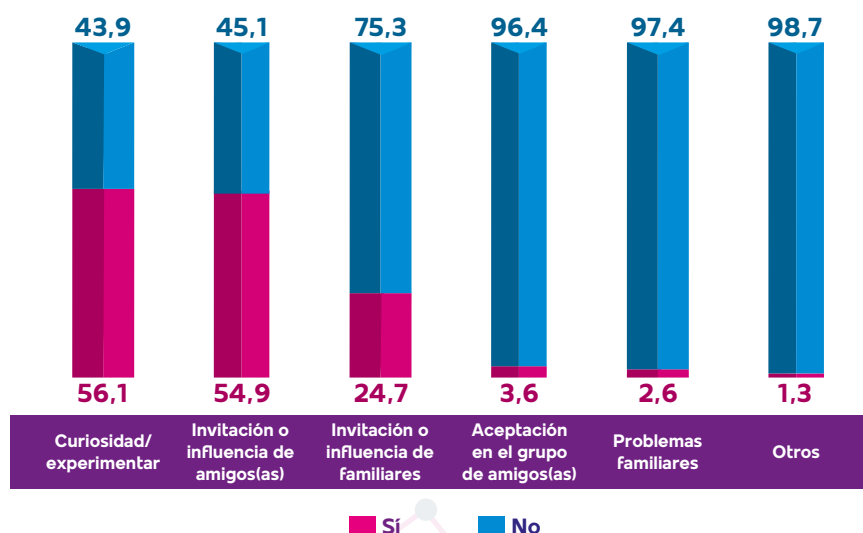
datos según el sexo, se observa que la edad promedio de inicio para los hombres es de 23 años, mientras que para las mujeres es ligeramente mayor alcanzando los 24 años. También, presenta una mediana de 20 años, lo que significa que la mitad de las personas comenzaron a consumir alcohol antes de los 20 años y la otra mitad después de los 20 años. En este caso, 18 años es la edad de inicio de consumo que más se repite

Gráfico N° 12: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de alcohol, según sexo
(En número)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 13: Distribución de la población por los motivos que empezó a consumir alcohol
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

(moda), esto puede indicar un pico de inicio de consumo alrededor de esa edad.

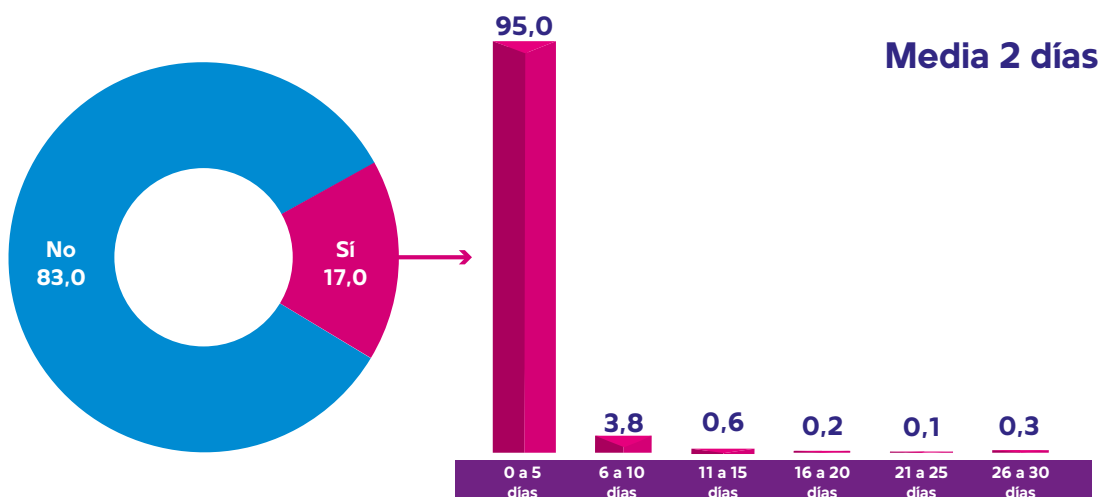
De los entrevistados que afirmaron consumir alcohol alguna vez en la vida, el 56,1% indicó que lo hizo por curiosidad o experimentar, el 54,9% lo hizo por invitación o influencia de amigos (as) y el 24,7% por invitación o influencia de familiares.

3.1.4. FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Se observa que el 17,0% de la población objetivo ha consumido alcohol en los últimos 30 días, mientras que el 83,0% no lo hizo. Del grupo que sí consumió, el 95,0% señaló que bebió entre 0 a 5 días, el 3,8% entre 6 a 10 días y el 0,6% entre 11 a 15 días. El 0,2% entre 16 a 20 días, el 0,1% entre 21 a 25 días y el 0,3% entre 26 a 30 días.

Gráfico N° 14: Distribución del consumo de alcohol en los últimos 30 días

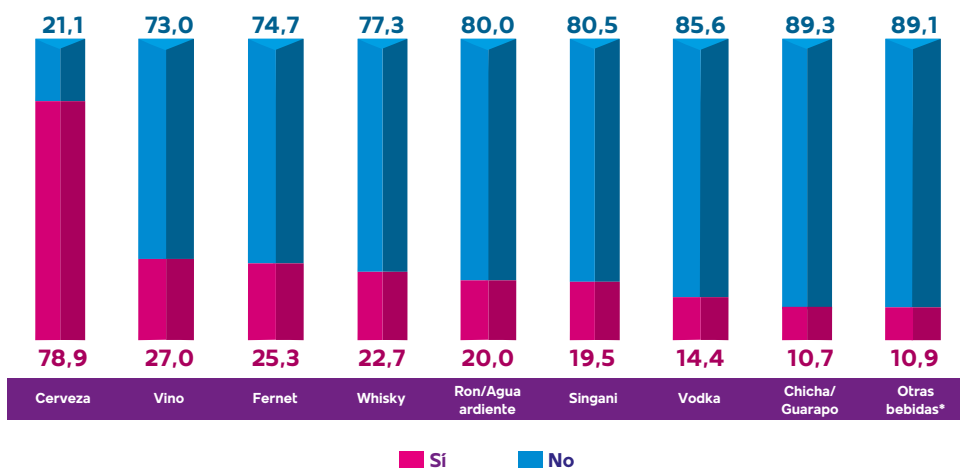
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 15: Distribución del consumo de alcohol según tipo de bebida, en los últimos 30 días

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

(*): Se considera como otras bebidas a el alcohol, pisco u otros tragos preparados.

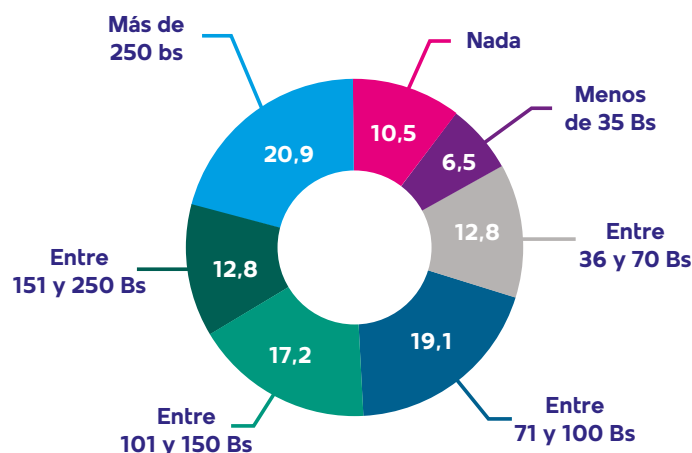
En los últimos 30 días, la bebida alcohólica más consumida fue la cerveza, el 78,9% afirmó haberla consumido, le sigue el vino con 27,0% y posteriormente, el fernet con 25,3%; siendo estas las más representativas.

3.1.5. ACCESO Y OFERTA DE CONSUMO DE ALCOHOL

El 19,1% de las personas que consumen alcohol, asignaron un gasto mensual que varió entre 71 y 100 Bs

Gráfico N° 16: Distribución de cuánto dinero llegó a gastar en el mes por la compra de bebidas alcohólicas

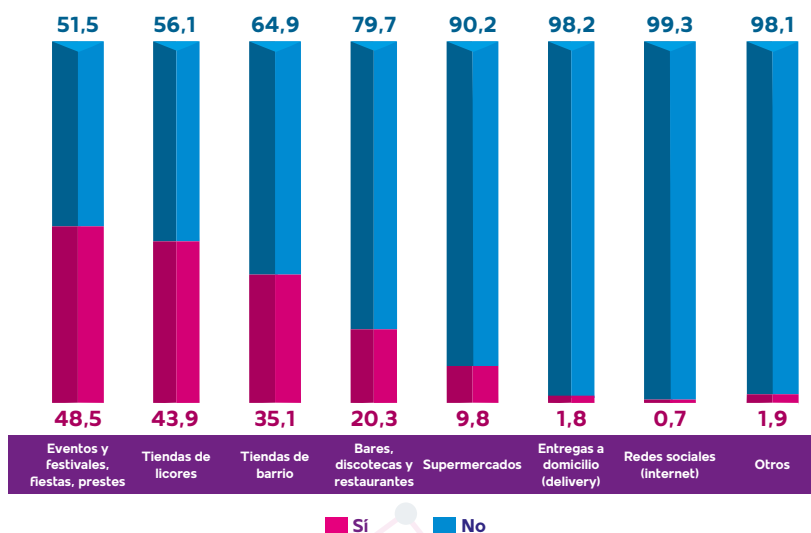
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 17: Distribución de lugares donde accede a comprar bebidas alcohólicas

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

bolivianos, mientras que el 20,9% destinó más de 250 bolivianos.

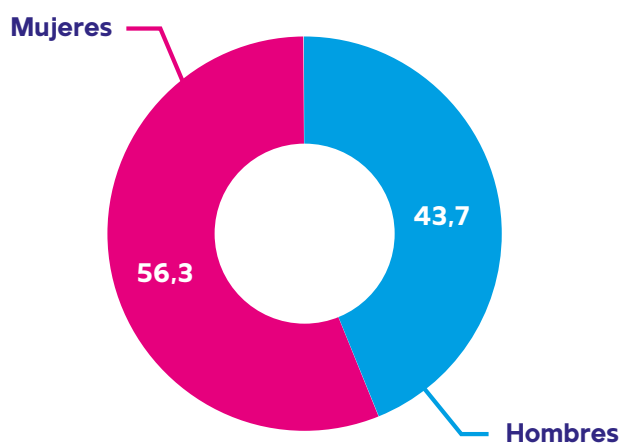
En el Gráfico N° 17, se destaca que el 48,5% de aquellos que compraron bebidas alcohólicas optaron por adquirirlas en eventos sociales como: festivales, fiestas y prestes; el 43,9% en tiendas de licores; el 35,1% las obtuvo en tiendas de barrio; y el 20,3% las

adquirió en bares, discotecas y restaurantes, por citar los más importantes.

3.1.6. EX CONSUMIDORES DE ALCOHOL

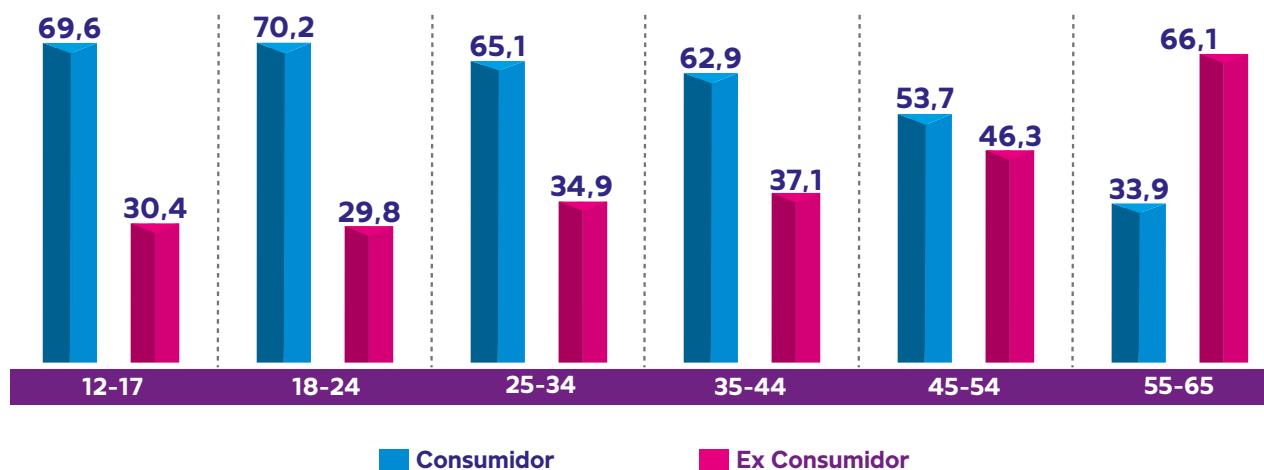
De las personas que indicaron que dejaron de consumir alcohol, el 43,7% son hombres y el 56,3% son mujeres. Esta distribución sugiere que las mujeres pueden tener

Gráfico N° 18: Distribución de ex consumidores de alcohol, según sexo
(En porcentaje)



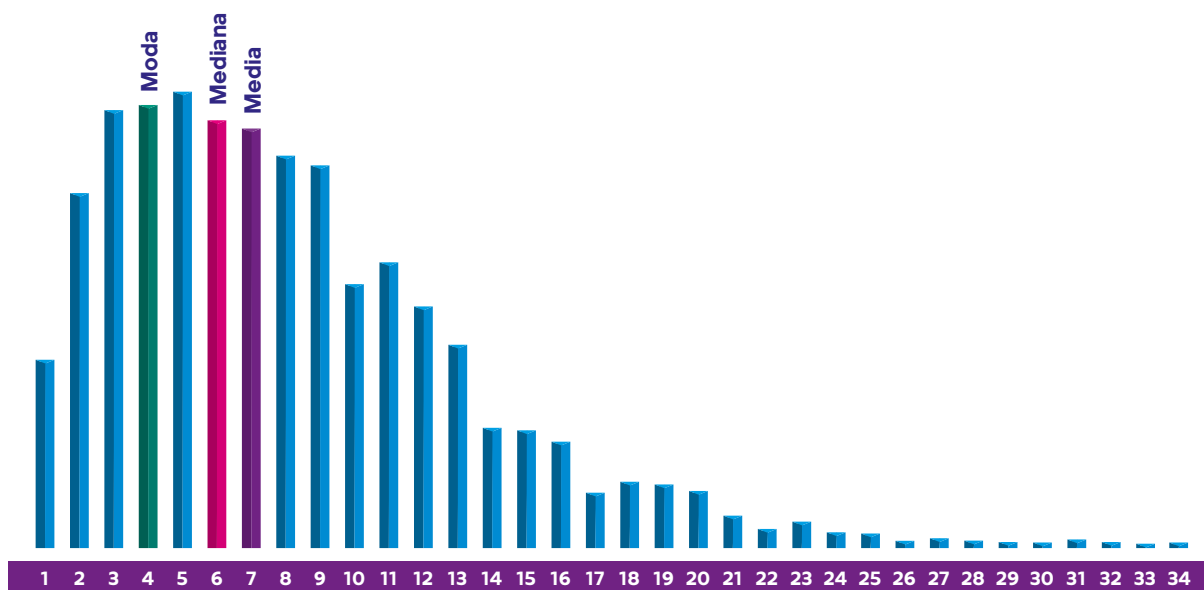
Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 19: Distribución de ex consumidores y consumidores de alcohol, según rango de edad
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 20: Distribución de puntajes obtenidos de los que consumieron alcohol en los últimos 12 meses
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

una mayor propensión a abandonar el consumo de alcohol en comparación con los hombres.

En el gráfico se puede considerar que, a medida que incrementa los rangos de edad, también aumenta el porcentaje de personas que indicó ser ex consumidor de alcohol, en el rango de edad entre 12 a 17 años aproximadamente el 70% afirmó ser consumidor y el 30% ser ex consumidor. Por el contrario, las personas entre 55 a 65 años, el 33,9% indicó ser consumidor y el 66,1% se identifica como ex consumidor de bebidas alcohólicas.

3.1.7. TRASTORNOS DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL

Para evaluar el riesgo entre aquellos que reconocieron haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, se implementó el Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con

el objetivo de identificar patrones de consumo riesgosos o perjudiciales. Este Test permite obtener puntuaciones entre 0 a 40 puntos, los puntajes se clasifican de la siguiente manera: entre 0 a 7 riesgo bajo; entre 8 a 15 riesgo medio; entre 16 a 19 riesgo alto; y mayores a 20, probable adicción.

Los datos muestran que el 61,0% de aquellos que consumieron alcohol en los últimos 12 meses, presentan riesgo bajo, situándose en la Zona I⁸. Esto indica que no están expuestos a riesgos significativos. Este resultado evidencia la importancia de identificar y reconocer la existencia de una mayoría que se encuentra en una categoría de bajo riesgo.

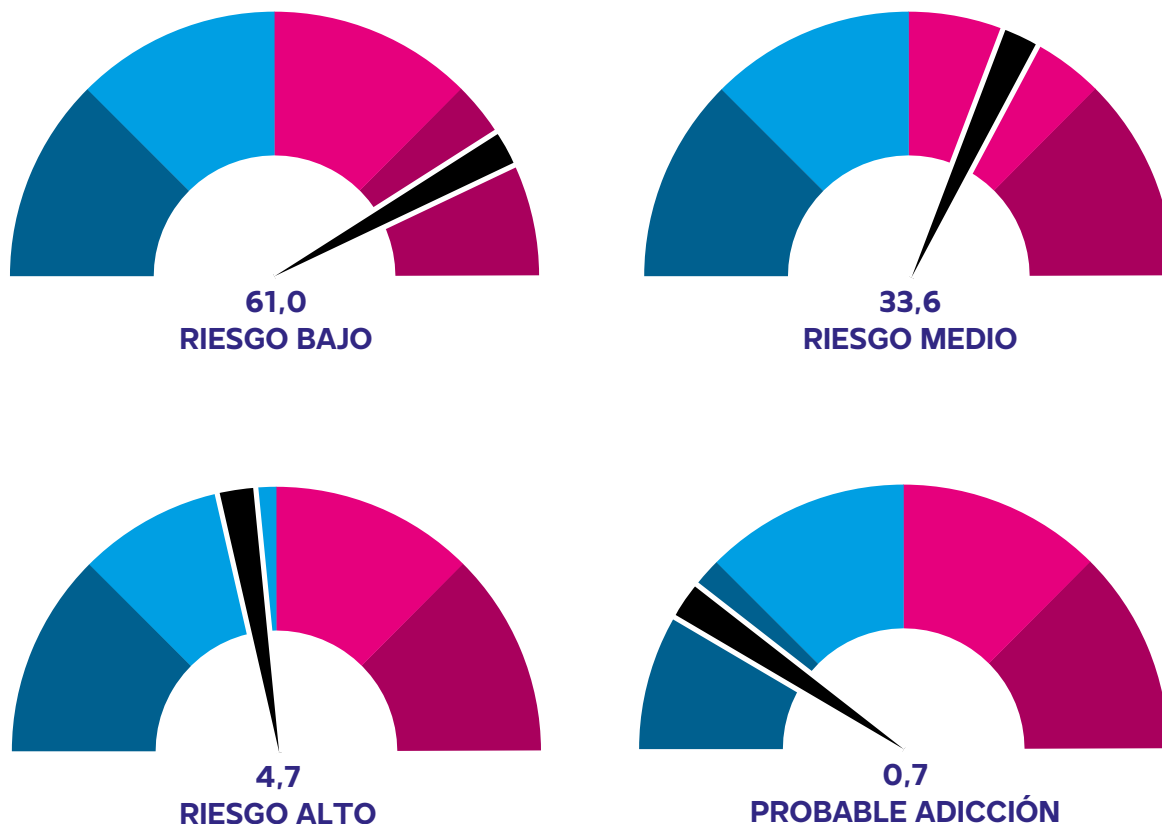
Según los resultados obtenidos, el 33,6% de la población se ubica en la Zona II⁹. Este rango señala un riesgo medio de consumo de alcohol, lo que sugiere la necesidad de una intervención primaria¹⁰ para este grupo. Este dato revela que una proporción considerable de la población podría beneficiarse

⁸ Puntajes obtenidos entre 0 y 7.

⁹ Puntajes entre 8 y 15.

¹⁰ Intervención sobre un problema detectado en un individuo o colectivo. Es la primera actuación ante la presencia de un problema que debe ser identificado y orientado.

Gráfico N° 21: Distribución de la población en riesgo de consumo de alcohol, según categorías (En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

de una atención más especializada en temas relacionados con el consumo de alcohol.

Se ha identificado que el 4,7% de aquellos que admitieron consumir bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses se sitúan en la Zona III¹¹. Esta categoría indica un riesgo alto de consumo perjudicial de alcohol. De acuerdo con el resultado, se recomienda una intervención que involucre intervención primaria, prevención secundaria¹² y monitorización continua.

Este hallazgo destaca la necesidad de abordar de manera más intensiva y específica al grupo que presenta riesgo alto.

También se identificó que el 0,7% de las personas que afirmaron consumir alcohol en los últimos 12 meses están en la Zona IV¹³. Revelando que se encuentran en probable adicción. Por lo cual, se sugiere una intervención y derivación a especialistas para una evaluación diagnóstica y tratamiento.

¹¹ Puntajes entre 16 y 19.

¹² Su principal objetivo es acompañar al paciente ayudándole en el seguimiento de su tratamiento, sea físico o psicológico, para prevenir el agravamiento de la dolencia.

¹³ Puntajes entre 20 y 40.

La visualización de la Tabla N° 8 revela patrones significativos en relación con los niveles de riesgo asociados al consumo de alcohol. En el caso de los hombres, el 54,1% exhibe un riesgo bajo, este mismo patrón se replica en las mujeres, donde un considerable 68,7% se encuentra en la misma situación. Por el contrario, el 6,3% de los hombres y el 3% de las mujeres se encuentran en riesgo alto.

Al analizar los grupos etarios, se observa para las edades de 12 a 17 años el 78,7% presentan un riesgo bajo de consumo de alcohol y para las edades de

45 a 54 años el 65,3%. El riesgo más alto se presenta principalmente entre las edades de 25 a 34 años y 45 a 54 años con el 5,9%. Por último, en términos de estratos, para el riesgo bajo destaca el 62,9% que se encuentra en el estrato Alto y el 59,3% para el estrato Bajo.

En el Gráfico N° 22 podemos observar que en las ciudades capitales y El Alto, el menor porcentaje de población que se encuentra en riesgo bajo de consumo de alcohol se presentó en Potosí con 48,0%, y el más alto en Cobija con el 71,3%.

Tabla N° 8: Población en riesgo de consumo de alcohol, según variables sociodemográficas
(En porcentaje)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO	PROBABLE ADICCIÓN (DEPENDENCIA)
SEXO				
Hombres	54,1	38,6	6,3	1,0
Mujeres	68,7	28,0	3,0	0,3
GRUPO DE EDAD				
12-17	78,7	18,4	2,7	0,1
18-24	57,6	36,2	4,8	1,3
25-34	56,7	36,5	5,9	0,9
35-44	62,8	32,7	4,0	0,5
45-54	65,3	28,6	5,9	0,1
55-65	64,4	33,8	1,8	0,0
ESTRATO				
Alto	62,9	31,8	4,7	6,0
Bajo	59,3	35,3	4,7	7,0

Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 22: Distribución de la población en riesgo de consumo de alcohol, en ciudades capitales y El Alto

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

3.2. TABACO

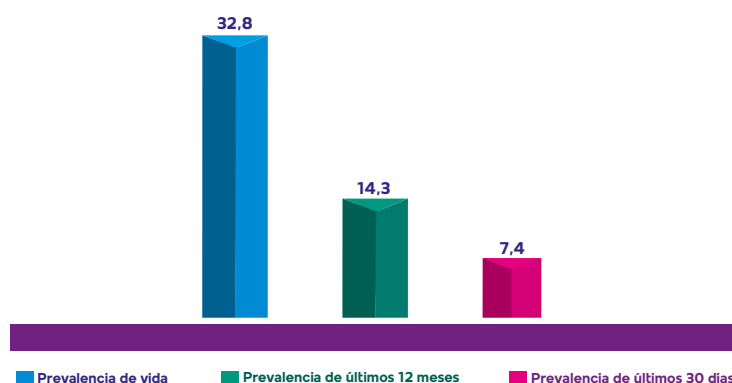
3.2.1. PREVALENCIA DE VIDA, DE ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE CONSUMO DE TABACO

La prevalencia de vida para el consumo de tabaco en el año 2023 se situó en el 32,8%, mientras que para los

últimos 12 meses fue de 14,3%, y de los últimos 30 días se registró en 7,4%.

Se evidencia una disparidad significativa en la prevalencia de consumo de tabaco entre hombres y mujeres. Siendo esta sustancialmente mayor en los hombres, mostrando prevalencias más elevadas de

Gráfico N° 23: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de tabaco
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

Tabla N° 9: Prevalencia de consumo de tabaco de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas
(En porcentaje)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
SEXO			
Hombres	46,6	21,9	11,8
Mujeres	21,7	8,2	3,8
GRUPO DE EDAD			
12-17	3,0	2,1	0,9
18-24	29,4	17,3	8,6
25-34	42,5	20,6	10,6
35-44	38,6	17,7	9,1
45-54	40,4	16,4	8,5
55-65	38,7	9,1	5,2
ESTRATO			
Alto	31,9	14,2	7,5
Bajo	33,6	14,4	7,2

Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

Tabla N° 10: Prevalencia de consumo de tabaco de vida, últimos 12 meses últimos 30 días, según ciudad capital y El Alto
(En porcentaje)

CIUDAD CAPITAL Y EL ALTO	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
Sucre	40,1	24,5	13,7
La Paz	44,5	18,2	9,0
El Alto	24,8	9,5	4,0
Cochabamba	36,3	14,0	7,8
Oruro	41,1	14,5	5,7
Potosí	37,9	19,3	11,5
Tarija	45,1	22,5	13,6
Santa Cruz de la Sierra	24,4	11,5	5,9
Trinidad	37,9	16,2	11,5
Cobija	31,3	12,2	7,4

Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

consumo en: términos de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días.

Profundizando el análisis demográfico, destaca el grupo de edades comprendido entre 25 y 34 años presentan el mayor consumo de tabaco. Por otro lado, se observa una tendencia opuesta en el grupo de edades de 12 a 17 años, donde la prevalencia de consumo de tabaco es notablemente menor, indicando una menor iniciación en el hábito tabáquico a edades más tempranas.

Por estrato no presenta diferencias significativas entre alto y bajo, llegando a 31,9% y 33,6% respectivamente.

Tarija emerge como la ciudad con la mayor prevalencia a lo largo de toda la vida, registrando el 45,1%, seguido de La Paz con 44,5% y Oruro con 41,1%. Por otra parte, los menores porcentajes se registran en Santa Cruz de la Sierra y El Alto con 24,4% y 24,8% respectivamente.

En cuanto a la prevalencia de últimos 12 meses de consumo de tabaco, se destaca que Sucre exhibe la más elevada, alcanzando el 24,5%.

3.2.2. INCIDENCIA DE ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE NUEVOS CONSUMIDORES DE TABACO

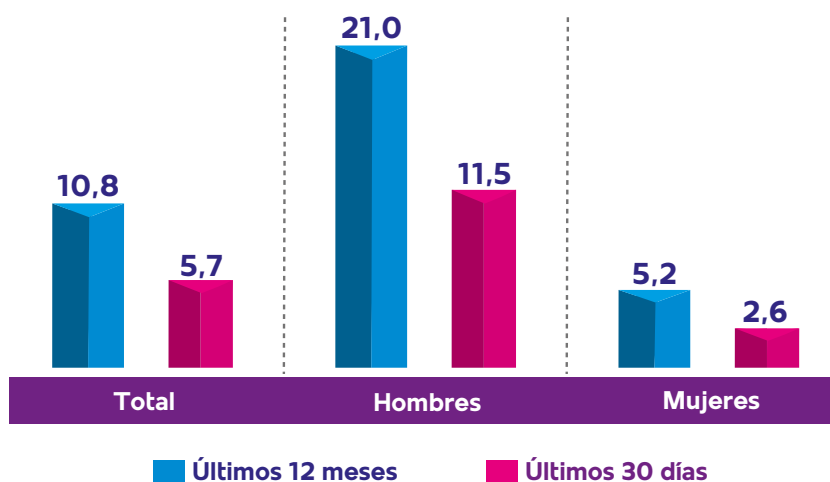
La incidencia de últimos 12 meses de nuevos consumidores se sitúa en el 10,8%, mientras que, de últimos 30 días es de 5,7%. Realizando un análisis por sexo, se puede apreciar que existe una mayor proporción en la incidencia de últimos 12 meses en el caso de los hombres (21,0%) respecto a las mujeres (5,2%). El comportamiento es similar en la incidencia de últimos 30 días.

En la ciudad capital de Potosí, destaca una incidencia de últimos 12 meses de nuevos consumidores de 18,7%; mientras que la incidencia de últimos 30 días es 11,1%, siendo los porcentajes más altos. Le sigue Santa Cruz de la Sierra con una incidencia de últimos 12 meses de 12,5% y de últimos 30 días de 7,1%.

En Cochabamba, la incidencia de últimos 12 meses de nuevos consumidores es de 11,7% y de últimos 30 días es de 5,8% y en la ciudad capital de La Paz, se evidencia una incidencia de últimos 12 meses de 11,3% y de los últimos 30 días que se sitúa en 4,8%.

Gráfico N° 24: Incidencia de nuevos consumidores de tabaco en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según sexo.

(En porcentaje)

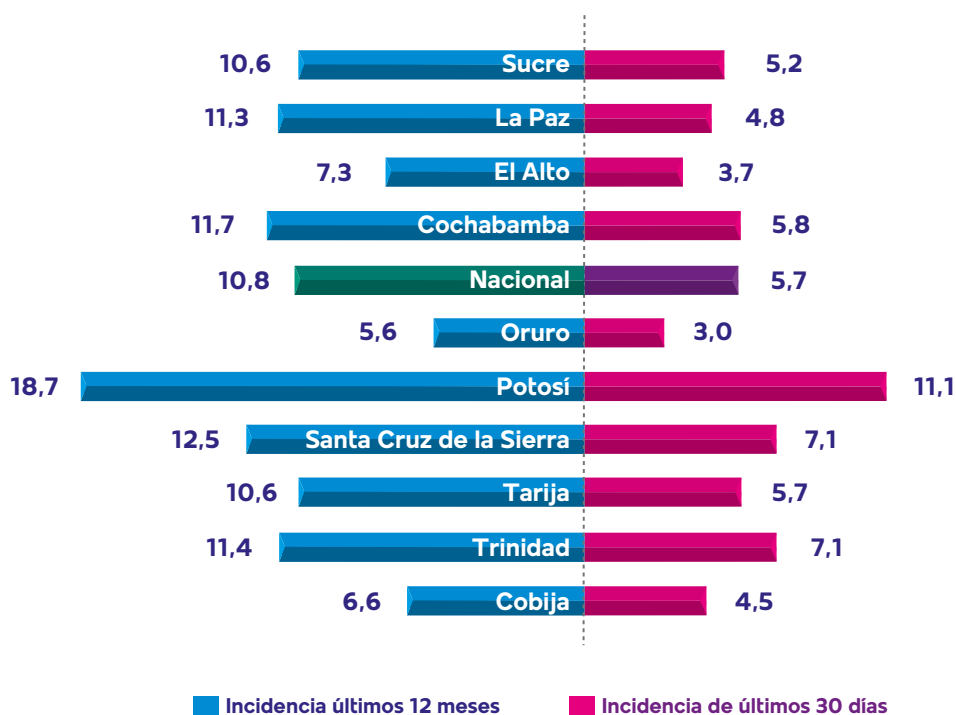


Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

Gráfico N° 25: Incidencia de nuevos consumidores de tabaco en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudades capitales y El Alto

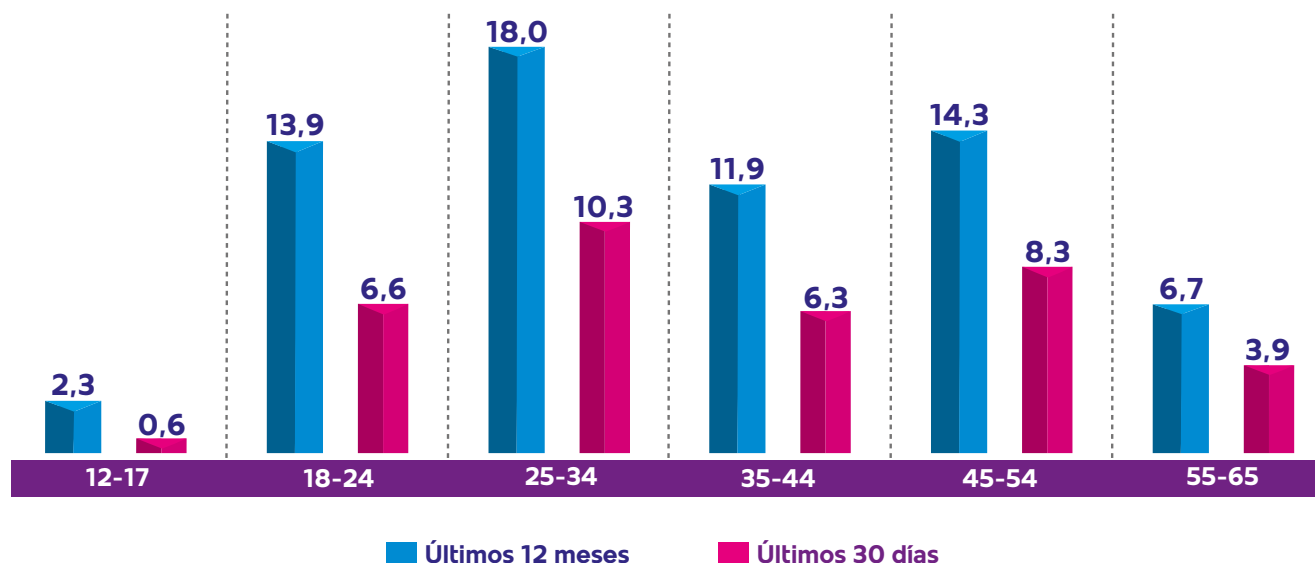
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

Gráfico N° 26: Incidencia de nuevos consumidores de tabaco en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según rangos de edad
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

Por edades se observa que la incidencia de nuevos consumidores de tabaco en los últimos 12 meses en las edades de 25 a 34 años alcanza el 18,0%, siendo este el más alto, prosigue las edades de 45 a 54 años con el 14,3% y posteriormente las edades de 18 a 24 años con el 13,9%.

Las incidencias de nuevos consumidores de tabaco en los últimos 30 días presentan un comportamiento similar. Las edades de 25 a 34 años con el 10,3%, edades de 45 a 54 años con el 8,3% y edades de 18 a 24 años con el 6,6% (Gráfico N° 26).

3.2.3. EDAD DE INICIO Y MOTIVOS DE CONSUMO DE TABACO

La edad promedio de inicio de consumo de tabaco es de 23 años para ambos sexos, sugiriendo una tendencia central en torno a este valor. Sin embargo, al analizar la mediana muestra un valor de 20 años.

Notamos que la mitad de las edades están por debajo de este umbral y la otra mitad por encima.

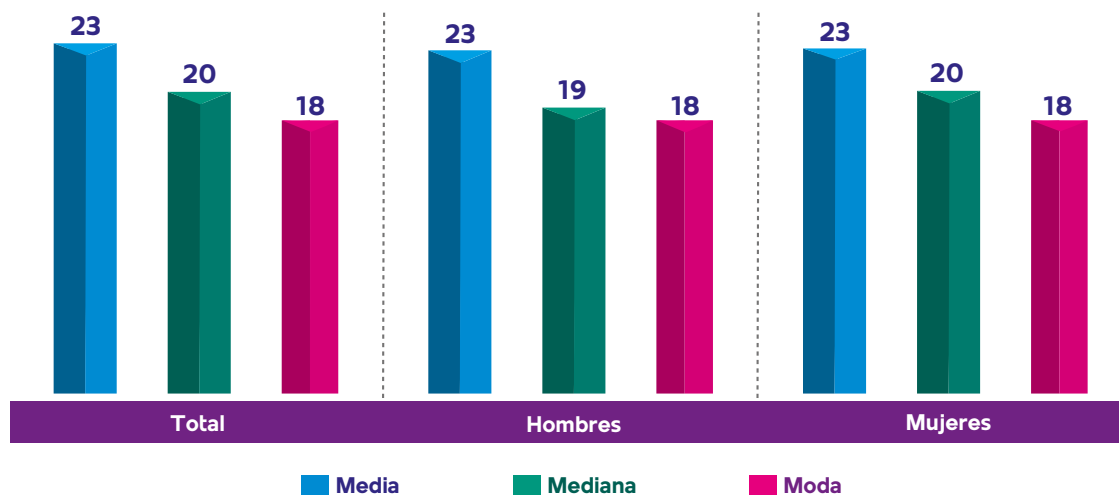
Para el caso de las mujeres es de 20 años y para los hombres 19 años. La moda, o la edad más frecuente de inicio, se sitúa en los 18 años en general, indicando un pico en la distribución.

En el gráfico se aprecia que el 71,3% de los participantes comenzaron a consumir tabaco motivados por curiosidad/experimentar, mientras que el 47,0% iniciaron el consumo a raíz de invitaciones o influencias de amigos(as).

3.2.4. FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO

Como se mencionó anteriormente, 7,4% de los encuestados admitió haber consumido tabaco en los últimos 30 días. Dentro de este porcentaje, se observa que el 68,8% de los consumidores de tabaco fuman

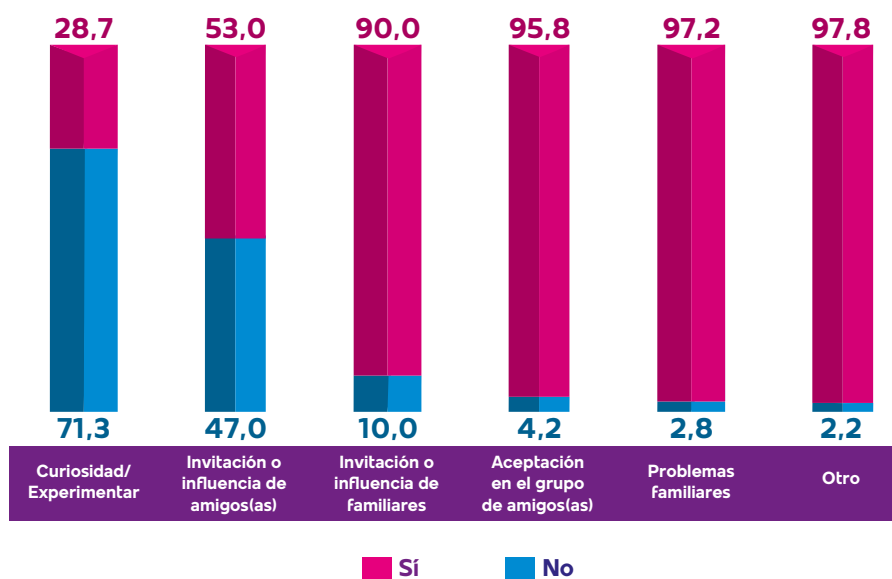
Gráfico N° 27: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de tabaco, según sexo
(En número)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

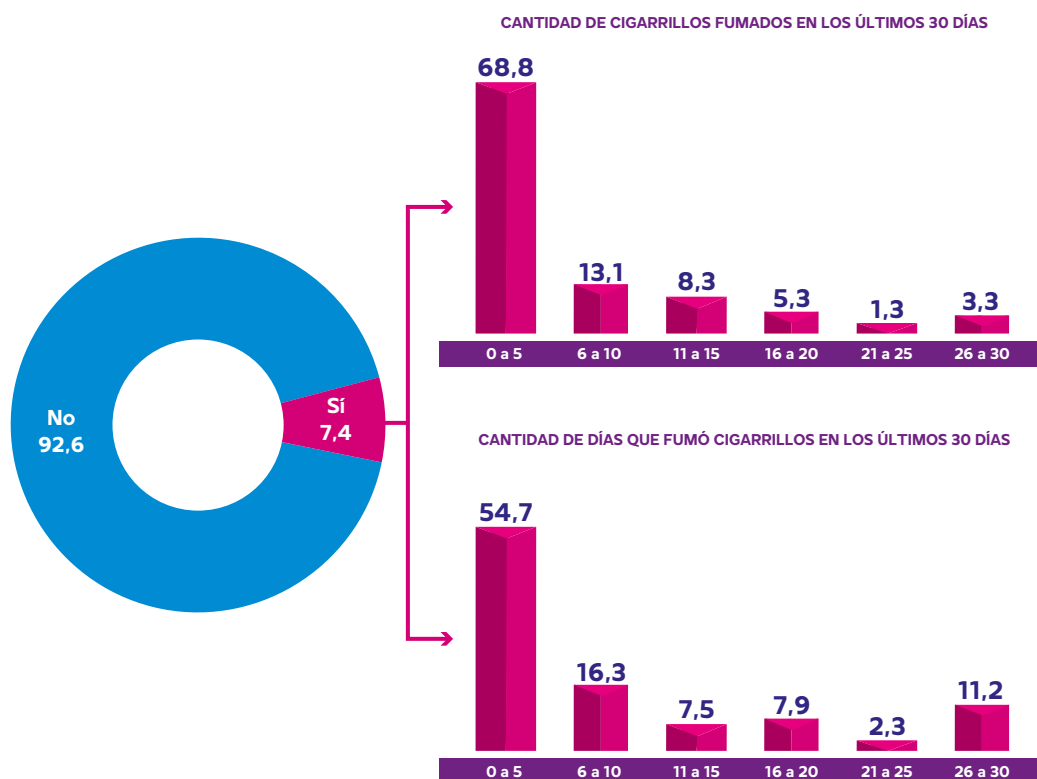
Gráfico N° 28: Distribución de los motivos por los que consumieron tabaco por primera vez
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

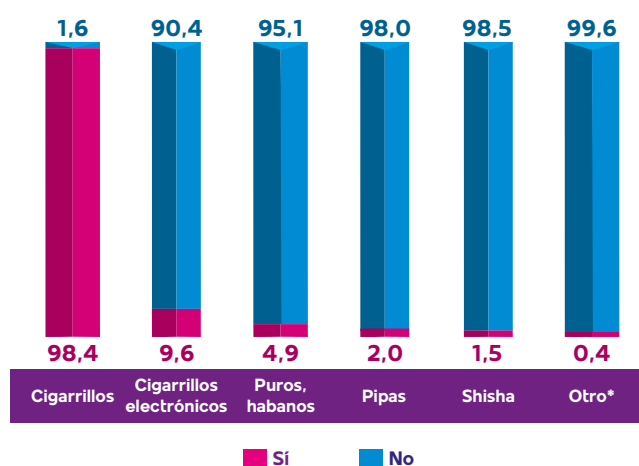
Gráfico N° 29: Distribución del consumo de tabaco en los últimos 30 días
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

Gráfico N° 30: Distribución del consumo de tabaco en los últimos 30 días, según tipo de consumo
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

(*): Comprende como cigarrillos de liar, narguile o similares.

entre 0 a 5 cigarrillos, mientras que el 13,1% consume entre 6 y 10 cigarrillos. En contraste, el 3,3% de los consumidores de tabaco pertenece a la categoría de 26 a 30 cigarrillos.

Cabe señalar que el 54,7% fumó entre 0 a 5 días, el 16,3% entre 6 a 10 días y el 11,2% entre 26 a 30 días.

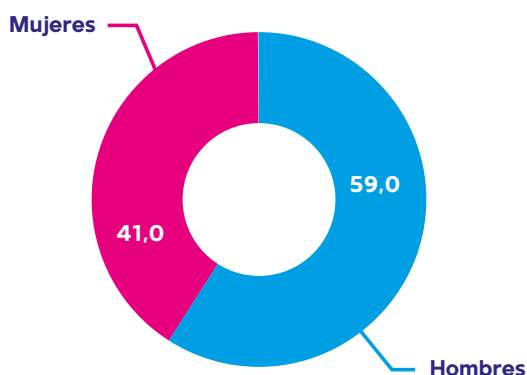
En el análisis detallado de los métodos de consumo de tabaco entre los encuestados, destaca que una abrumadora mayoría representado con el 98,4%, utiliza cigarrillos como principal forma de consumo.

El 9,6%, opta por cigarrillos electrónicos y el 4,9% lo hace por puros y habanos, revelando la presencia de tecnologías emergentes en el hábito tabáquico.

3.2.5. EX CONSUMIDORES Y CONSUMIDORES DE TABACO

El análisis de consumo de tabaco manifiesta una marcada disparidad entre los sexos en relación con ex consumidores. El 59,0% de los hombres son ex consumidor de tabaco, en contraste con el 41,0% que son mujeres.

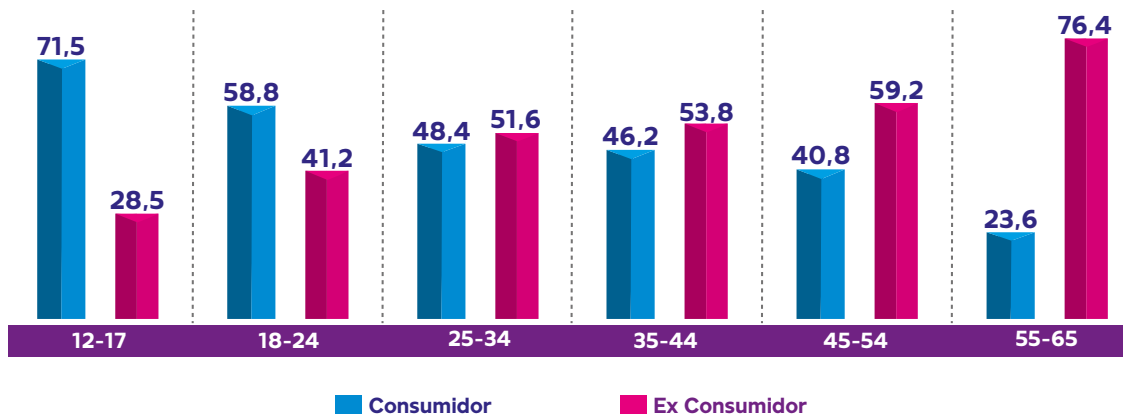
Gráfico N° 31: Distribución de ex consumidores de tabaco, según sexo
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

Gráfico N° 32: Distribución de ex consumidores y consumidores de tabaco, según rango de edad
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

En el grupo de edades comprendido entre los 55 y 65 años, destaca el 76,4% mencionando que dejaron de consumir tabaco. Una tendencia opuesta a la anterior es el rango de 12 a 17 años, donde el 71,5% se identifica como consumidor de tabaco. Demostrando una relación directa entre la edad y la tendencia a dejar de consumir tabaco; a mayor edad, mayor es el porcentaje de ex consumidores.

3.3. TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

3.3.1. PREVALENCIA DE VIDA, ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

La prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica alcanza el 6,37% a lo largo de la vida, experimentando una disminución significativa a 3,41% en los últimos 12 meses; llegando al 1,45% en los últimos 30 días.

La prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en mujeres supera a la de los hombres, registrando 6,59% y 6,09%, respectivamente. Esta diferencia es reflejada además en la prevalencia de los últimos 12 meses y los últimos

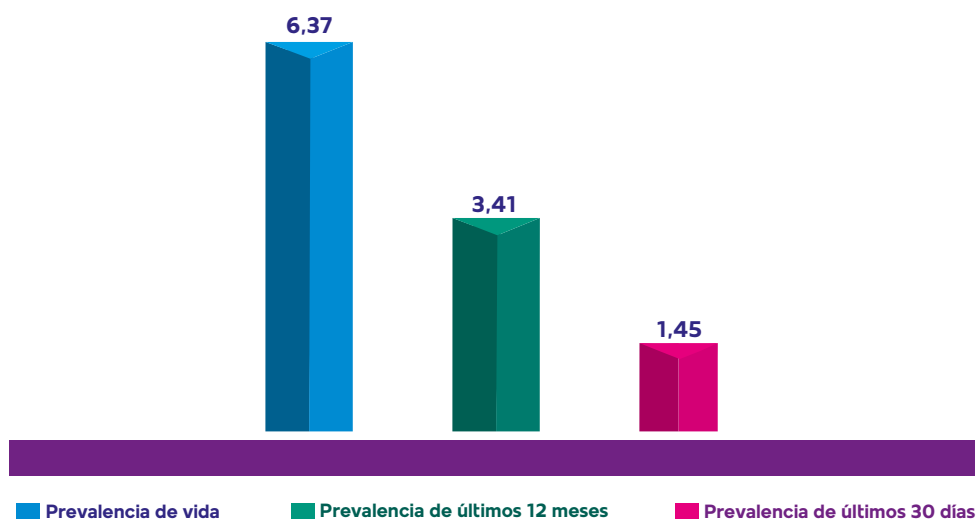
30 días, donde las mujeres muestran una proporción más alta.

El rango de edades de 55 a 65 años muestra la mayor prevalencia de consumo a lo largo de la vida (7,84%), y de 18 a 24 años en los últimos 12 meses (4,00%) y últimos 30 días (1,71%).

Respecto a los estratos, el Alto presenta la mayor prevalencia de consumo a lo largo de la vida con el 6,47%. La prevalencia de los últimos 12 meses, de igual manera, el estrato Alto lidera con el 3,48% y en los últimos 30 días registra el 1,39%.

La prevalencia a lo largo de la vida de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica es más pronunciada en la ciudad capital de La Paz, alcanzando el 10,67%, seguida por la ciudad capital de Potosí con el 8,16% y ciudad capital de Trinidad con 8,02%. En cuanto a la prevalencia de los últimos 12 meses, la más elevada se observa nuevamente en la ciudad capital de La Paz, con el 6,88%, seguida por ciudad capital de Tarija con el 5,22% y ciudad capital de Santa Cruz de la Sierra con el 3,45%. Para la prevalencia de los últimos 30 días, el dato más alto corresponde a ciudad capital de Tarija con el 4,12%, seguido por ciudad capital de Oruro con el 2,38% y finalmente ciudad capital de La Paz con el 2,28%.

Gráfico N° 33: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera alprazolam (tricalma, prazolam, alpax), diazepam (Valium, relajepam, compaz), flunitrazepam (rohipno) o similares.

Tabla N° 11: Prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas
(En porcentaje)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
SEXO			
Hombres	6,09	3,07	1,33
Mujeres	6,59	3,69	1,55
GRUPO DE EDAD			
12-17	4,67	3,43	1,21
18-24	6,29	4,00	1,71
25-34	6,18	3,07	1,40
35-44	6,47	3,36	1,43
45-54	6,61	3,08	1,52
55-65	7,84	3,52	1,42
ESTRATO			
Alto	6,47	3,48	1,39
Bajo	6,27	3,36	1,52

Fuente: OBSCD.

Nota: Considera alprazolam (tricalma, prazolam, alpax), diazepam (Valium, relajepam, compaz), flunitrazepam (rohipno) o similares.

Tabla N° 12: Prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudad capital y El Alto
(En porcentaje)

CIUDAD CAPITAL Y EL ALTO	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
Sucre	4,06	1,30	0,54
La Paz	10,67	6,88	2,28
El Alto	3,73	1,61	1,05
Cochabamba	6,50	2,66	0,75
Oruro	5,23	3,39	2,38
Potosí	8,16	3,29	0,16
Tarija	6,17	5,22	4,12
Santa Cruz de la Sierra	6,26	3,45	1,46
Trinidad	8,02	1,23	0,59
Cobija	0,64	0,42	0,22

Fuente: OBSCD.

Nota: Considera alprazolam (tricalma, prazolam, alpax), diazepam (Valium, relajepam, compaz), flunitrazepam (rohipno) o similares.

3.3.2. INCIDENCIA DE ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE NUEVOS CONSUMIDORES DE TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

La incidencia de últimos 12 meses de nuevos consumidores de tranquilizantes sin prescripción médica es más alta en mujeres, alcanzando el 2,86% en comparación con los hombres con el 2,47%. Este patrón se replica en la incidencia de últimos 30 días,

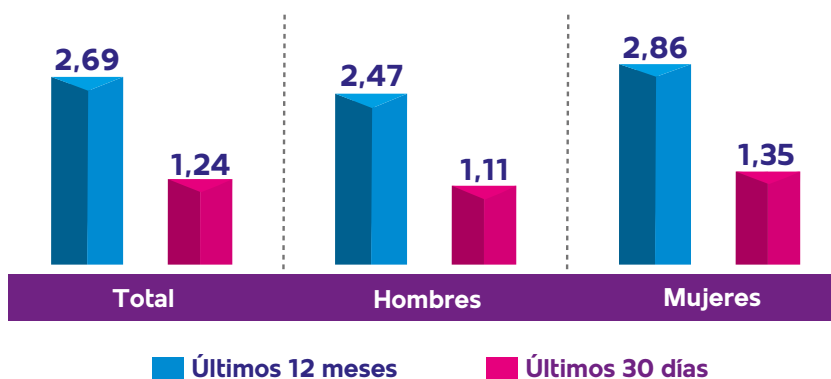
donde las mujeres presentan una tasa de 1,35% frente a la de los hombres, que es de 1,11%.

En términos generales, se observa una incidencia total de últimos 12 meses es de 2,69% y una incidencia total de últimos 30 días de 1,24%.

Se observa que la incidencia de nuevos consumidores de tranquilizantes sin prescripción médica en los últimos 12 meses en edades de 18 a 24 años presenta

Gráfico N° 34: Incidencia de nuevos consumidores de tranquilizantes sin prescripción médica en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según sexo y total

(En porcentaje)

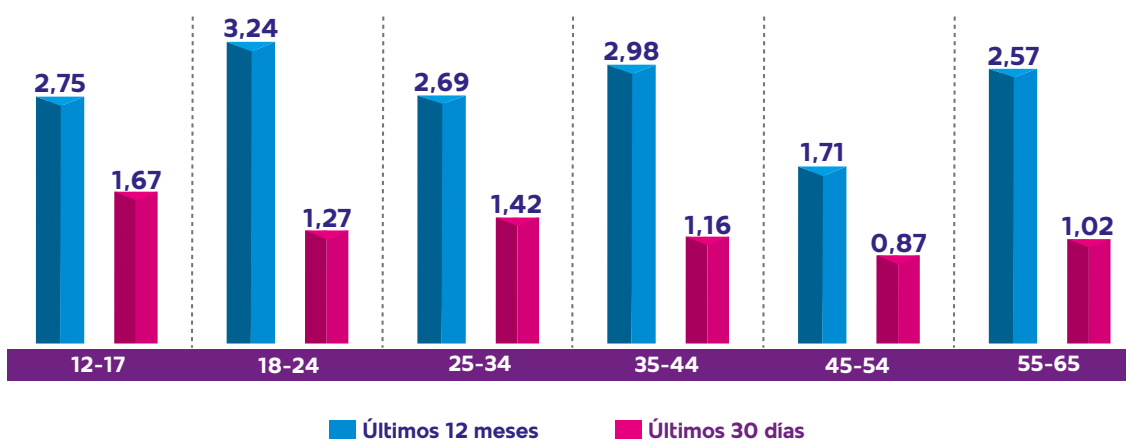


Fuente: OBSCD.

Nota: Considera alprazolam (tricalma, prazolam, alpag), diazepam (Valium, relajepam, compaz), flunitrazepam (rohipno) o similares.

Gráfico N° 35: Incidencia de nuevos consumidores de tranquilizantes sin prescripción médica en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según rango de edad

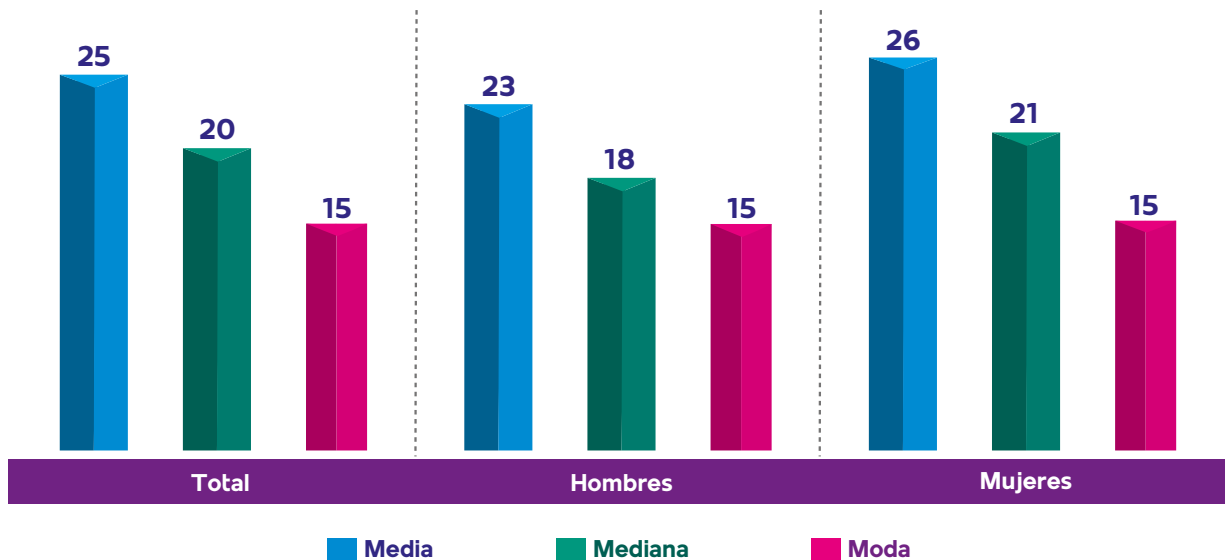
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera alprazolam (tricalma, prazolam, alpag), diazepam (Valium, relajepam, compaz), flunitrazepam (rohipno) o similares.

Gráfico N° 36: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica, según sexo
(En número)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera alprazolam (tricalma, prazolam, alpax), diazepam (Valium, relazepam, compaz), flunitrazepam (rohipno) o similares.

el 3,24% siendo este el más alto, posteriormente, las edades de 35 a 44 años (2,98%) y 25 a 34 años (2,69%), son las edades con mayores porcentajes.

Mientras que para la incidencia de nuevos consumidores de tranquilizantes de los últimos 30 días se observa que para la edad de 12 a 17 años es de 1,67% siendo este el más alto.

3.3.3. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

La edad promedio de inicio del consumo de tranquilizantes para mujeres es de 26 años, en contraste, los hombres se sitúa a los 23 años, esta diferencia sugiere que en promedio los hombres tienden a iniciar el consumo de tranquilizantes a una edad más temprana en comparación con las mujeres. En términos generales, la edad promedio de inicio para

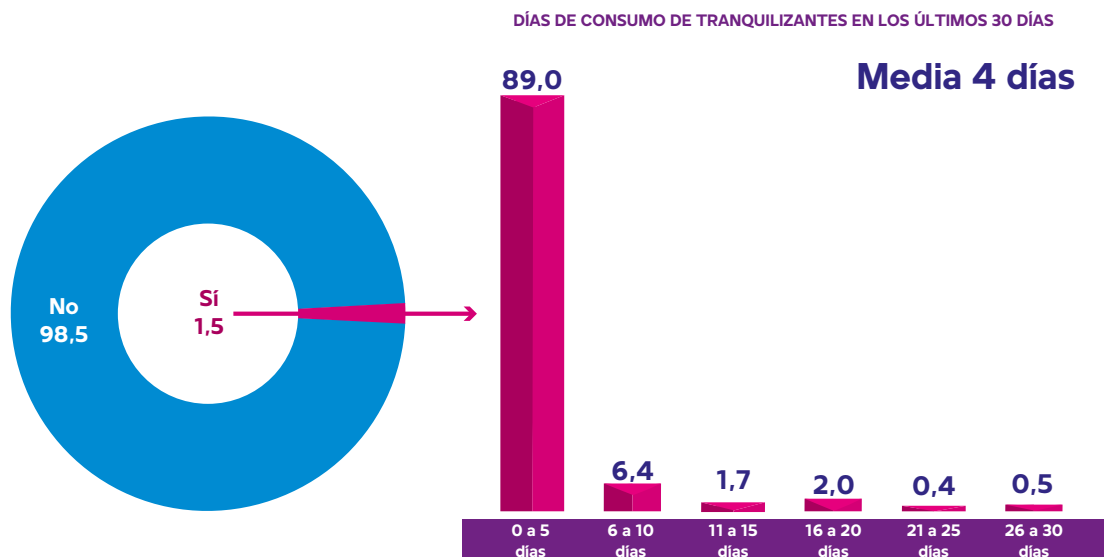
el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica se establece en los 25 años. La mediana revela que el 50% de las personas inicia el consumo antes de los 20 años, y el otro 50% lo hace después de esta edad. La moda destaca que la edad más común de inicio de consumo es a los 15 años.

3.3.4. FRECUENCIA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

El 1,5% de los encuestados afirmó haber consumido tranquilizantes sin prescripción médica en los últimos 30 días. Es relevante destacar que la mayoría de los consumidores de tranquilizantes en el periodo mencionado informaron haberlo hecho en un intervalo de 0 a 5 días representado con el 89%. Sin embargo, el 6,4% que indicó un consumo entre 6 y 10 días y el 2% reportó un uso más prolongado de entre 16 y 20 días.

Gráfico N° 37: Distribución del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en los últimos 30 días

(En porcentaje)

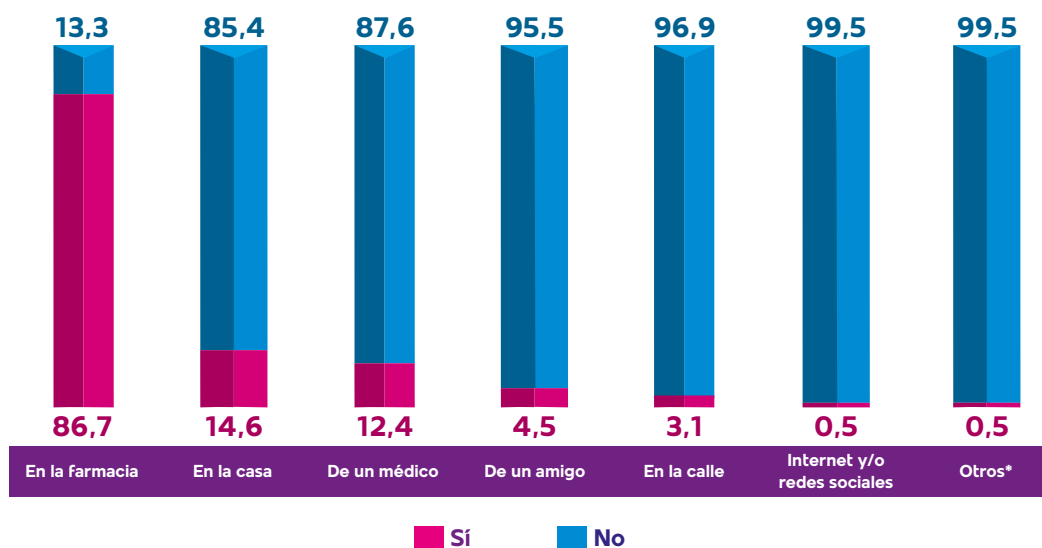


Fuente: OBSCD.

Nota: Considera alprazolam (tricalma, prazolam, alpax), diazepam (Valium, relajepam, compaz), flunitrazepam (rohipno) o similares.

Gráfico N° 38: Distribución de lugares donde accede a adquirir tranquilizantes sin prescripción médica

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera alprazolam (tricalma, prazolam, alpax), diazepam (Valium, relajepam, compaz), flunitrazepam (rohipno) o similares.

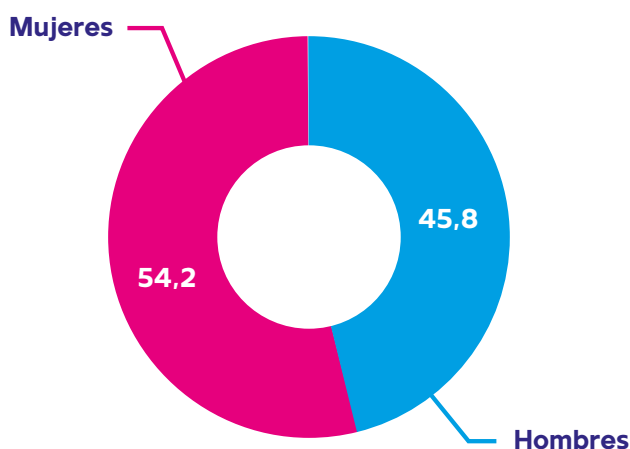
3.3.5. ACCESO A TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

El 86,7% de los encuestados señala que obtiene tranquilizantes sin prescripción médica en la farmacia, el 14,6% indica que los adquiere en su propio hogar, y el 12,4% afirma obtenerlos a través de un médico (Gráfico N° 38).

3.3.6. EX CONSUMIDORES Y CONSUMIDORES DE TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

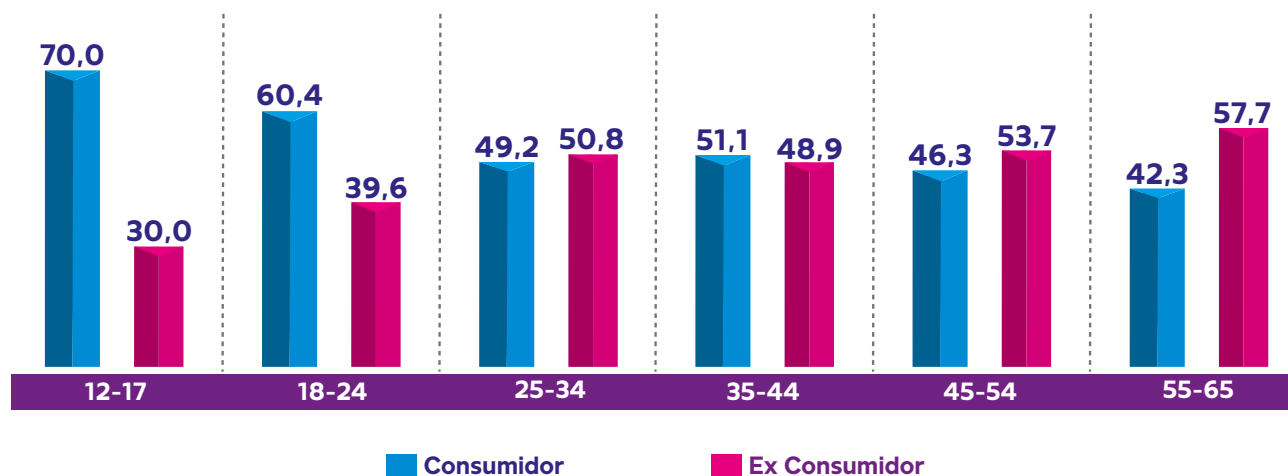
Con relación a ex consumidores de tranquilizantes, las mujeres presentan valores más elevados, con el 54,2%, mientras que los hombres muestran un valor menor con el 45,8%

Gráfico N° 39: Distribución de ex consumidores de tranquilizantes sin prescripción médica, según sexo
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 40: Distribución de ex consumidores y consumidores de tranquilizantes sin prescripción médica, según rango de edad
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera alprazolam (tricalma, prazolam, alpax), diazepam (Valium, relajepam, compaz), flunitrazepam (rohipno) o similares.

De las personas que consumieron alguna vez en su vida tranquilizantes sin prescripción médica, entre las edades de 12 a 17 años se evidencia que el 70% de la población son consumidores de tranquilizantes, y el 30% son ex consumidores. Se puede apreciar que la cantidad de consumidores presentan una disminución gradual a medida que las personas envejecen. En el rango de edad de 55 a 65 años los consumidores representan el 42,3% y los ex consumidores el 57,7%.

3.4. ESTIMULANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

3.4.1. PREVALENCIA DE VIDA, ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE CONSUMO DE ESTIMULANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

La prevalencia de consumo de por vida de estimulantes sin prescripción médica se sitúa en el 1,35%; mientras que para la prevalencia de los últimos 12 meses se registra el 0,61%, por último, la prevalencia de los últimos 30 días es de 0,30%.

En cuanto a la prevalencia de consumo de estimulantes sin prescripción médica, destaca que, tanto la

prevalencia de vida (1,59%), la de los últimos 12 meses (0,54%) y de los últimos 30 días (0,31%) son más altas en hombres en comparación con mujeres.

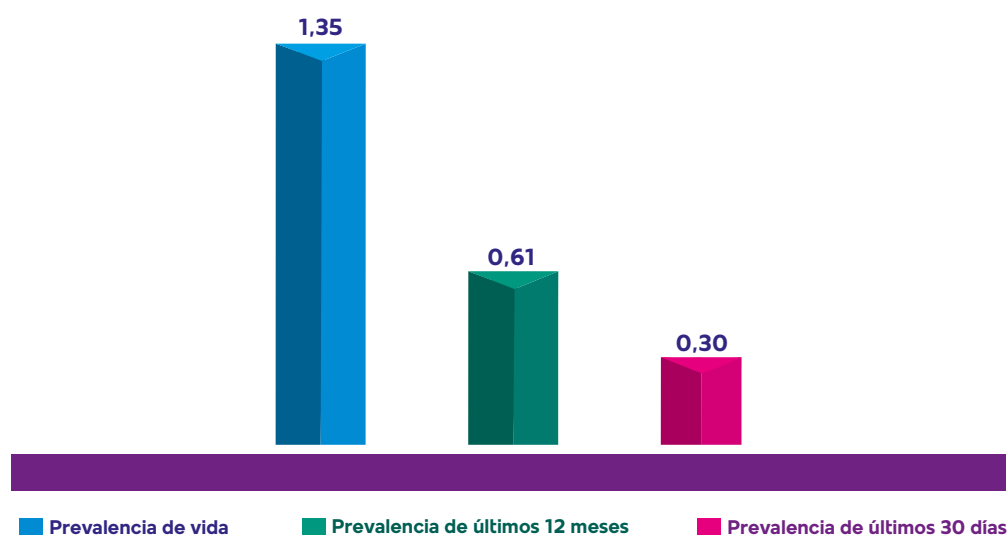
Analizando por grupos etarios se observa que, el grupo de 55 a 65 años presenta la prevalencia más alta de consumo de estimulantes sin prescripción médica alcanzando el 1,88% en la prevalencia de vida. Similar situación ocurre en la prevalencia de los últimos 12 meses, donde el mismo grupo etario llegó al 0,92%, y al 0,68% en la prevalencia de los últimos 30 días.

Por otra parte, es importante mencionar que, para el estrato alto, la prevalencia de vida es de 1,57%, siendo mayor que el estrato bajo con 1,14%. El comportamiento se repite para la prevalencia de los últimos 12 meses y para los últimos 30 días donde la diferencia disminuye.

En la ciudad capital de Tarija, destaca una prevalencia significativamente alta en relación al consumo de estimulantes sin prescripción médica registrando el 4,93% en la prevalencia de vida. Esta cifra es seguida por la ciudad capital de Sucre, con el 2,84%, y las ciudades capitales de La Paz y Trinidad, ambas con una cifra de 1,55%.

Gráfico N° 41: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de estimulantes sin prescripción médica

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera estimulantes como el metilfenidato (ritalina, concerta, aradix), fenmetracina (preludio o adepsina), anfetaminas (aderall), dextroanfetamina (dextedrina, dextrostat), premolina (clyret) o similares.

Tabla N° 13: Prevalencia de consumo de estimulantes sin prescripción médica de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas
(En porcentaje)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
SEXO			
Hombres	1,59	0,54	0,31
Mujeres	1,16	0,67	0,28
GRUPO DE EDAD			
12-17	0,56	0,40	0,11
18-24	1,48	0,66	0,20
25-34	1,55	0,54	0,26
35-44	1,03	0,51	0,19
45-54	1,48	0,62	0,32
55-65	1,88	0,92	0,68
ESTRATO			
Alto	1,57	0,77	0,30
Bajo	1,14	0,46	0,29

Fuente: OBSCD.

Nota: Considera estimulantes como el metilfenidato (ritalina, concerta, aradix), fenmetracina (preludio o adepsina), anfetaminas (aderall), dextroanfetamina (dexedrina, dextrostat), premolina (clyret) o similares.

Tabla N° 14: Prevalencia de consumo de estimulantes sin prescripción médica de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según Ciudad Capital y El Alto
(En porcentaje)

CIUDAD CAPITAL Y EL ALTO	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
Sucre	2,84	0,75	0,25
La Paz	1,55	0,92	0,24
El Alto	0,61	0,30	0,26
Cochabamba	1,15	0,35	0,20
Oruro	0,28	0,16	0,07
Potosí	0,84	0,45	0,32
Tarija	4,93	3,84	2,45
Santa Cruz de la Sierra	1,08	0,38	0,13
Trinidad	1,55	1,13	0,61
Cobija	0,36	0,21	0,00

Fuente: OBSCD.

Nota: Considera estimulantes como el metilfenidato (ritalina, concerta, aradix), fenmetracina (preludio o adepsina), anfetaminas (aderall), dextroanfetamina (dexedrina, dextrostat), premolina (clyret) o similares.

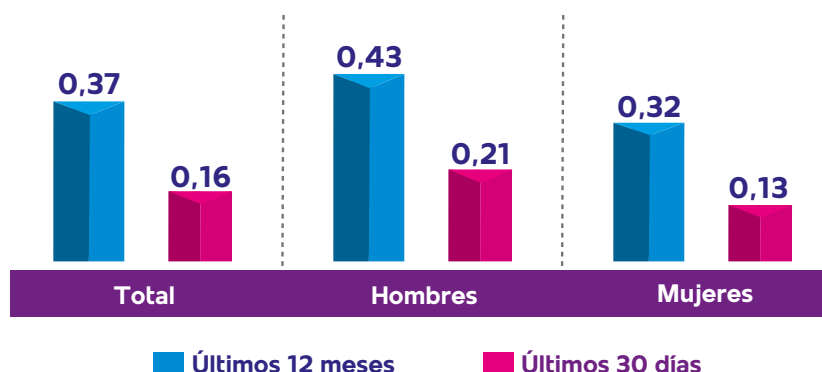
Asimismo, la ciudad capital de Tarija exhibe la prevalencia más alta en los últimos 12 meses de consumo de tranquilizantes, con un marcado 3,84%, seguida por la ciudad capital de Trinidad con el 1,13% y La Paz con el 0,92%. En cuanto a la prevalencia en los últimos 30 días, nuevamente la ciudad capital de Tarija encabeza la lista con el 2,45%, seguida por la ciudad capital de Trinidad con 0,61%.

3.4.2. INCIDENCIA DE ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE NUEVOS CONSUMIDORES DE ESTIMULANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

La incidencia de consumo de estimulantes, de los últimos 12 meses y de los últimos 30 días por parte de nuevos consumidores de estimulantes sin prescripción médica en hombres registró 0,43% y

Gráfico N° 42: Incidencia de nuevos consumidores de estimulantes sin prescripción médica a nivel total, últimos 12 meses y últimos 30 días, según sexo

(En porcentaje)

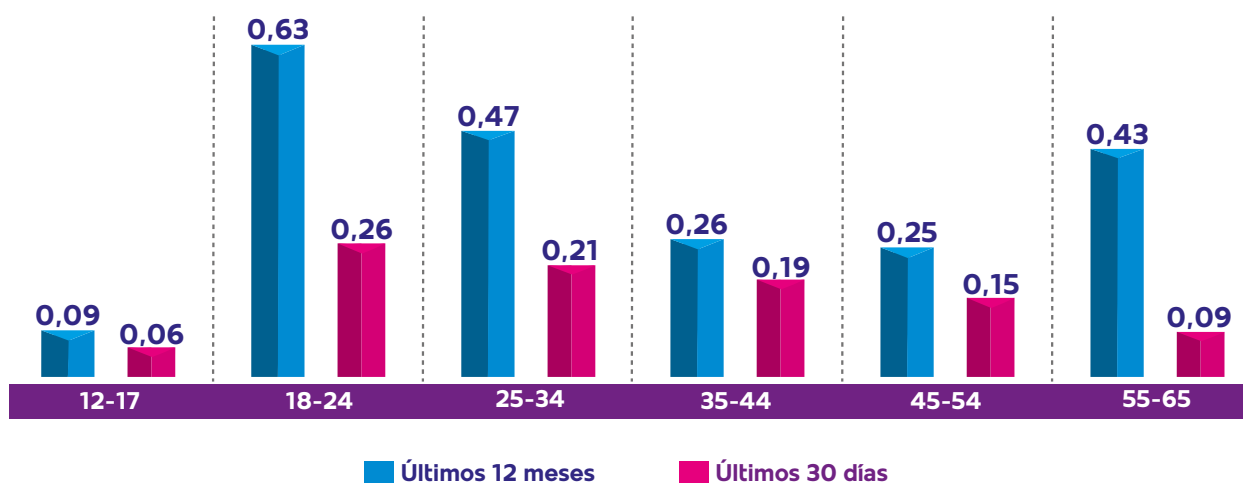


Fuente: OBSCD.

Nota: Considera estimulantes como el metilfenidato (ritalina, concerta, aradix), fenmetracina (preludio o adepsina), anfetaminas (aderall), dextroanfetamina (dexedrina, dextrostat), premolina (clyret) o similares.

Gráfico N° 43: Incidencia de nuevos consumidores de estimulantes sin prescripción médica a nivel total, últimos 12 meses y últimos 30 días, según rango de edad

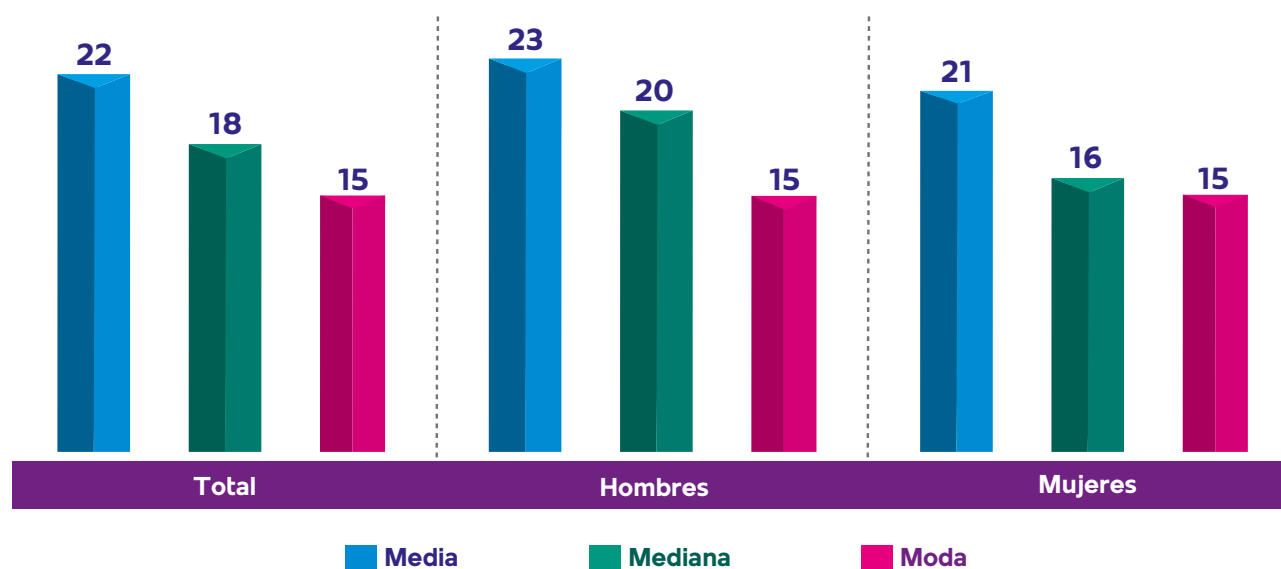
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera estimulantes como el metilfenidato (ritalina, concerta, aradix), fenmetracina (preludio o adepsina), anfetaminas (aderall), dextroanfetamina (dexedrina, dextrostat), premolina (clyret) o similares.

Gráfico N° 44: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de estimulantes sin prescripción médica, según sexo
(En número)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera estimulantes como el metilfenidato (ritalina, concerta, aradix), fenmetracina (preludio o adepsina), anfetaminas (aderall), dexotroanfetamina (dexedrina, dextrostat), premolina (clyret) o similares.

0,21% respectivamente. Mientras que en el caso de las mujeres se exhibe una incidencia de los últimos 12 meses de 0,32% y de los últimos 30 días de 0,13%.

Se observa que la incidencia de nuevos consumidores de estimulantes sin prescripción médica en los últimos 12 meses para edades de 18 a 24 años presenta el 0,63% siendo este el más alto, mientras para la incidencia de nuevos consumidores de 30 días el 0,26%.

3.4.3. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ESTIMULANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

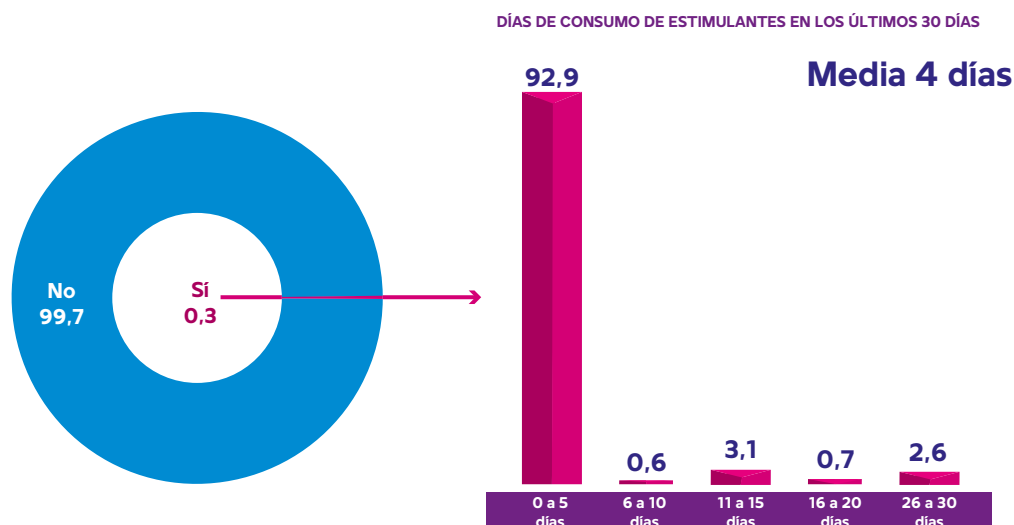
Este gráfico destaca que la edad media de inicio de consumo de estimulantes sin prescripción médica

es de 22 años, con una mediana de 18 años. Además, la moda, indica que el valor más frecuente se sitúa en 15 años. La presencia de una moda relativamente baja podría sugerir que existe un grupo significativo de personas que inician el consumo a una edad más temprana.

3.4.4. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ESTIMULANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Los encuestados que afirmaron haber consumido estimulantes en los últimos 30 días representan el 0,3%, de este grupo, el 92,9% mencionó haberlo hecho en un rango de 0 a 5 días, el 3,1% indicó un consumo entre 11 a 15 días, y el 2,6% reportó haber consumido entre 26 a 30 días.

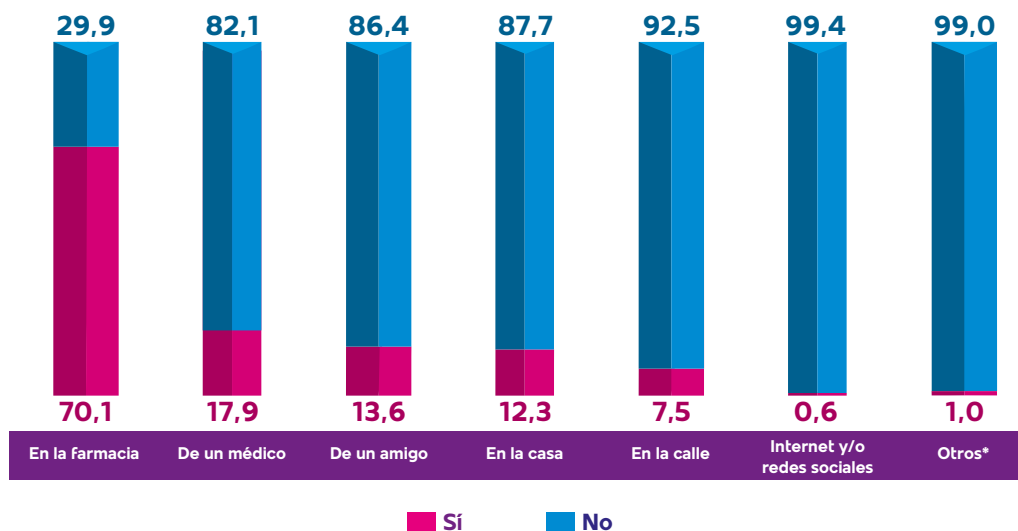
Gráfico N° 45: Distribución del consumo de estimulantes sin prescripción médica en los últimos 30 días
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera estimulantes como el metilfenidato (ritalina, concerta, aradix), fenmetracina (preludio o adepsina), anfetaminas (aderall), dextroanfetamina (dexedrina, dextrostat), premolina (clyret) o similares.

Gráfico N° 46: Distribución de lugares donde accede a comprar estimulantes sin prescripción médica
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera estimulantes como el metilfenidato (ritalina, concerta, aradix), fenmetracina (preludio o adepsina), anfetaminas (aderall), dextroanfetamina (dexedrina, dextrostat), premolina (clyret) o similares.

(*): Comprende a familiares que no viven en su casa, entre otras.

3.4.5. ACCESO DE ESTIMULANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Esta gráfica revela que del grupo de personas que consumen estimulantes sin prescripción médica, el 70,1% informa haberlos adquirido en farmacias, mientras que el 17,9% los obtuvo a través de un médico y el 13,6% a través de amigos.

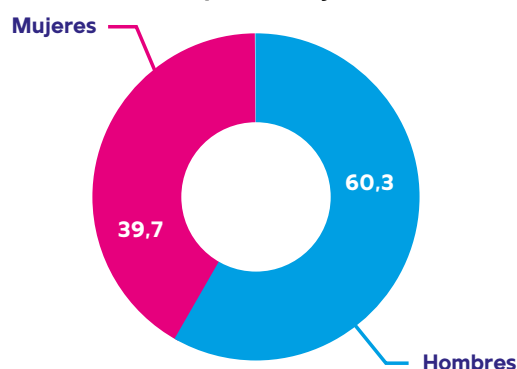
3.4.6. EX CONSUMIDORES Y CONSUMIDORES DE ESTIMULANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

De personas que son ex consumidores de estimulantes sin prescripción médica, se observa

que el 60,3% son hombres, mientras que el 39,7% son mujeres.

En esta gráfica se evidencia que, en el grupo de edades de 12 a 17 años, el 78,0% son consumidores, mientras que sólo el 22,0% se clasifican como ex consumidores. En el rango de 18 a 24 años, se observa un comportamiento similar, aunque con un porcentaje menor, donde el 57,9% son consumidores y el 42,1% son ex consumidores. En las edades de 25 a 34 años, se destaca un cambio significativo, con el 40,2% siendo consumidores y el 59,8% identificándose como ex consumidores.

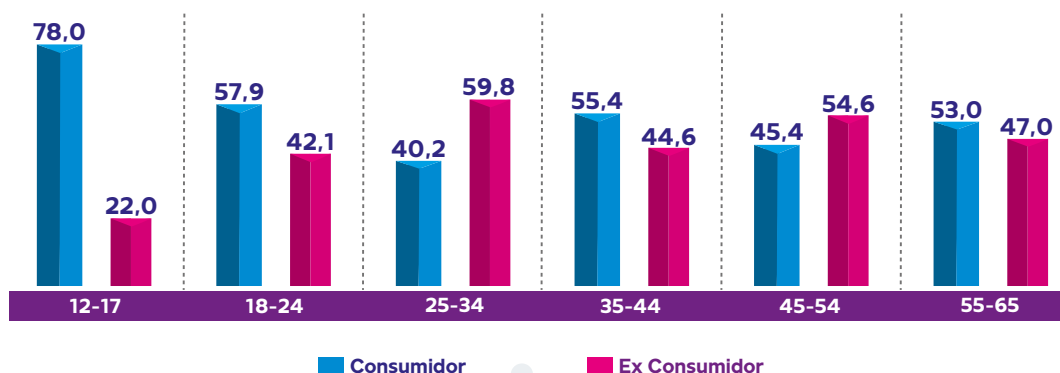
Gráfico N° 47: Distribución de ex consumidores de estimulantes sin prescripción médica, según sexo
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera estimulantes como el metilfenidato (ritalina, concerta, aradix), fenmetracina (preludio o adepsina), anfetaminas (aderall), dextroanfetamina (dexedrina, dextrostat), premolina (clyret) o similares.

Gráfico N° 48: Distribución de ex consumidores y consumidores de estimulantes sin prescripción médica, según rango de edad
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Considera estimulantes como el metilfenidato (ritalina, concerta, aradix), fenmetracina (preludio o adepsina), anfetaminas (aderall), dextroanfetamina (dexedrina, dextrostat), premolina (clyret) o similares.

CAPÍTULO 4: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

4.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE DROGAS ILÍCITAS

Este capítulo presenta una exploración exhaustiva de la prevalencia, incidencia y características intrínsecas asociadas al consumo de drogas ilícitas. El término “drogas ilícitas” abarca aquellas sustancias cuya producción, posesión, transporte, comercialización y consumo están legalmente prohibidas.

En el transcurso de este análisis, desglosaremos minuciosamente diversas categorías de drogas ilícitas, dedicando especial atención a la marihuana, cocaína, inhalables y otras drogas. Este enfoque nos brinda la oportunidad de no solo explorar la magnitud de la prevalencia e incidencia del consumo de estas sustancias, sino también, de comprender a profundidad sus características particulares y los

posibles impactos que pueden tener en la salud pública.

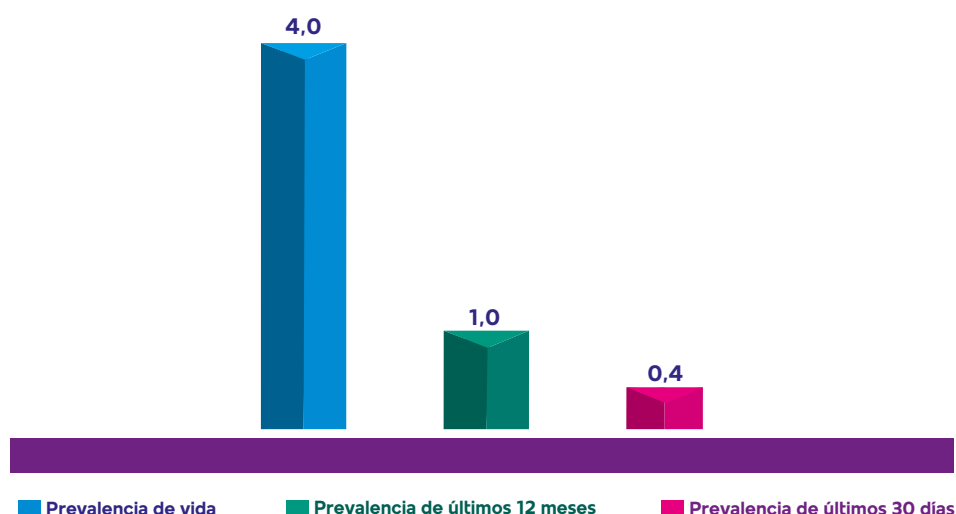
4.2. MARIHUANA

4.2.1. PREVALENCIA DE VIDA, ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE CONSUMO DE MARIHUANA

La gráfica revela que la prevalencia acumulativa de consumo de marihuana a lo largo de la vida es del 4,0%, mientras que la prevalencia en los últimos 12 meses se sitúa en el 1,0%. En un período más reciente, la prevalencia de consumo en los últimos 30 días se reduce al 0,4% (Gráfico N° 49).

La Tabla N° 15 expone que la prevalencia de vida en hombres supera a la de mujeres, evidenciando porcentajes del 6,6% y 2,0%, respectivamente. En

Gráfico N° 49: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de marihuana
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Tabla N° 15: Prevalencia de consumo de marihuana de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas

(En porcentaje)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
SEXO			
Hombres	6,6	1,6	0,7
Mujeres	2,0	0,5	0,2
GRUPO DE EDAD			
12-17	0,4	0,2	0,1
18-24	6,2	2,5	1,1
25-34	7,5	2,1	0,9
35-44	4,1	0,5	0,2
45-54	2,0	0,1	0,1
55-65	2,2	0,0	0,0
ESTRATO			
Alto	4,4	1,0	0,5
Bajo	3,7	0,9	0,4

Fuente: OBSCD.

Tabla N° 16: Prevalencia de consumo de marihuana de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudad capital y El Alto

(En porcentaje)

CIUDAD CAPITAL Y EL ALTO	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
Sucre	4,8	1,7	0,3
La Paz	7,2	1,9	1,0
El Alto	2,3	0,8	0,2
Cochabamba	3,6	0,5	0,1
Oruro	2,9	0,6	0,2
Potosí	5,1	1,2	0,8
Tarija	9,1	3,2	1,8
Santa Cruz de la Sierra	2,6	0,4	0,1
Trinidad	7,2	1,2	0,8
Cobija	3,4	1,1	0,6

Fuente: OBSCD.

relación a la prevalencia, en los últimos 12 meses, los hombres registran el 1,6%, comparado con el 0,5% en mujeres, y la prevalencia en los últimos 30 días sigue la misma tendencia, con el 0,7% en hombres y el 0,2% en mujeres.

Al desglosar los datos por grupos de edad, se observa que la prevalencia de vida más elevada se encuentra en el rango de 25 a 34 años, alcanzando el 7,5%. En el caso de la prevalencia en los últimos 12 meses, el rango de edad más alto corresponde al grupo de 18 a 24 años, con el 2,5%, al igual que en la prevalencia de los últimos 30 días, registrando el 1,1%.

Respecto a los estratos, la prevalencia de vida más alta se sitúa en el estrato Alto, con el 4,4%, similar situación se presenta en los últimos 12 meses y los últimos 30 días, registrando el 1% y 0,5% respectivamente (Tabla N° 15).

La prevalencia de consumo de marihuana en la ciudad capital de Tarija ostenta la cifra más elevada, alcanzando el 9,1%, le siguen las ciudades capitales de La Paz y Trinidad, ambas con 7,2%, mientras que la ciudad capital de Potosí presenta un índice ligeramente inferior con el 5,1%. Similar

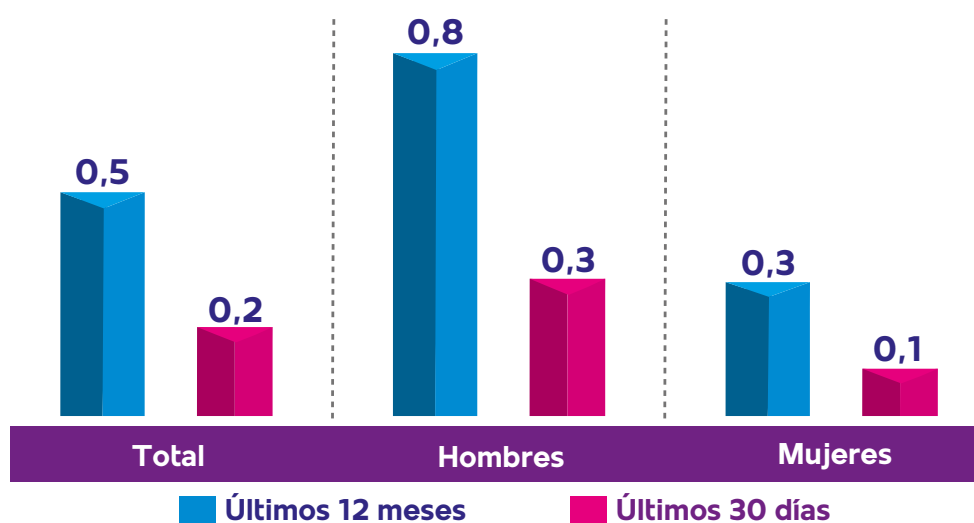
comportamiento se presenta en cuanto a la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses, la ciudad capital de Tarija lidera con el 3,2%, seguida por la ciudad capital de La Paz con el 1,9%; y la ciudad capital de Sucre con el 1,7%.

El análisis de la prevalencia en los últimos 30 días en relación con el consumo de marihuana revela que la cifra más alta se registra en la ciudad capital de Tarija con el 1,8%, seguida por la ciudad capital de La Paz con el 1,0% (Tabla N° 16).

4.2.2. INCIDENCIA DE ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE NUEVOS CONSUMIDORES DE MARIHUANA

La incidencia de nuevos consumidores en el transcurso del año se sitúa en el 0,5% en términos generales, siendo ligeramente más alta para los hombres con el 0,8%; respecto a las mujeres que llega al 0,3%. Sin embargo, al analizar la incidencia de los últimos 30 días de nuevos consumidores, se observa una reducción significativa en comparación con la incidencia de últimos 12 meses, con valores de 0,2% en general, 0,3% para los hombres y 0,1% para las mujeres (Gráfico N° 50).

Gráfico N° 50: Incidencia de nuevos consumidores de marihuana en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según sexo y total
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

En las ciudades capitales de Sucre, La Paz, Potosí, Tarija y Trinidad se observa que las incidencias de nuevos consumidores en los últimos 12 meses supera al nacional. Mientras que las ciudades capitales de Trinidad y Cochabamba presentan el mismo valor que la incidencia nacional.

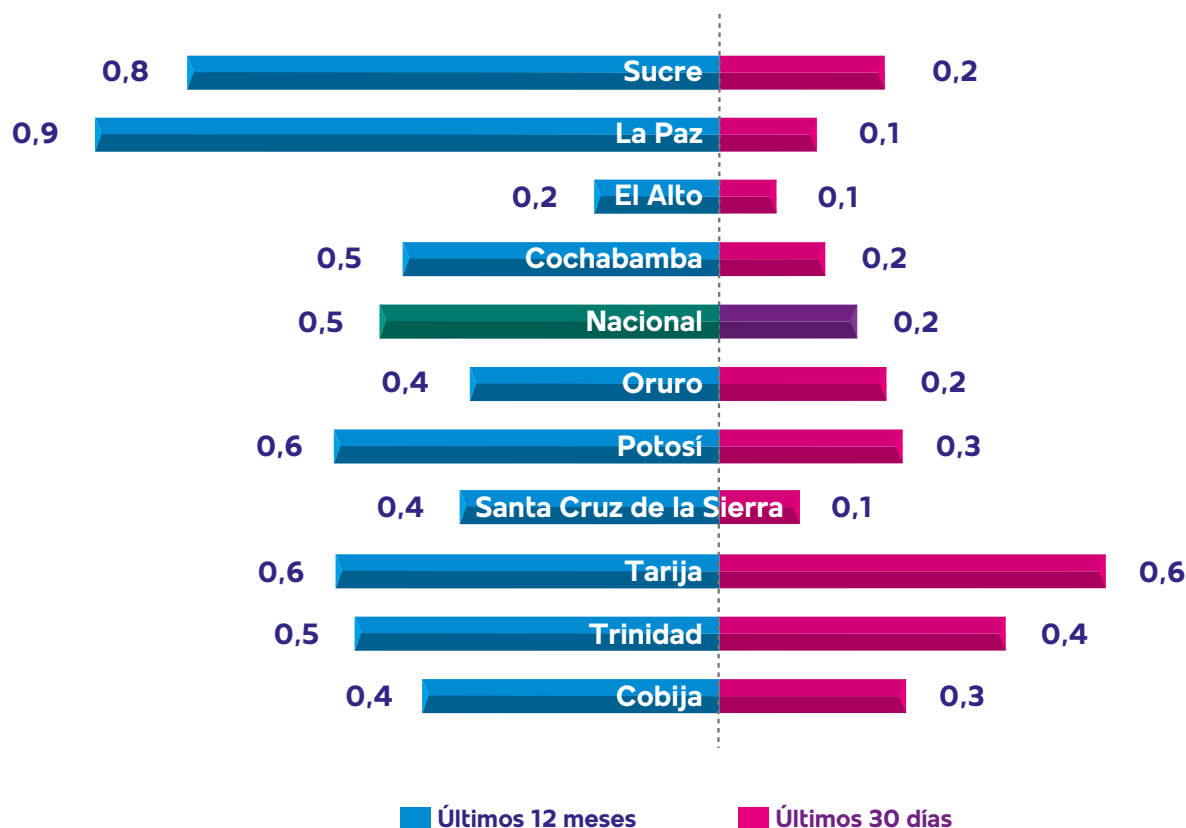
Para la incidencia de nuevos consumidores en los últimos 30 días se observa que las ciudades capitales de Potosí, Tarija, Trinidad y Cobija presentan valores superiores el nacional (Gráfico N° 51).

4.2.3. EDAD DE INICIO Y MOTIVOS DE CONSUMO DE MARIHUANA

La edad promedio de inicio de consumo de marihuana se establece en los 20 años para ambos sexos. Cabe destacar que, al analizar la mediana, se observa que la edad de inicio general para los hombres es de 19 años; mientras que para las mujeres es de 20 años. Además, se identifica una moda de inicio a los 18 años para hombres y a los 20 años para mujeres. La coincidencia en la edad

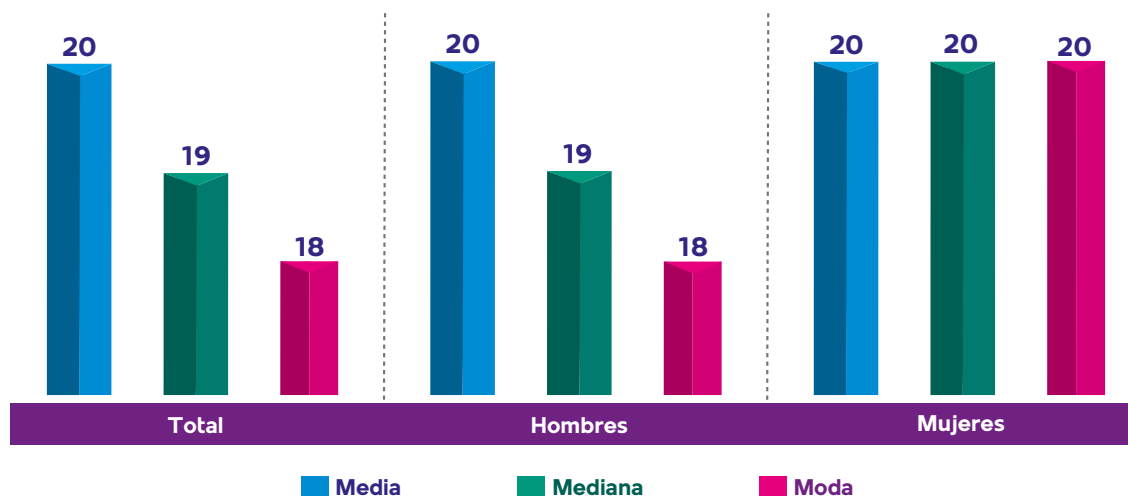
Gráfico N° 51: Incidencia de nuevos consumidores de marihuana en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudades capitales y El Alto

(En porcentaje)



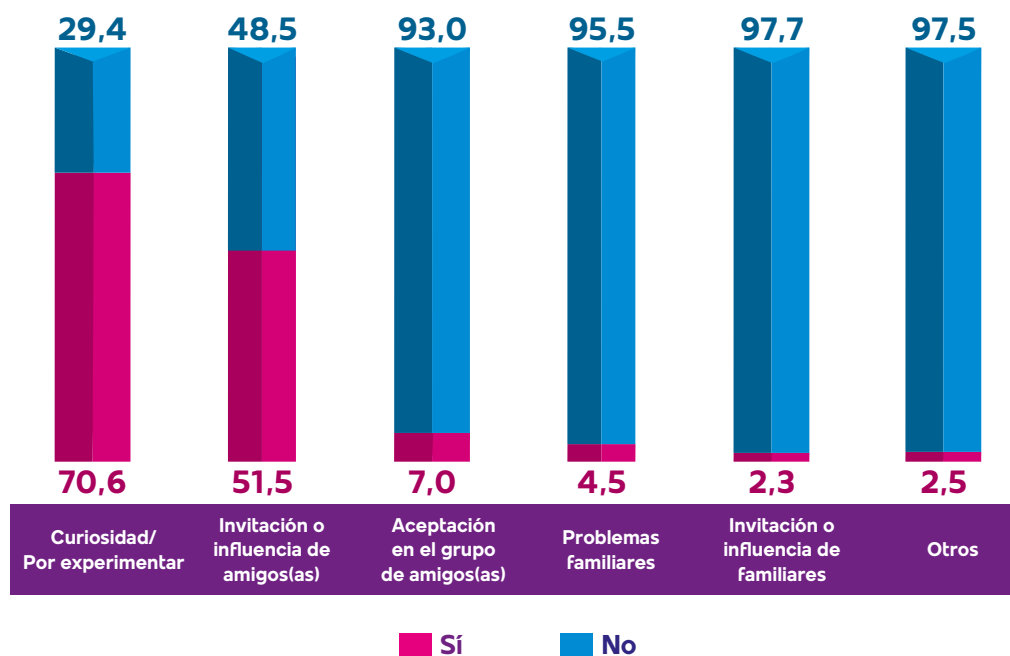
Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 52: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de marihuana, según sexo y total
(En número)

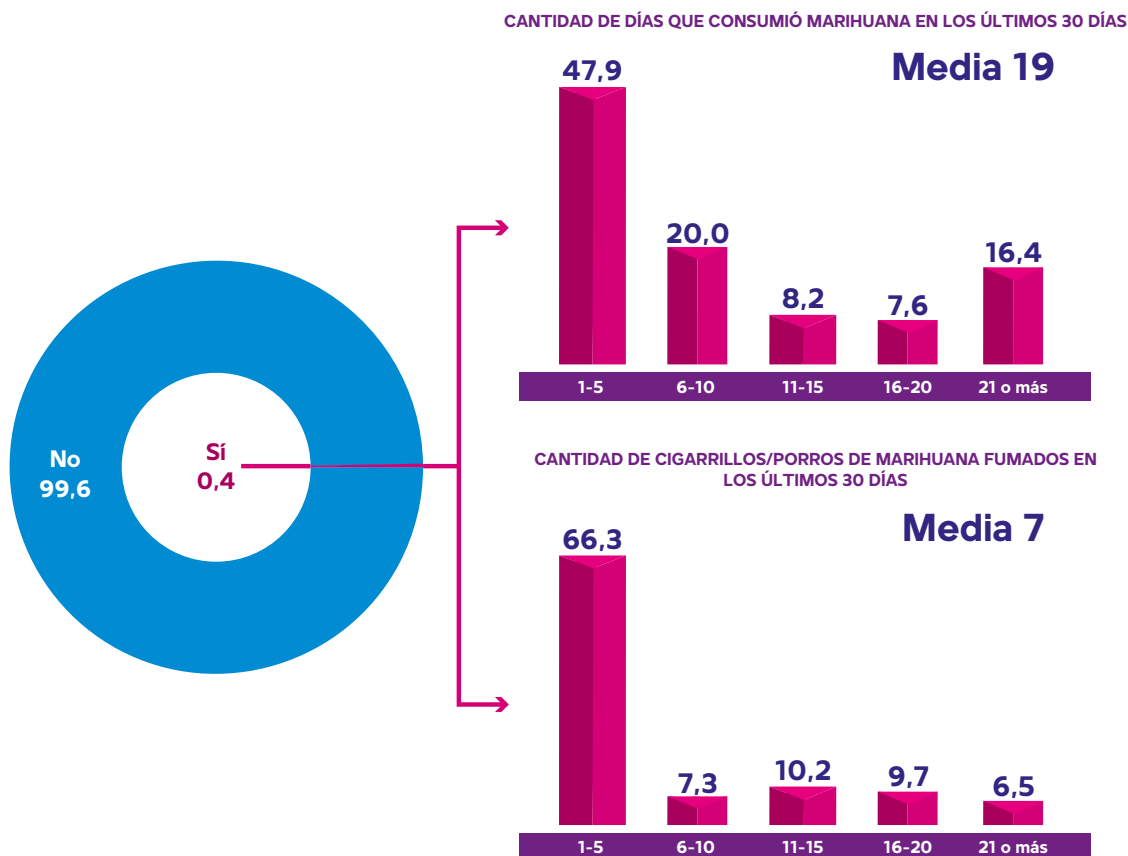


Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 53: Distribución por los motivos que consumieron marihuana por primera vez
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 54: Distribución del consumo de marihuana en los últimos 30 días.**(En porcentaje)**

Fuente: OBSCD.

promedio entre hombres y mujeres sugiere una tendencia generalizada alrededor de los 20 años.

No obstante, al explorar la mediana y la moda resalta la variabilidad en la distribución en las edades de inicio, siendo especialmente notoria la concentración en los 18 años para los hombres y los 20 años para las mujeres (Gráfico N° 52).

Entre los motivos por los que se consume marihuana por primera vez, destaca que el 70,6% indica que lo hizo por curiosidad/experimentar y el 51,5% indica que lo hizo por invitación o influencia de amigos (Gráfico N° 53).

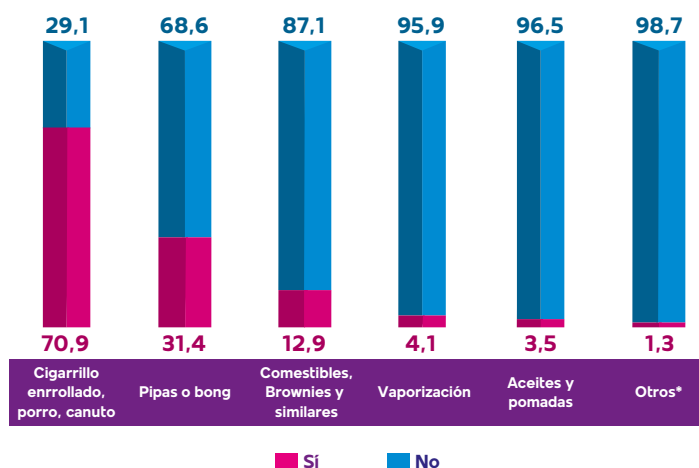
4.2.4. FRECUENCIA Y TIPOS DE CONSUMO DE MARIHUANA

Destaca que, entre aquellos que admitieron haber consumido marihuana en los últimos 30 días que representan el 0,4%; el 47,9% afirmó haberlo hecho durante 1 a 5 días y el 16,4% más de 21 días, con una media de 19 días. Además, indicaron que el 66,3% fumó entre 1 a 5 cigarrillos de marihuana, en los últimos 30 días (Gráfico N° 54).

Según el gráfico N° 55, se evidencia que aquellos que reconocieron haber consumido marihuana en los últimos 30 días optan mayoritariamente por cigarrillos enrollados¹⁴, representando el 70,9%. Por otra parte, el

¹⁴ También conocidos como porros o joints.

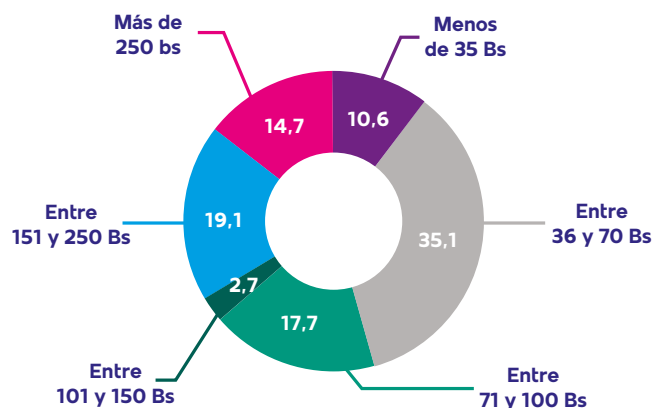
Gráfico N° 55: Distribución del consumo de marihuana en los últimos 30 días, según tipo de consumo
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

(*): Comprende manzana, mates o similares

Gráfico N° 56: Distribución del gasto por mes en la compra de marihuana
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

31,4% indicó que su método de consumo preferido es mediante pipas o bong¹⁵, mientras que el 12,9% elige consumir a través de comestibles como brownies, galletas o productos similares (Gráfico N° 55).

4.2.5. OFERTA DE MARIHUANA

El 35,1% de aquellos que reconocieron consumir marihuana, reveló que destina un gasto comprendido

entre 36 y 70 Bs. Un 19,1% gasta en el rango de 151 a 250 Bs, mientras que el 17,7% entre 71 y 100 Bs (Gráfico N° 56).

4.2.6. EX CONSUMIDORES Y CONSUMIDORES DE MARIHUANA

De aquellos que manifestaron haber consumido marihuana en algún momento de sus vidas y han dejado

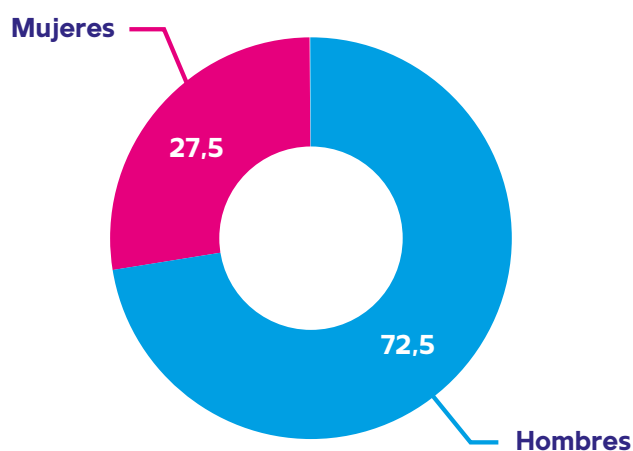
¹⁵ Pipa de agua.

de hacerlo en los últimos 12 meses, se observa que el 72,5% son hombres y el 27,5% mujeres (Gráfico N° 57).

El gráfico N° 58 destaca un porcentaje significativamente mayor de ex consumidores en diversos rangos de edad. Se observa que, en el grupo de 12 a 17 años el 46,5% son consumidores de marihuana; mientras que el 53,5% pertenecen al grupo

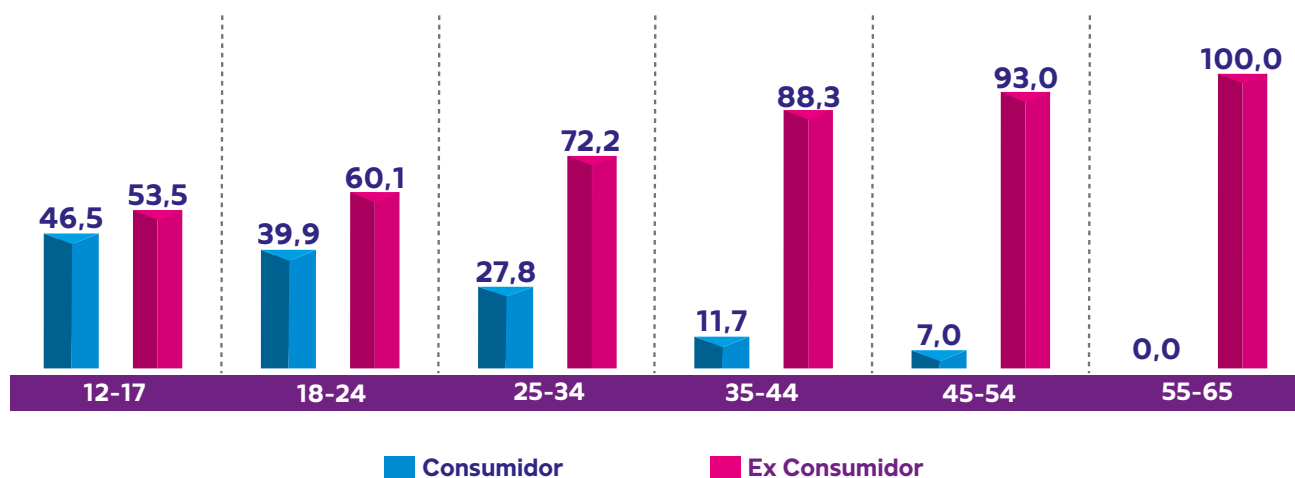
de ex consumidores. En las edades de 18 a 24 años, se observa un comportamiento similar, donde el 60,1% son ex consumidores y el 39,9% son consumidores. En el grupo de edades de 25 a 34 años, destaca que el 72,2% son ex consumidores, mientras que el 27,8% aún consumen marihuana, esta tendencia va incrementando a medida que aumenta los años (Gráfico N° 58).

Gráfico N° 57: Distribución de ex consumidores de marihuana, según sexo
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 58: Distribución de ex consumidores y consumidores de marihuana, según rango de edad
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

4.3. COCAÍNA

4.3.1. PREVALENCIA DE VIDA, ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE CONSUMO DE COCAÍNA

En este gráfico, se aprecia que la prevalencia de consumo de cocaína en toda la vida es del 0,99%, en los últimos 12 meses es el 0,39%, de los últimos 30 días es del 0,20% (Gráfico N°59).

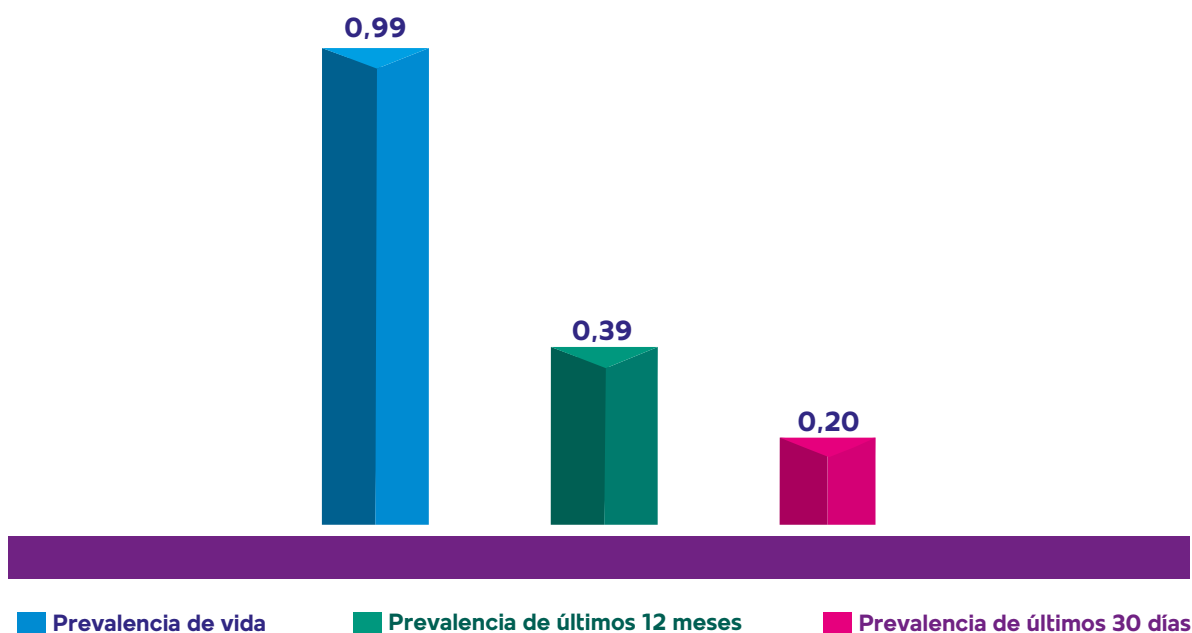
La prevalencia de consumo a lo largo de la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días es más elevada en los hombres, registrando valores de 1,61%, 0,60%, y 0,29% respectivamente; en comparación con las mujeres, cuyos valores son menores, alcanzando el 0,50%, 0,23%, y 0,12%.

De acuerdo al rango de edad, en la prevalencia de consumo de vida el porcentaje más alto se presenta

en el rango de edad entre 25 a 34 años con el 1,52%, sin embargo, para la prevalencia de los últimos 12 meses y últimos 30 días, el mayor consumo se da entre los 18 a 24 años (Tabla N° 17).

La prevalencia de consumo de cocaína en toda la vida es más destacada en la ciudad capital de Trinidad, alcanzando el 4,02%, seguida por la ciudad capital de Cobija con el 1,77% y posteriormente Tarija con el 1,75%. En cuanto a la prevalencia de los últimos 12 meses, se observa que la más alta corresponde a la ciudad capital de Trinidad con el 1,29%, seguida por la ciudad capital de Cobija con el 0,98%, y posteriormente la ciudad capital de Tarija con el 0,60%. Para la prevalencia de los últimos 30 días, la ciudad capital de Trinidad lidera con el 0,75%, seguida por la ciudad capital de Cochabamba con el 0,39%, y posteriormente, la ciudad capital de Cobija con 0,35% (Tabla N° 18).

Gráfico N° 59: Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de cocaína (En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Tabla N° 17: Prevalencia de consumo de cocaína de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según variables sociodemográficas

(En porcentaje)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
SEXO			
Hombres	1,61	0,60	0,29
Mujeres	0,50	0,23	0,12
GRUPO DE EDAD			
12-17	0,07	0,05	0,02
18-24	1,00	0,75	0,40
25-34	1,52	0,69	0,35
35-44	0,87	0,30	0,12
45-54	1,27	0,09	0,13
55-65	1,07	0,30	0,20
ESTRATO			
Alto	1,12	0,42	0,17
Bajo	0,88	0,37	0,23

Fuente: OBSCD.

Tabla N° 18: Prevalencia de consumo de cocaína de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, según ciudad capital y El Alto

(En porcentaje)

CIUDAD CAPITAL Y EL ALTO	PREVALENCIA		
	VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
Sucre	0,86	0,19	0,09
La Paz	1,30	0,35	0,13
El Alto	0,27	0,08	0,08
Cochabamba	0,84	0,55	0,39
Oruro	1,22	0,20	0,11
Potosí	0,52	0,29	0,14
Tarija	1,75	0,60	0,11
Santa Cruz de la Sierra	1,04	0,51	0,26
Trinidad	4,02	1,29	0,75
Cobija	1,77	0,98	0,35

Fuente: OBSCD.

4.3.2. INCIDENCIA DE ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE NUEVOS CONSUMIDORES DE COCAÍNA

La incidencia de los últimos 12 meses de nuevos consumidores en general es del 0,10%, evidenciando una considerable diferencia entre sexos, mientras que para los hombres alcanza el 0,17%, para las mujeres se sitúa en el 0,05%. Esta tendencia se refleja también en la incidencia de últimos 30 días de nuevos consumidores, que se establece en el 0,04% para ambos sexos. Al profundizar el desglose por sexo, destaca que los hombres presentan una incidencia mensual del

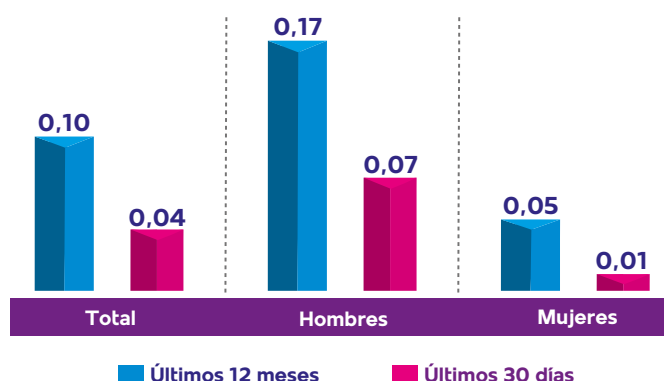
0,07%, mientras que para las mujeres es del 0,01% (Gráfico N° 60).

4.3.3. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE COCAÍNA

La edad media de inicio de consumo, tanto para el conjunto general, como para hombres y mujeres por separado; es de 21 años. Además, se observa una mediana general de 20 años, con una moda de 18 años. Al desglosar por sexo, los hombres presentan una mediana de 20 años y una moda de 17 años, mientras que las mujeres muestran una mediana de 20 años y una moda de 18 años (Gráfico N° 61).

Gráfico N° 60: Incidencia de nuevos consumidores de cocaína en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según sexo y total

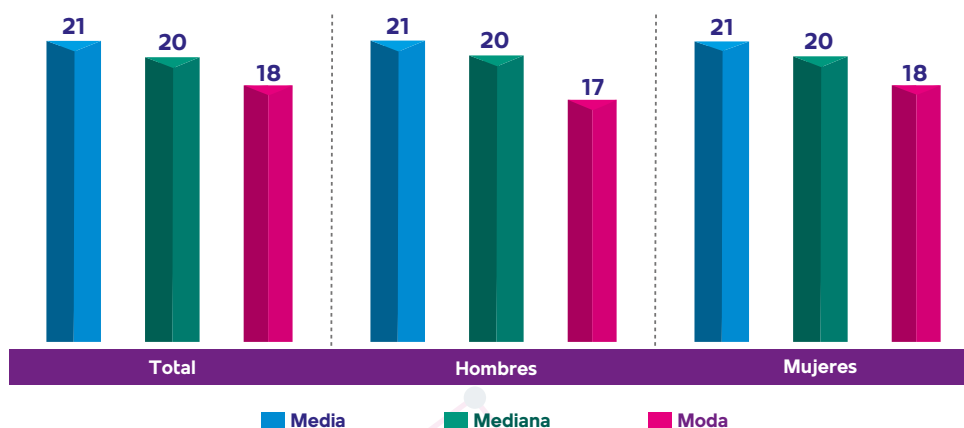
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 61: Medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de cocaína, según sexo

(En número)



Fuente: OBSCD.

4.3.4. FRECUENCIA DEL CONSUMO

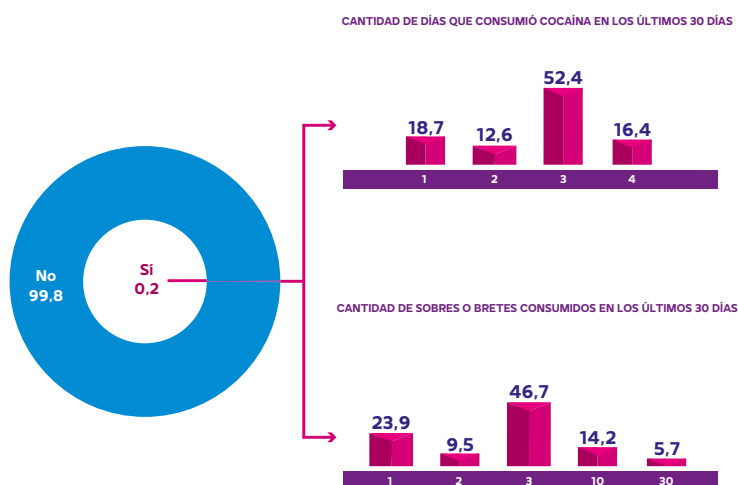
Este gráfico destaca que del 0,2% de quienes afirmaron haber consumido cocaína en los últimos 30 días, el patrón de consumo es variado. El 18,7% de este grupo consume solo un día, mientras que el 52,4% lo hace en tres días, y el 16,4% en cuatro días. En cuanto a la cantidad consumida durante este período, el 23,9% reporta el consumo de un solo sobre de cocaína, el 46,7% consume 3

sobres, y el 5,7% indica el consumo de 30 sobres de cocaína.

4.3.5. OFERTA DE COCAÍNA

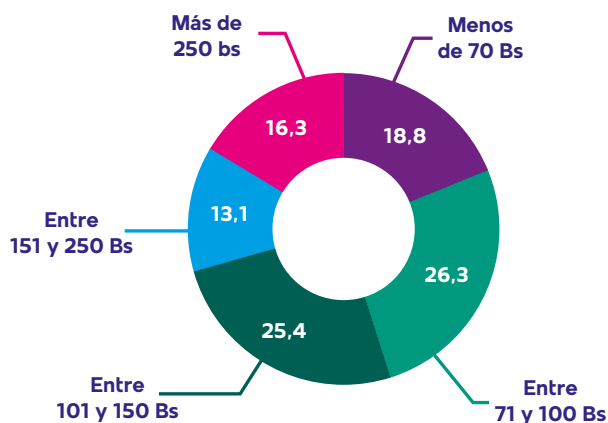
De acuerdo con aquellos que admitieron consumir cocaína en los últimos 30 días, se observó que el 26,3% tiene un gasto situado en el rango de 71 a 100 Bs, el 25,4% gasta entre 101 y 150 Bs, y el 18,8% gasta menos de 70 Bs (Gráfico N° 63).

Gráfico N° 62: Distribución del consumo de cocaína en los últimos 30 días, según días
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 63: Distribución del gasto por mes por la compra de sobres o bretes de cocaína
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

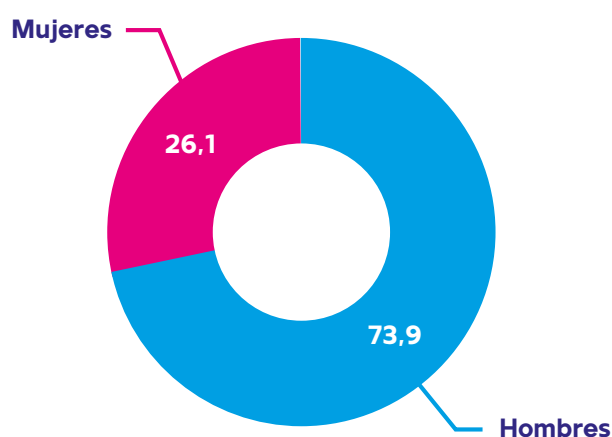
4.3.6. EX CONSUMIDORES Y CONSUMIDORES DE COCAÍNA

Entre los ex consumidores de cocaína, se constató que la mayoría son hombres con el 73,9%, mientras que las mujeres representan el 26,1% de este grupo (Gráfico N° 64).

En el gráfico N° 65 se aprecia una tendencia clara, a medida que aumenta la edad la incidencia de

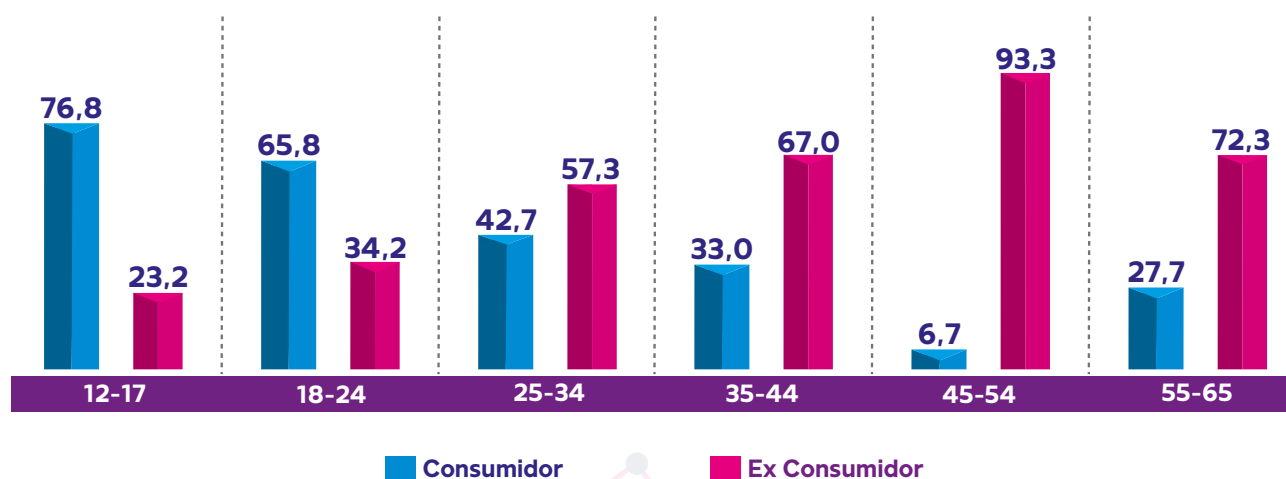
consumo de cocaína disminuye. Este patrón se evidencia especialmente en el grupo de 12 a 17 años donde el 76,8% son consumidores y el 23,2% son ex consumidores. Esta proporción cambia significativamente a partir del grupo de 25 a 34 años, donde los ex consumidores representan el 57,3%; mientras que el 42,7% son consumidores, este comportamiento continúa en las demás edades, llama la atención el rango entre 45 a 54 años donde

Gráfico N° 64: Distribución de ex consumidores de cocaína, según sexo
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 65: Distribución de consumidores y ex consumidores de cocaína, según rango de edad
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

los consumidores son el 6,7% y los ex consumidores el 93,3%.

4.4. INHALABLES

4.4.1. PREVALENCIA DE VIDA, ÚLTIMOS 12 MESES Y ÚLTIMOS 30 DÍAS DE CONSUMO DE INHALABLES

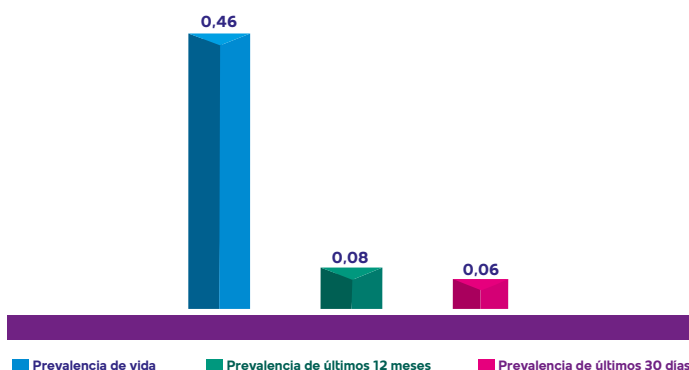
Si bien el consumo de muchas drogas se puede realizar por medio de la inhalación, nos referiremos

específicamente a inhalables como sustancias que las personas pueden consumir comúnmente por inhalación, por ejemplo: solventes, gases, nitritos, etc. En este sentido, varios productos “inhalables” se pueden encontrar en los hogares, tiendas de barrio, supermercados, etc., por este motivo son de fácil acceso para cualquier persona.

En este contexto se advierte una prevalencia de vida de 0,46%, la prevalencia de los últimos 12 meses es de 0,08%, y de los últimos 30 días es de 0,06% (Gráfico N° 66).

Gráfico N° 66: Distribución de la prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de inhalables

(En porcentaje)

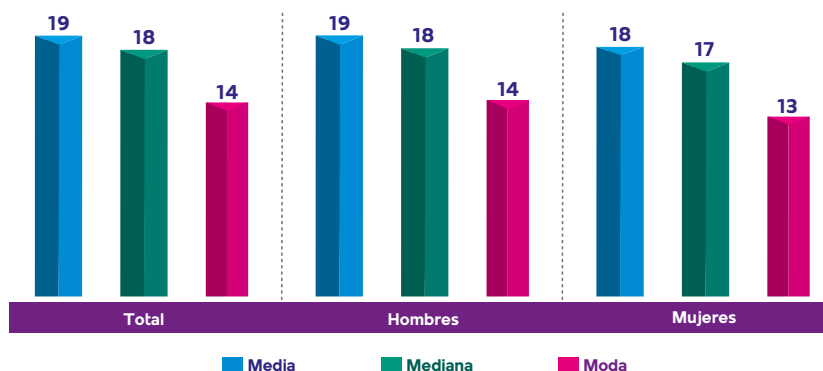


Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende pegamento (clefa), gasolina/bencina o parafina, disolventes (thinner), poppers, pinturas, éter o acetona o similares.

Gráfico N° 67: Distribución de medidas estadísticas de edad de inicio de consumo de inhalables, según sexo

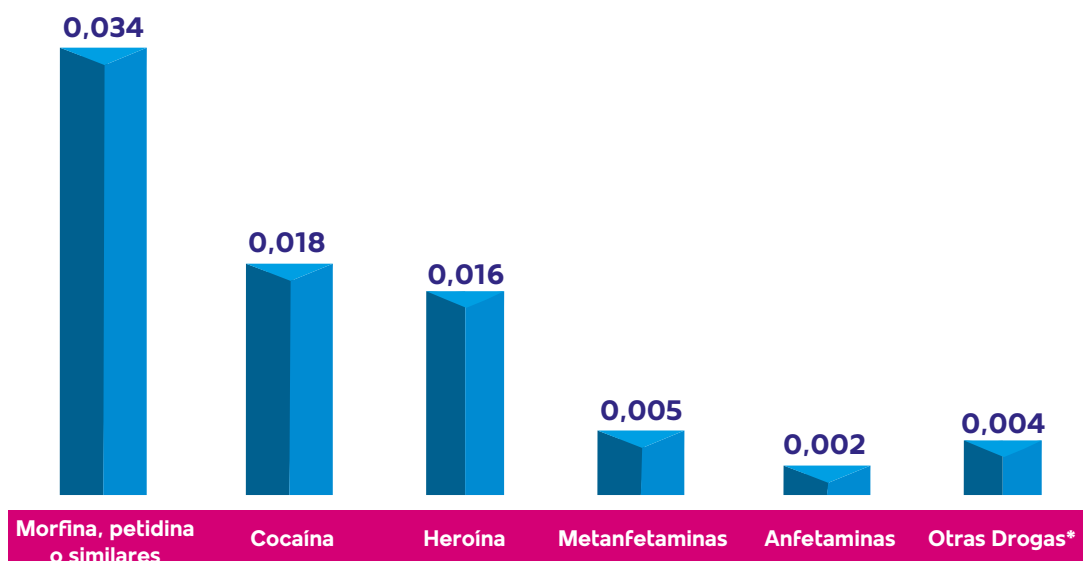
(En número)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende pegamento (clefa), gasolina/bencina o parafina, disolventes (thinner), poppers, pinturas, éter o acetona o similares.

Gráfico N° 68: Prevalencia de vida de inyectables, según tipo de droga
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

*: Comprende éxtasis, GHB o similares.

4.4.2. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALABLES

La edad de inicio de consumo de inhalables tiene una media de 19 años, una mediana de 18 años y la edad que más se repite es de 14 años.

Las medidas estadísticas para hombres y mujeres difieren en un año, siendo la media de edad de inicio de consumo de inhalables de 19 años para hombres y 18 años para mujeres, con una mediana de 18 y 17 años para hombres y mujeres respectivamente. La edad que más se repite es de 14 años en hombres y 13 años en mujeres (Gráfico N°67).

4.5. INYECTABLES

La morfina, petidina o similares, es la sustancia que mayor prevalencia de vida presenta con el

0,034%, luego está la cocaína líquida con un 0,018% y la heroína con una prevalencia de 0,016%. En menor cantidad se encuentran drogas como las anfetaminas con el 0,02% de prevalencia de vida (Gráfico N°68).

4.6. OTRAS DROGAS

En este gráfico se observa que la pasta base tiene una prevalencia de vida de 0,200%, siendo esta la más alta, prosigue los analgésicos sin prescripción médica con el 0,073%, posteriormente la prevalencia de alucinógenos con el 0,066%, hachís¹⁶ con 0,032% y la heroína con 0,024%.

La edad promedio de inicio de consumo más baja se presenta en GHB¹⁷ con 15 años, para el caso de las metanfetaminas es de 17 años, para el hachís 18 años y crack 19 años (Tabla N° 20).

¹⁶ Estupefaciente obtenido de la resina del cáñamo (marihuana), previamente desecado.

¹⁷ Gamma hidroxibutirato, también como "éxtasis líquido".

Tabla N° 19: Prevalencia de vida de consumo de otras drogas y edad promedio de inicio de consumo
(En porcentaje y número)

TIPO DE SUSTANCIA	DE VIDA	EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO
GHB ⁽¹⁾	0,002	15
Metanfetaminas	0,007	17
Hachís	0,032	18
Crack	0,012	19
Anfetaminas	0,009	20
Pasta Base	0,200	20
Alucinógenos ⁽²⁾	0,066	21
Analgésicos sin prescripción médica ⁽³⁾	0,073	21
Éxtasis	0,022	21
Heroína	0,024	22
Relevón	0,014	23
Otra droga ⁽⁴⁾	0,060	17

Fuente: OBSCD.

(1): Comprende GHB, Blue Nitro, CherryMeth, Heroína del pobre, éxtasis líquido.

(2): Comprende LSD, PCP, Peyote, cucmelo, san pedro, ayahuasca o mescalina y psilocibina.

(3): Comprende codeína, hidrocodona, vicodin, metadona, morfina, tramal o similares.

(4): Comprende drogas como el tusi o similares.

CAPÍTULO 5: PERCEPCIÓN, FACTORES, TRATAMIENTO Y OFERTA ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

El alcohol, tabaco y diversas drogas suscitan distintos peligros para las personas y la sociedad en general. El consumo de drogas puede provocar dependencia, adicción, lesiones, accidentes, problemas de salud, entre otros. La persona dependiente no es la única que sufre las consecuencias, muchas a veces, el entorno social/familiar del individuo se ve igual o más afectado.

Cualquier adicción o consumo excesivo de alcohol y/o drogas conlleva varios riesgos. Es importante destacar que la legalidad de algunas drogas no disminuye su peligrosidad. Además, estas sustancias pueden tener efectos nocivos tanto a nivel físico como psicológico, afectando negativamente la salud y el bienestar.

En este capítulo se analiza la percepción de riesgo que tiene la población boliviana hacia el consumo frecuente de alcohol y drogas tanto lícitas como ilícitas. Se examina el comportamiento de hombres y mujeres, rango de edad, estratos y un panorama por ciudades capitales, con el objetivo de obtener información más detallada sobre esta problemática que preocupa a todos.

La percepción sobre el tráfico y oferta de drogas se analiza en un contexto de seguridad y delincuencia. Se

expone la percepción del consumo y venta de drogas en las diferentes ciudades capitales, así mismo, se detalla la exposición y oferta de drogas en el entorno cercano de la población.

Las consecuencias asociadas al uso y/o abuso de alcohol y otras drogas ilícitas es otra área de estudio en este capítulo. Se analiza factores como: rendimiento, problemas legales, agresiones, abusos, lesiones, etc., relacionados con la dependencia a estas sustancias.

Por último, se encuentra el módulo de tratamiento, donde se obtendrá información sobre las personas que recibieron tratamiento por consumo excesivo de alcohol y/o drogas. También se explorará la población potencial que requerirá tratamiento o desee tratar su adicción.

5.1. PERCEPCIÓN DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS

La Tabla N° 20 muestra información acerca de la percepción de riesgo del consumo frecuente, evidenciando la categoría “gran riesgo”, con más del

Tabla N° 20: Percepción de riesgo del consumo frecuente por tipo de droga lícita, según tipo de riesgo
(En porcentaje)

TIPO DE RIESGO	TABACO*	ALCOHOL	MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA
Ningún riesgo	0,8	0,4	1,2
Riesgo leve	5,0	4,5	6,6
Riesgo Moderado	11,5	14,1	11,9
Gran Riesgo	79,6	78,2	72,1
No sabe, no responde	3,1	2,7	8,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Fuente: OBSCD.

(*): Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

Gráfico N° 69: Distribución de la percepción de “gran riesgo” de consumo de drogas lícitas, según ciudad capital y El Alto

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

(*): Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

70,0% en: tabaco, alcohol y medicamentos de libre venta. En la categoría anteriormente mencionada, sobresale el consumo de cigarrillo con el 79,6%. En relación con la categoría “riesgo moderado”, las personas entrevistadas opinaron que ocupa el primer lugar ocupa el alcohol con el 14,1%. En lo que respecta la categoría “riesgo leve” el uso de medicamentos sin prescripción médica encabeza la lista con el 6,6% (Tabla N° 21).

Las ciudades capitales de departamento reflejan una percepción de “gran riesgo” asociada al consumo de drogas lícitas la cual es mayor a dos tercios. El consumo de tabaco muestra el mayor porcentaje en: Tarija con el 90,4%, seguida por

la ciudad de Potosí con el 85,9% y El Alto con el 87,0%.

El consumo de alcohol se encuentra en segundo lugar, con mayores porcentajes de percepción de “gran riesgo” en las diferentes ciudades capitales de departamento, nuevamente Tarija ocupa el primer lugar con el 90,9%, seguida de Oruro con el 86,6%, y El Alto con el 86,0%.

Los medicamentos que se expenden sin prescripción médica, están con la menor precepción de “gran riesgo” respecto a las demás sustancias, pero, presentan cifras altas, siendo la ciudad capital de departamento de Potosí la mayor con 76,7%, el sigue

Tabla N° 21: Percepción de “gran riesgo” de consumo frecuente de drogas lícitas, según variables sociodemográficas
(En porcentaje)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	TABACO*	ALCOHOL	MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA
SEXO			
Hombres	77,5	76,4	71,2
Mujeres	81,2	79,9	72,9
GRUPO DE EDAD			
12-17	80,1	79,7	68,1
18-24	77,4	75,3	71,0
25-34	76,9	75,2	71,6
35-44	79,4	76,8	72,8
45-54	81,9	80,8	74,3
55-65	82,9	83,5	75,2
ESTRATO			
Alto	75,4	74,7	70,6
Bajo	83,4	81,6	73,6

Fuente: OBSCD.

(*): Comprende cigarrillos con y sin filtro (puros, habanos, pipas, cigarrillos, shisha, cigarrillos electrónicos o similares).

El Alto con 75,7% y ciudad capital de Oruro con 75,3%, por mencionar los porcentajes más altos (Gráfico N° 69).

En la tabla N° 22 se observa que las mujeres tienen una mayor percepción en la categoría “gran riesgo” comparadas con los hombres. El tabaco es la droga lícita que mayor porcentaje presenta con el 81,2%, seguido del alcohol con el 79,9%. En cambio, la percepción de los hombres respecto a “gran riesgo” presenta al tabaco en primer lugar con el 77,5%.

Continuando con la categoría “gran riesgo” en el consumo de tabaco en relación a los rangos de edad, resalta el grupo de 55 a 65 años con el 82,9%, asimismo, se puede apreciar que este grupo etario encabeza el consumo de alcohol y medicamentos sin prescripción médica con el 83,5% y el 75,2% respectivamente.

En la percepción de “gran riesgo” de consumo de tabaco, el estrato Bajo es aquel que mayor porcentaje presenta con el 83,4%, el estrato Alto es menor llegando al 75,4%. Lo mismo sucede en la percepción de alcohol y medicamentos sin prescripción médica, donde el estrato Bajo es el más alto (Tabla N° 22).

5.2. PERCEPCIÓN DE RIESGO DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITA

En la categoría de “gran riesgo” en el consumo de drogas ilícitas; inhalables destaca con el 84,9%, seguida de marihuana con el 83,1%. La población entrevistada que contestó “riesgo moderado” representa el 5,0% para marihuana y 4,3% para inhalables (Tabla N° 22).

En las ciudades capitales de Trinidad y Sucre la sustancia que tiene un “gran riesgo” de consumo es la marihuana; en las ciudades capitales de Sucre, El Alto y Trinidad el “gran riesgo” de consumo lo ocupa inhalables; en el caso de las ciudades capitales de Sucre, Trinidad y Santa Cruz de la Sierra el consumo de “gran riesgo” es cocaína (Gráfico N° 70).

En la tabla N° 25 se observa resultados similares tanto en hombres como en mujeres presentando una pequeña diferencia. En el caso de los hombres, los inhalables es la droga con una mayor percepción de “gran riesgo” con el 85,2%. Mientras que, en mujeres destaca también el consumo de inhalables, con el 84,7%.

Tabla N° 22: Percepción de riesgo del consumo frecuente por tipo de riesgo, según tipo de droga ilícita
(En porcentaje)

TIPO DE RIESGO	MARIHUANA	PASTA BASE	COCAÍNA	ÉXTASIS	INHALABLES
Ningún riesgo	0,4	0,2	0,2	0,2	0,3
Riesgo leve	2,1	0,9	0,9	0,7	1,3
Riesgo Moderado	5,0	2,6	2,6	2,3	4,3
Gran Riesgo	83,1	77,8	82,8	77,0	84,9
No sabe, no responde	9,4	18,5	13,5	19,8	9,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 70: Percepción de “gran riesgo” de consumo de drogas ilícitas, según ciudad capital y El Alto
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Tabla N° 23: Percepción de “gran riesgo” de consumo frecuente de drogas ilícitas, según variables sociodemográficas

(En porcentaje)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	MARIHUANA	PASTA BASE	COCAÍNA	ÉXTASIS	INHALABLES
SEXO					
Hombres	82,4	78,3	83,2	77,5	85,2
Mujeres	83,6	77,4	82,5	76,5	84,7
GRUPO DE EDAD					
12-17	78,9	70,9	76,1	70,4	79,1
18-24	82,5	76,6	83,8	76,9	85,7
25-34	82,3	81,4	85,2	80,9	85,9
35-44	85,4	80,4	85,0	80,1	86,9
45-54	85,5	79,4	84,7	77,5	86,2
55-65	83,9	76,9	81,1	74,7	84,9
ESTRATO					
Alto	82,1	77,3	82,5	76,5	83,3
Bajo	84,0	78,3	83,1	77,5	86,4

Fuente: OBSCD.

En el rango de edades de 35 a 44 años, se observa un mayor porcentaje en la percepción de “gran riesgo” respecto a otras drogas, siendo los inhalables la sustancia que lidera con el 86,9% para este grupo.

En cuanto a la marihuana, el rango de 45 a 54 años presenta la mayor percepción de riesgo en comparación con otros grupos etarios destacando con el 85,5%.

El estrato Bajo refleja la máxima percepción de riesgo en comparación a la ciudad de El Alto, siendo

los inhalables y la marihuana las drogas ilícitas que más resaltan presentando el 86,4% y 84,0% respectivamente (Tabla N° 23).

5.3. PERCEPCIÓN SOBRE TRÁFICO Y OFERTA DE DROGAS

Aproximadamente un cuarto de la población indica que estas situaciones ocurren “poco”, destacando el robo de casas y el rayado en las paredes¹⁸, con el 29,7% y el 28,7%, respectivamente.

¹⁸ En el rayado de paredes existe tres formas representativas graffiti, tag y viñetas; normalmente para el pintado utilizan latas de spray, marcadores o rodillos. Graffiti: arte urbano que puede ser legal o ilegal, representado por inscripciones y dibujos. Tags: firmas distintivas de personas (sobrenombre urbano/callejero del grafitero), pandillas o grupos; representado en letras, abreviaturas de nombres/ sobrenombres y signos. Viñeta: se realiza colocando una plantilla sobre la pared pintando encima, resultando una imagen. En la mayoría de los casos el rayado de paredes denota “territorialidad”.

Tabla N° 24: Percepción sobre la seguridad y delincuencia, ocasionada por el tráfico y consumo de drogas

(En porcentaje)

HASTA DONDE UD. CONOCE, EN EL LUGAR DONDE VIVE. DIRIA QUE HAY...	MUCHO	ALGO	POCO	NADA	NO SABE	TOTAL
Tráfico de drogas ilícitas	10,2	17,7	15,8	20,5	35,9	100,0
Robos en las casas	13,6	25,6	29,7	17,6	13,6	100,0
Rayado en las paredes, daños al alumbrado o cosas parecidas	11,5	25,4	28,7	23,5	11,0	100,0
Consumo de drogas en lugares públicos como en la calle o plazas	13,3	21,5	20,6	18,0	26,7	100,0
Asaltos o robos en las calles	17,7	27,2	27,5	15,3	12,2	100,0
Jóvenes parados no haciendo nada en las esquinas	14,2	25,5	24,8	18,8	16,7	100,0
Balaceras y acciones violentas con armas de fuego	2,1	7,2	8,8	61,9	20,0	100,0

Fuente: OBSCD.

Las personas encuestadas que indicaron “mucho”, obtuvieron el mayor porcentaje en asaltos o robos en calles o plaza con el 17,7%, seguido de jóvenes parados no haciendo nada en las esquinas con el 14,2%, robos en las casas 13,6% y consumo de drogas en lugares públicos como calles o plazas 13,3%.

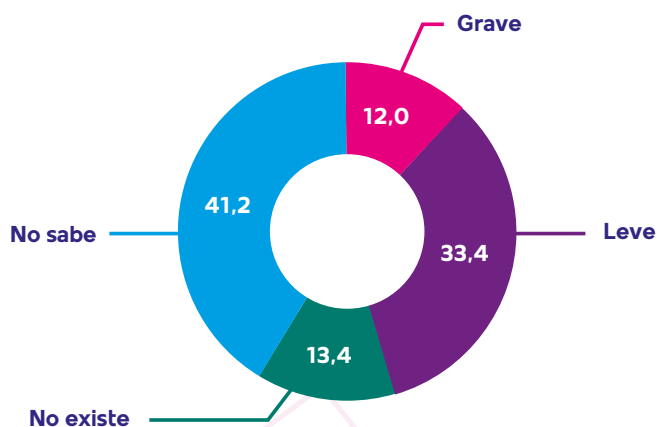
Llama la atención el porcentaje de personas que afirman la existencia de balaceras y acciones violentas

con armas de fuego, en este sentido el 2,1% responde “mucho”, el 7,2% “algo” y el 8,9% “poco” (Tabla N° 24).

En algunas zonas o barrios de las diferentes ciudades capitales de departamento, el consumo de drogas es preocupante, situación que se agrava en las periferias urbanas. Para medir la percepción sobre la gravedad del consumo de drogas en las zonas o barrios de los entrevistados, se formuló la siguiente pregunta: ¿Ud.

Gráfico N° 71: Distribución de la percepción sobre la gravedad del consumo de drogas en el barrio del entrevistado

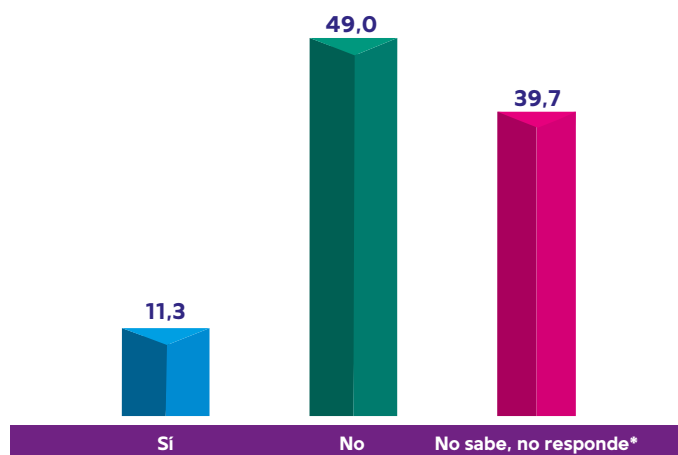
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 72: Distribución del conocimiento de la venta de drogas en las calles y lugares de acceso público.

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

(*): Algunos de los encuestados, se reservan dar más información por ser un tema delicado.

diría que el consumo de drogas en su barrio o sector es grave o leve? En este sentido, el 41,2% de los entrevistados afirma no saber sobre el tema, el 33,4% indica que es leve, el 13,4% refleja que no existen tales situaciones en sus barrios o zonas, y el 12% nos da a conocer que percibe que el consumo de drogas en su zona es grave (Gráfico N° 71).

En el Gráfico N° 72 se observa que el 11,3% de las personas entrevistadas afirma que existen lugares

donde puede acceder a la compra de drogas en su zona o barrio. En contraste, el 49,0% indica que no, y el 39,7% no sabe o no responde. Pese a que el dato sobre el acceso a drogas no es muy alto, cabe resaltar que en algunas zonas o barrios el acceso es muy sencillo.

En la Tabla N° 25 se observa que el 19,6% afirma que es "fácil" conseguir marihuana, seguida de cocaína con el 11,7% y pasta base con el 5,4%.

Tabla N° 25: Percepción sobre el acceso y facilidad de conseguir drogas

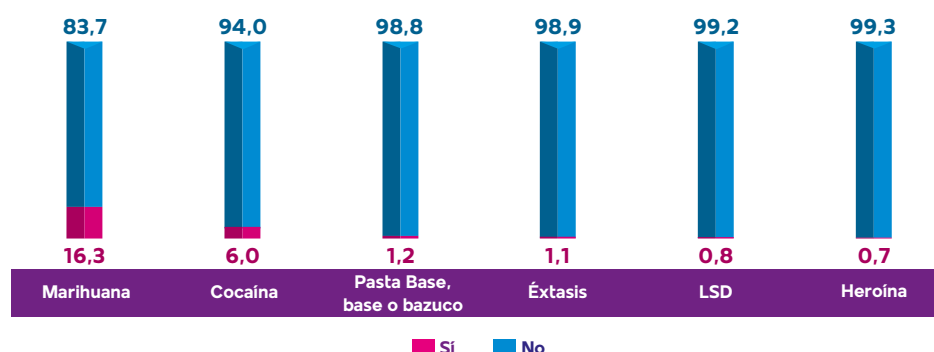
(En porcentaje)

TIPO DE SUSTANCIA	FÁCIL	DIFÍCIL	NO PODRÍA CONSEGUIR DE NINGUNA MANERA	NO SABE, NO RESPONDE*	TOTAL
Marihuana	19,6	14,7	18,4	47,3	100,0
Cocaína	11,7	17,0	19,8	51,5	100,0
Pasta Base, base o bazuco	5,4	14,8	21,2	58,6	100,0
Éxtasis	4,6	14,4	21,6	59,4	100,0
LSD	4,3	13,9	21,4	60,4	100,0
Heroína	4,4	14,2	21,2	60,2	100,0

Fuente: OBSCD.

(*): Algunos de los encuestados, se reservan dar más información por ser un tema delicado.

Gráfico N° 73: Distribución a personas a las que les ofrecieron drogas
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Las personas que respondieron “no sabe/no responde”, ocupan la mayoría del porcentaje de respuestas; esto no indica que todos no saben dónde comprar/conseguir, simplemente algunas personas optaron por abstenerse de dar una respuesta afirmativa ya que este es un tema delicado (Tabla N° 25).

El gráfico refleja que el 16,3% de la población alguna vez le ofrecieron marihuana, en un 6% le ofrecieron

cocaína, y pasta base o bazuco fue ofrecida al 1,2% de los encuestados (Gráfico N° 73).

5.4. FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Esta tabla presenta información relacionada con algunas consecuencias asociadas al consumo de alcohol o drogas en algún momento de la vida del

Tabla N° 26: Consecuencias asociadas al uso/abuso de alcohol o drogas
(En porcentaje)

TIPO DE RIESGO	RARA VEZ	DE VEZ EN CUANDO	BASTANTE A MENUDO	MUY A MENUDO	NUNCA	TOTAL
Mal rendimiento en alguna prueba o proyecto	27,6	3,1	0,3	0,8	68,2	100,0
Problemas con la policía	13,2	1,3	0,3	0,2	85,0	100,0
Participo en una discusión fuerte o pelea	22,1	2,3	0,3	0,3	75,0	100,0
Perdió la memoria	15,6	1,5	0,2	0,3	82,4	100,0
Problemas familiares	22,0	4,0	0,3	0,8	72,9	100,0
Tomaron ventaja sexual de usted	3,2	0,4	0,2	0,2	96,0	100,0
Usted tomó ventaja sexual de alguien	1,8	0,3	0,1	0,2	97,6	100,0
Intento dejar de consumir alcohol o drogas	7,4	1,6	0,5	1,3	89,2	100,0
Se provocó heridas	3,5	0,4	0,1	0,2	95,8	100,0
Pensó seriamente en suicidarse	3,6	0,4	0,3	0,3	95,4	100,0

Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende las respuestas de los entrevistados que afirmaron consumir alguna vez en la vida alcohol, tabaco, estimulantes, tranquilizantes, estimulantes, marihuana, cocaína, inhalables, pasta base, estaxis, hachís, crack, heroína, revelón, alucinógenos, anfetaminas, metanfetaminas, GHB, analgésicos, pasta base y otras drogas.

entrevistado. Se observa que el 27,6% “rara vez” tuvo un mal rendimiento en alguna prueba o proyecto importante por consumo de alcohol u otra droga; el 22,1% “rara vez” participó en una discusión fuerte o pelea y el 22,0% “rara vez” tuvo problemas familiares.

Los que indican que tuvieron riesgo bastante a menudo destaca que el 0,5% intentó sin éxito dejar de consumir alcohol o drogas (Tabla N° 26).

El 14,1% indicó que faltó al trabajo, la universidad o colegio a causa de los malestares por consumo

de alcohol, el 9,1% afirmó que fue detenido por el consumo de alcohol, el 4,6% indicó que ha sufrido un accidente de tránsito por el consumo de alcohol y el 2,9% indicó que ha sido despedido de su trabajo por el consumo de alcohol (Tabla N° 27).

El 14,0% mencionó que sí tiene en su entorno familiar a alguien que tiene el hábito de fumar a diario. Mientras que el 12,5% afirmó que en su entorno conoce a alguien que toma bebidas alcohólicas diariamente (Gráfico N° 74).

Tabla N° 27: Problemas ocasionados por el uso/abuso de alcohol o drogas
(En porcentaje)

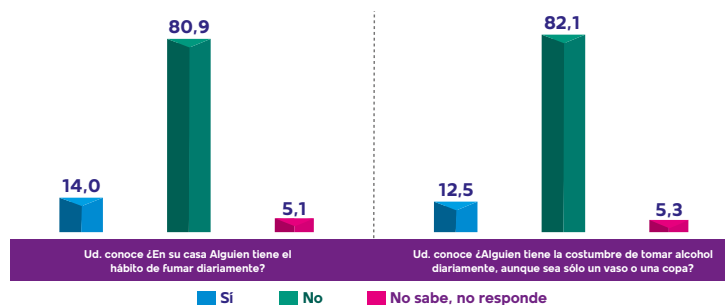
DAÑOS Y CONSECUENCIAS	NO	SÍ, POR ALCOHOL	SÍ, POR DROGAS	SÍ, POR AMBOS	NO SABE, NO RESPONDE*	TOTAL
Detenido a causa del consumo de alcohol o alguna droga	86,6	9,1	0,3	0,2	3,8	100,0
Detenido por tenencia o tráfico de alguna droga	95,8	1,3	0,1	0,1	2,7	100,0
Ha faltado al trabajo, a la universidad o al colegio a causa de malestar	83,2	14,1	0,1	0,3	2,3	100,0
Ha sido despedido de su trabajo o ha tenido que abandonar la universidad	94,8	2,9	0,1	0,2	2,0	100,0
Ha tenido que acudir de urgencia a algún consultorio, hospital o clínica	94,8	3,0	0,3	0,1	1,8	100,0
Ha sufrido algún accidente de tránsito o algún accidente laboral o doméstico	93,3	4,6	0,1	0,1	1,9	100,0
Ha tenido que endeudarse más de la cuenta o vender algo de cierta importa	94,8	2,9	0,2	0,1	2,0	100,0
Ha tenido que irse de la casa, enfrentar alguna ruptura matrimonial o separarse de alguno de sus seres queridos a causa del alcohol o de alguna droga	95,0	2,6	0,0	0,3	2,1	100,0

Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende las respuestas de los entrevistados que afirmaron consumir alguna vez en la vida alcohol, tabaco, estimulantes, tranquilizantes, estimulantes, marihuana, cocaína, inhalables, pasta base, estaxis, hachís, crack, heroína, revelón, alucinógenos, anfetaminas, metanfetaminas, GHB, analgésicos, pasta base y otras drogas.

(*): Algunos de los encuestados, se reservan dar más información por ser un tema delicado.

Gráfico N° 74: Distribución del consumo de tabaco y alcohol en el entorno
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

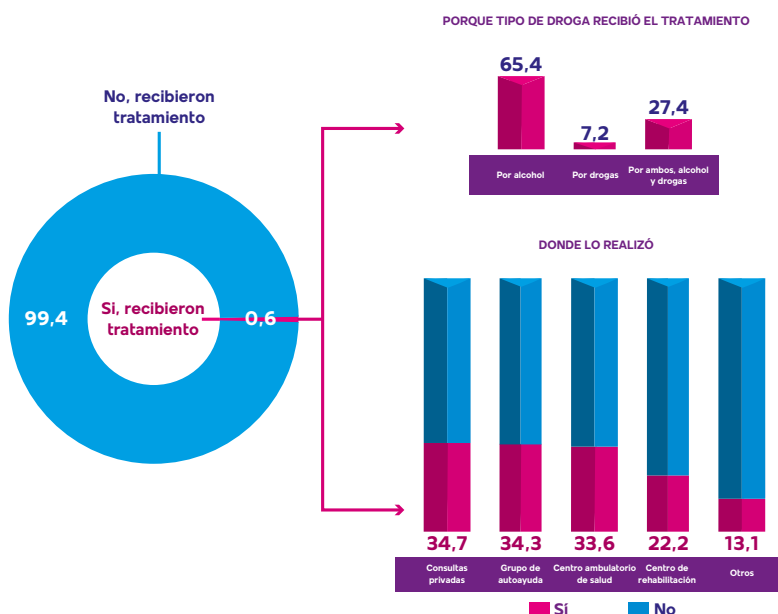
5.5. MÓDULO DE TRATAMIENTO

El 0,6% de los consumidores afirmaron que recibieron tratamiento alguna vez en la vida, de este porcentaje el 65,4% afirmó haber recibido tratamiento por consumo de alcohol, el 27,4% por consumo de alcohol y drogas; y el 7,2% solo por drogas. Por otra parte, el 34,7% afirmó que los tratamientos fueron realizados en consultorios

privados, el 34,3% en grupos de autoayuda y el 33,6% en centros ambulatorios de salud.

De los encuestados que afirmaron recibir tratamiento alguna vez en la vida, se observa que durante los últimos 12 meses el 29,3% ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para reducir el consumo de alcohol (Gráfico N° 76).

Gráfico N° 75: Distribución de personas que recibieron tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas
(En porcentaje)

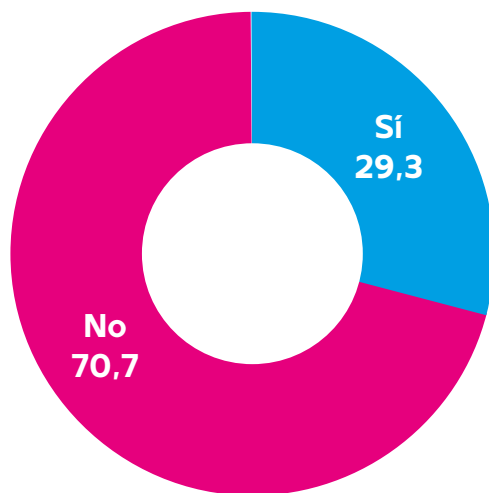


Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende las respuestas de los entrevistados que afirmaron consumir alguna vez en la vida alcohol, tabaco, estimulantes, tranquilizantes, estimulantes, marihuana, cocaína, inhalables, pasta base, estaxis, hachís, crack, heroína, revelón, alucinógenos, anfetaminas, metanfetaminas, GHB, analgésicos, pasta base y otras drogas.

Gráfico N° 76: Distribución de personas que sintieron la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir drogas

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Nota: Comprende las respuestas de los entrevistados que afirmaron consumir alguna vez en la vida alcohol, tabaco, estimulantes, tranquilizantes, estimulantes, marihuana, cocaína, inhalables, pasta base, estaxis, hachís, crack, heroína, relevón, alucinógenos, anfetaminas, metanfetaminas, GHB, analgésicos, pasta base y otras drogas.

CAPITULO 6: MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DROGAS

En este capítulo se abordará algunas medidas de prevención de consumo de drogas, asimismo, se pondrá en contexto las percepciones y opiniones de las personas entrevistadas sobre el tema.

Además, se analiza el conocimiento de la población sobre programas de prevención de consumo de alcohol y drogas desglosando las preguntas por sexo, rango de edad, estrato y ciudad capital de departamento y El Alto.

El ámbito cualitativo destaca al explorar la comunicación existente entre padres e hijos sobre la temática, evaluando si se atiende la problemática de drogas, y si estas acciones resultan efectivas.

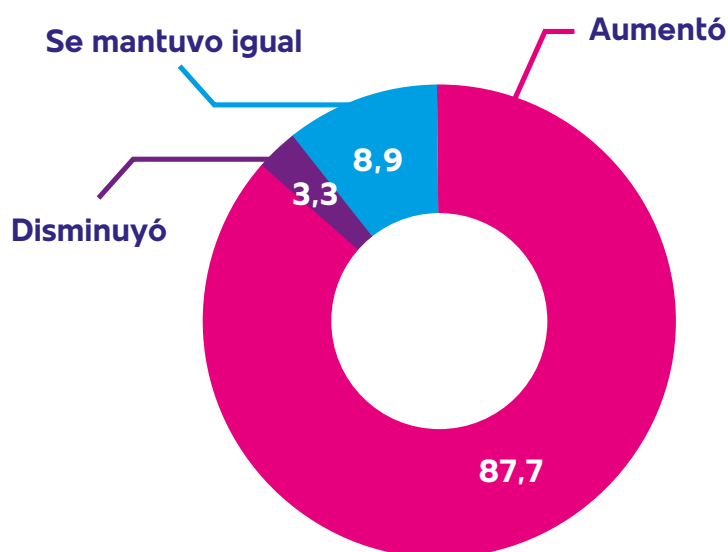
Por último, se expone las iniciativas para la reducción del consumo de alcohol, tabaco y drogas en general; las cuales tienen como objetivo principal apoyar la

lucha contra estos males que aquejan a la sociedad en su conjunto.

En el gráfico se aprecia la percepción general sobre el incremento de consumo de drogas en nuestro país. La opinión de los entrevistados muestra que en su criterio, aumentó de gran manera el consumo siendo esto reflejado con el 87,7%. El 8,9% opinó que se mantuvo igual, y tan solo una pequeña porción de la población afirmó que el consumo de drogas disminuyó.

La percepción de la población respecto a “si en el futuro aumentará o disminuirá el consumo de drogas”, el 86,9% opina que el consumo aumentará, mientras que el 9,4% sostiene que se mantendrá igual. Sólo el 3,7% de la población expresa que el consumo de drogas disminuirá (Gráfico N° 78).

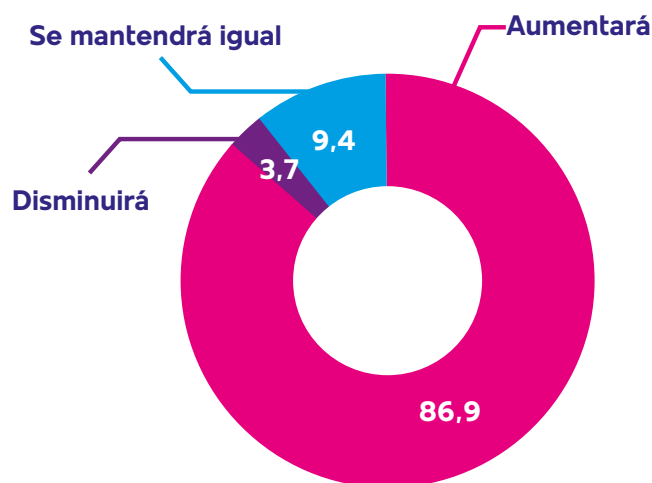
Gráfico N° 77: Distribución sobre la percepción de las personas, que creen que el consumo de drogas en el país aumentó o disminuyó, en los últimos años
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 78: Distribución sobre la percepción de las personas, que creen que el consumo de drogas en el país aumentará o disminuirá, en los próximos años

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

En la encuesta realizada se plantearon algunas iniciativas relacionadas con la prevención del consumo de sustancias. En este sentido, el 54,5% estuvo de acuerdo con “prevención obligatoria en colegios”. No obstante, en la pregunta que menciona si el tráfico de

drogas es el principal responsable de la delincuencia, el 47,7% respondió “sí”.

La iniciativa con mayor aceptación fue: “debería ser obligatorio un test de drogas para ejercer cargos

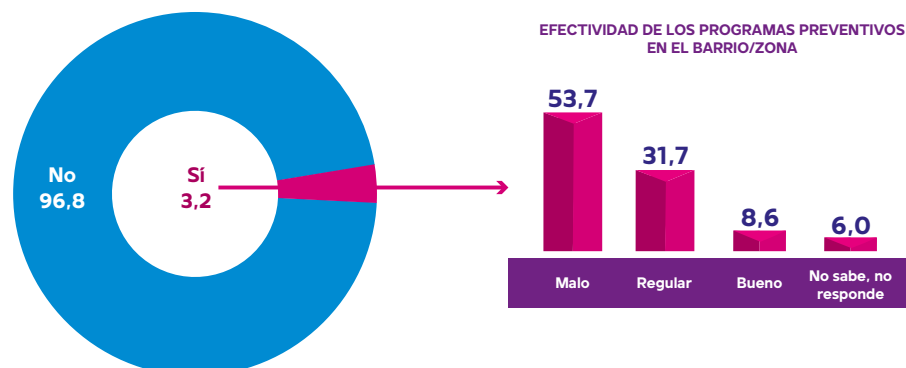
Tabla N° 28: Percepción general de las iniciativas con las que está de acuerdo relacionadas con el consumo de drogas

(En porcentaje)

FRASE	SI	NO	TOTAL
El consumo y el tráfico de drogas es el principal responsable de la delincuencia	47,7	52,3	100,0
La prevención del consumo de drogas debería ser obligatoria en los colegios	54,5	45,5	100,0
Debería ser obligatorio un test de drogas para ejercer cargos públicos	72,1	27,9	100,0
Las drogas han hecho más violentos a los delincuentes	71,3	28,7	100,0

Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 79: Distribución de la existencia de programas de prevención en el barrio/zona
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

públicos” con el 72,1%, a continuación encontramos la opción “las drogas hicieron más violentos a los delincuentes” con el 71,3% (Tabla N° 28).

El 3,2% afirmó que conoce los programas de prevención en su barrio o zona. De ese porcentaje el 53,7% considera que estos programas son buenos, el 31,7% opinó que son regulares, y sólo el 6% declaró que son malos (Gráfico N° 79).

Por encima del 50% de hombres y mujeres, opinan que los programas de prevención son buenos.

En relación a los rangos de edad, el grupo que comprende entre 45 a 54 años, aceptan ampliamente los programas de prevención, esto se refleja con el 59,4% mencionando que son “buenos”. Desde otra perspectiva, el grupo de 55 a 65 años, son los que menos están de acuerdo con

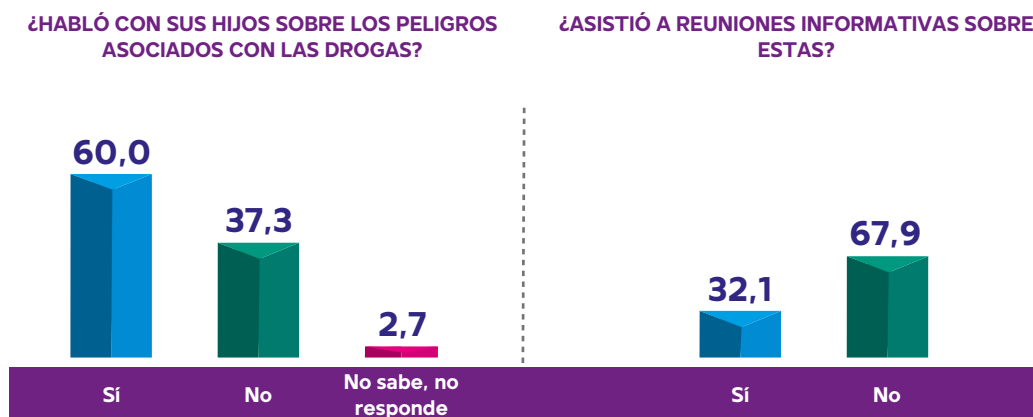
Tabla N° 29: Percepción de los programas de prevención, en la categoría “Bueno”, según variables sociodemográficas
(En porcentaje)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	PORCENTAJE
SEXO	
Hombres	51,9
Mujeres	55,2
GRUPO DE EDAD	
12-17	50,0
18-24	49,8
25-34	57,8
35-44	59,1
45-54	59,4
55-65	44,3
ESTRATO	
Alto	50,0
Bajo	58,5

Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 80: Distribución de la percepción de los padres de familia sobre los peligros y problemas asociados al consumo de drogas o alcohol.

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

estos programas, con el 44,3% de aceptación. El estrato denominado Bajo, indica que son buenos estos programas de prevención, reflejando la aceptación de estos con el 58,5% y el estrato Alto con el 50,0% (Tabla N° 29).

El 60,0% de los padres de familia indicó que sí habló con sus hijos sobre los peligros asociados al consumo de drogas. A este grupo se preguntó si asistieron alguna vez a alguna reunión informativa sobre esta temática, el 32,1% contestó de manera afirmativa (Gráfico N° 80).

En la tabla N° 33 observamos que el 49,0% de los encuestados indican que sí están de acuerdo con la iniciativa de dar la misma pena a quienes trafican marihuana que a los que trafican cocaína y pasta base. El 67,7% está de acuerdo en revisar a los alumnos en la entrada de los colegios para inspeccionar si llevan alguna droga, sólo el 32,4% está de acuerdo en mantener la penalización de la tenencia y consumo de marihuana.

En las ciudades capitales de departamento y El Alto, se observa que más del 60% está de acuerdo

Tabla N° 30: Medidas de control con las que está de acuerdo sobre el consumo de marihuana y otras drogas ilícitas

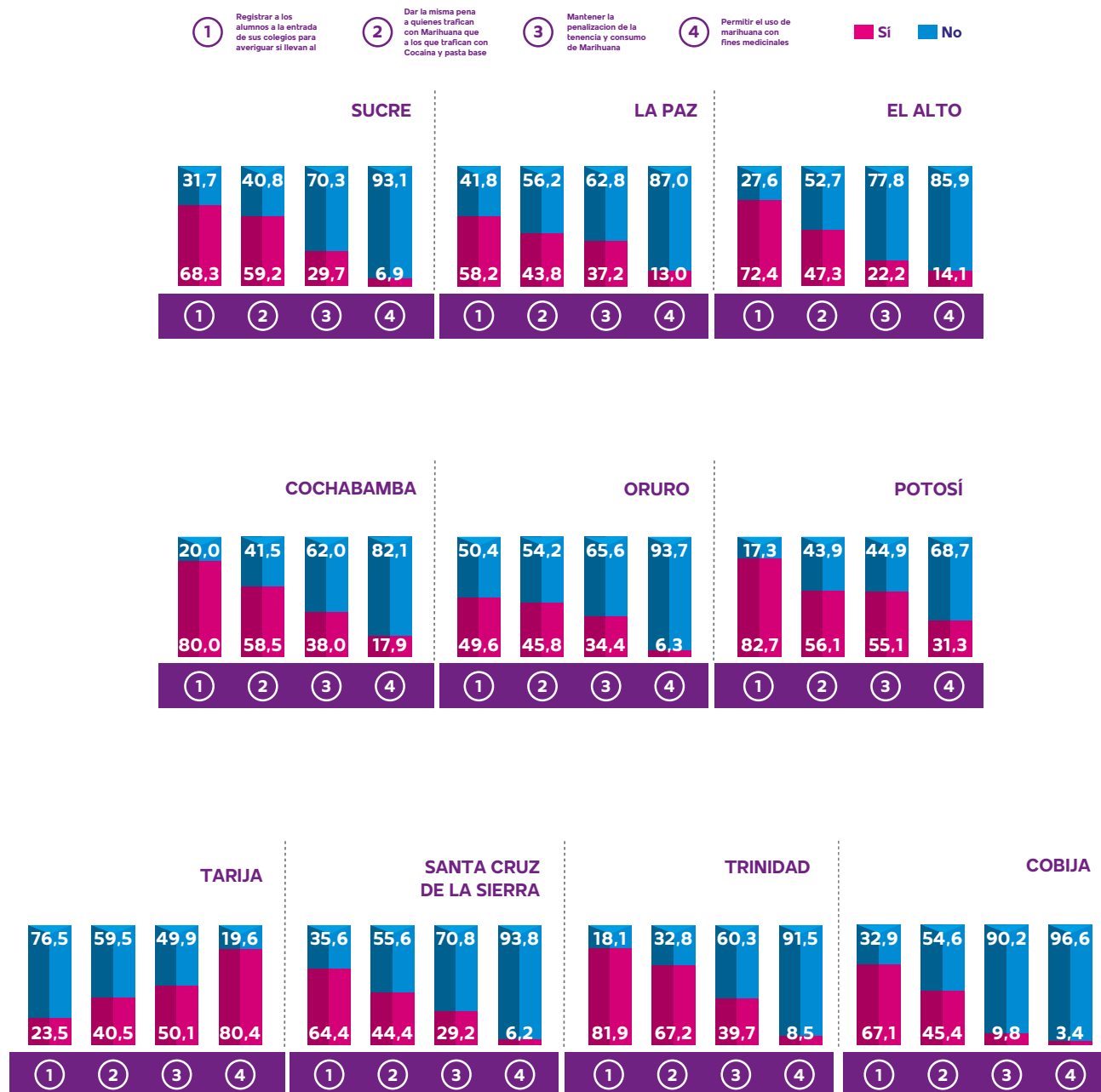
(En porcentaje)

INICIATIVA	SI	NO	TOTAL
Dar la misma pena a quienes trafican con Marihuana que a los que trafican con Cocaína y pasta base	49,0	51,0	100,0
Registrar a los alumnos a la entrada de sus colegios para averiguar si llevan alguna droga	67,7	32,3	100,0
Mantener la penalización de la tenencia y consumo de Marihuana	32,4	67,6	100,0
Permitir el uso de marihuana con fines medicinales	11,8	88,2	100,0

Fuente: OBSCD.

Gráfico N° 81: Distribución de las medidas de control con las que está de acuerdo sobre el consumo de marihuana y otras drogas ilícitas, según ciudad capital y El Alto.

(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

Tabla N° 31: Medidas de control con las que está de acuerdo sobre el consumo de tabaco
(En porcentaje)

INICIATIVA	SI	NO	TOTAL
Prohibir el consumo de cigarrillos en todos los lugares públicos con espacios cerrados	74,2	25,8	100,0
Aumentar el impuesto a los cigarrillos	38,8	61,2	100,0
Reducir los lugares de venta de cigarrillos	49,9	50,1	100,0

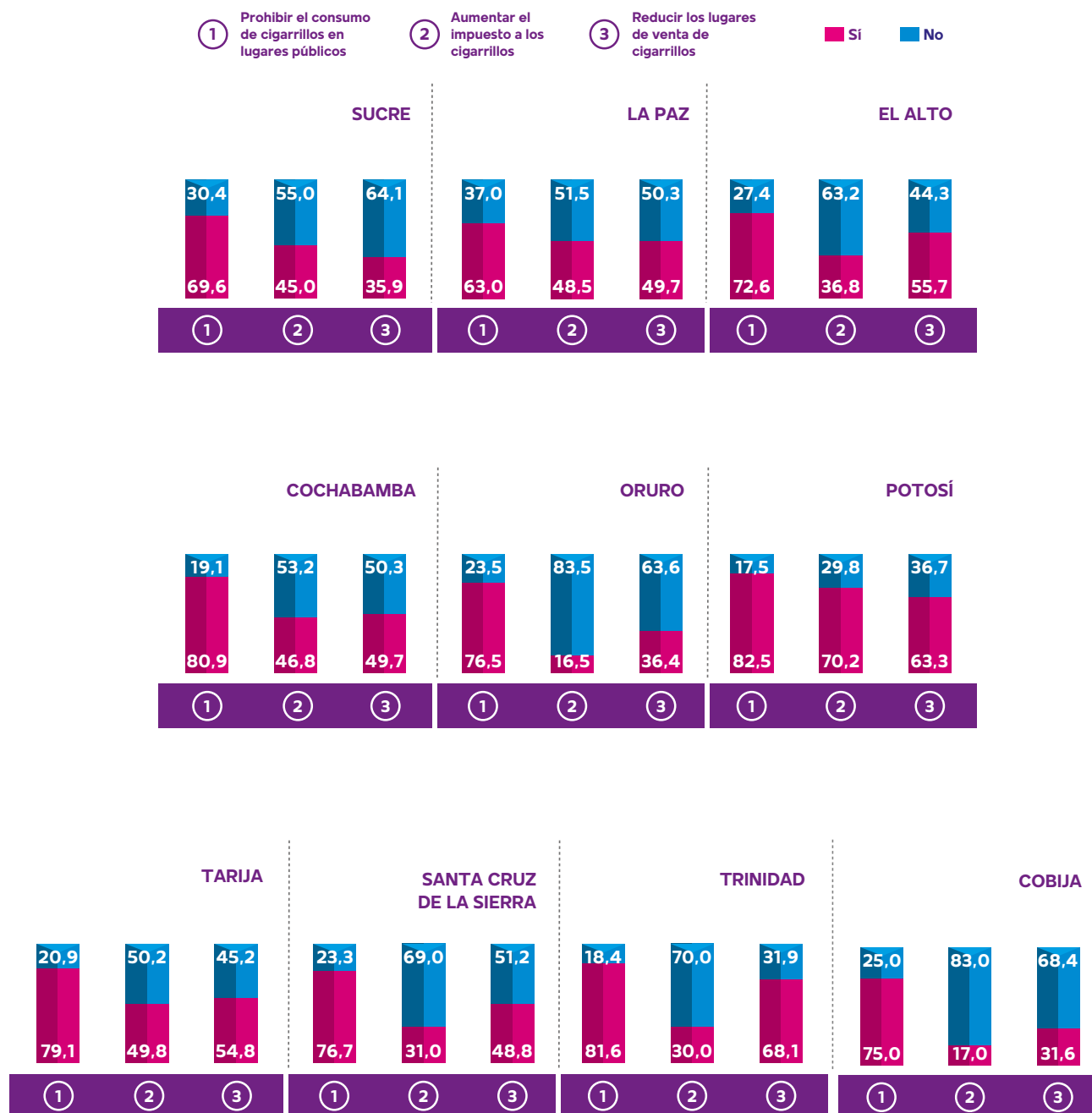
Fuente: OBSCD.

con registrar a los alumnos a la entrada de sus colegios para averiguar si llevan alguna droga. La ciudad capital de Potosí presenta el porcentaje más alto con el 82,7%, seguida de la ciudad capital de Trinidad con 81,9% y Cochabamba con el 80%. De igual manera se puede observar que en las ciudades capitales también están de acuerdo con “dar la misma pena a quienes trafican con Marihuana que a los que trafican con Cocaína y pasta base”. Los porcentajes que más sobresalen son Trinidad que presenta el 67,2%; Tarija con el 59,5% y Sucre con 59,2%. Con un menor porcentaje, inferior al 40%, los entrevistados opinan que se debe “mantener la penalización de la tenencia y consumo de marihuana”. Sin embargo, más del 80% opina que no se debe permitir el uso de marihuana con fines medicinales. La ciudad capital con mayor renuencia es la ciudad de Tarija con 96,6% (Gráfico N° 81).

En la Tabla N° 31 se observa que el 74,2% está de acuerdo con prohibir el consumo de cigarrillos en todos los lugares públicos y/o espacios cerrados. El 49,9% opinó que reducir los lugares de venta de cigarrillos es una buena idea, y el 38,8% está de acuerdo con aumentar el impuesto a los cigarrillos.

Al realizar la desagregación por ciudad capital y El Alto, se observa que en relación a la medida de “prohibir el consumo de cigarrillos en lugares públicos”, los resultados más destacados son los siguientes: Potosí 82,5%, Trinidad 81,6% y Cochabamba con el 80,9%. Asimismo, las ciudades capitales que están de acuerdo con “aumentar el impuesto a los cigarrillos” con mayor proporción son: Potosí con el 70,2%, Tarija con el 49,8% y Cochabamba con el 46,8%. Finalmente, se observa que en la ciudad capital de Trinidad el 68,1% está de acuerdo con las medidas de “reducir los lugares de venta de cigarrillos”.

Gráfico N° 82: Distribución de las medidas de control con las que está de acuerdo sobre el consumo de tabaco, según ciudad capital y El Alto
(En porcentaje)



Fuente: OBSCD.

El “**IV estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento más la ciudad de El Alto**” realizado por el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas – OBSCD, explora los patrones y pautas de consumo, así como los factores socioeconómicos y culturales que influyen en las ciudades del país, mismos que pueden representar un riesgo para el bienestar común nacional.

Este libro presenta una investigación exhaustiva correspondiente a la gestión 2023 que, a través de encuestas y análisis de datos cuantitativos proporciona información significativa sobre el uso de sustancias nocivas para la población. Esto plantea nuevos desafíos para los programas de prevención y tratamiento, con énfasis en la educación y la concientización sobre los riesgos asociados. La preocupación por la prevalencia del consumo de drogas en Bolivia en los últimos años, lo hace relevante para la toma de decisiones en los diferentes niveles del Estado, investigadores, universitarios y población en general.

obs.cd.mingobierno.gob.bo



obs.cd.official@gmail.com



/OBSCDo oficial



MINISTERIO DE GOBIERNO

**Observatorio Boliviano de Seguridad
Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD)**

