

3^{er}
**ESTUDIO NACIONAL DE
PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS
DE CONSUMO DE DROGAS EN
HOGARES DE CIUDADES CAPITALES
DE DEPARTAMENTO Y EL ALTO**

BOLIVIA 2018

3^{er}

**ESTUDIO NACIONAL DE
PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS
DE CONSUMO DE DROGAS EN
HOGARES DE CIUDADES CAPITALES
DE DEPARTAMENTO Y EL ALTO**

BOLIVIA 2018

CONSEJO NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS (CONALTID)

EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

DIEGO PARY RODRÍGUEZ
MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES

JUAN RAMÓN QUINTANA
MINISTRO DE LA PRESIDENCIA

CARLOS ROMERO BONIFAZ
MINISTRO DE GOBIERNO

JAVIER ZAVALET A LÓPEZ
MINISTRO DE DEFENSA

GABRIELA MONTAÑO VIAÑA
MINISTRA DE SALUD

ELABORACIÓN DE INFORME: DIAGNOSIS. Investigación Social de Opinión Pública y Mercado

OBSERVATORIO BOLIVIANO DE SEGURIDAD CIUDADANA Y LUCHA CONTRA LAS DROGAS (OBSCD)

LIC. GABRIELA REYES RODAS

LIC. ROBERTO IGNACIO RÍOS SANJINÉS

CARLOS ALBERTO OYOLA ARDUZ

MILTON LOZANO ROCABADO (SAT)

IMPRESIÓN: VISIÓN GRÁFICA S.R.L.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN: VISIÓN GRÁFICA S.R.L.

El contenido de esta publicación no comprende la opinión de la Unión Europea ni de sus Estados Miembros.

Primera edición

Depósito Legal: 4-1-342-19 P.O.
ISBN: 978-99974-277-2-4

Bolivia 2018
Derechos Reservados

TABLA DE CONTENIDO

0. RESUMEN EJECUTIVO	10
0.1. Introducción	11
0.2. Metodología	11
0.3. Consumo de drogas lícitas	11
0.4. Drogas ilícitas	14
0.5. Factores de riesgo y protectores	15
0.6. Percepciones sobre consumo de drogas y políticas públicas	16
0.7. Conclusiones	17
1. INTRODUCCIÓN	18
1.1. Antecedentes	19
1.2. Objetivos del estudio	20
1.3. Alcance del estudio	21
1.4. Sobre el proceso del estudio	23
1.5. Contenido del informe	23
2. METODOLOGÍA	24
2.1. Diseño de la muestra	25
2.2. Sobre el cuestionario de la encuesta y su aplicación	29
2.3. Prueba piloto del cuestionario	30
2.4. Capacitación de los equipos de campo	30
2.5. Trabajo de campo y control de calidad	31
2.6. Resultados del trabajo de campo	32
2.7. Viabilizadores y obstaculizadores en el trabajo de campo	33
2.8. Procesamiento de la información	34
2.9. Análisis de la información	34
3. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS	35
3.1. Introducción	36
3.2. Consumo de alcohol	36
3.3. Consumo de tabaco	51
3.4. Consumo de tranquilizantes	63
3.5. Consumo de estimulantes	72
3.6. Conclusiones	76

4. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS	78
4.1. Introducción	79
4.2. Consumo de marihuana	79
4.3. Consumo de cocaína	93
4.4. Consumo de pasta base	100
4.5. Consumo de éxtasis	105
4.6. Consumo de inhalables	107
4.7. Consumo de otras drogas	114
4.8. Conclusiones	114
5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES EN EL CONSUMO DE DROGAS	116
5.1. Introducción	117
5.2. Percepciones de riesgo	117
5.3. Exposición a la oferta de drogas	122
5.4. Consumo en el entorno	126
5.5. Policonsumo	128
5.6. Problemas de salud	130
5.7. Problemas con el entorno	132
5.8. Tratamiento por el consumo de drogas	135
5.9. Conclusiones	136
6. PERCEPCIONES SOBRE DROGAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS	138
6.1. Introducción	139
6.2. Percepciones generales sobre el consumo de drogas	140
6.3. Percepciones sobre el consumo de drogas en el barrio	144
6.4. Agresiones de personas bajo influencia de drogas	148
6.5. Percepción de políticas públicas	150
6.6. Exposición ante programas de prevención de consumo de drogas	156
6.7. Diálogo con los hijos sobre consumo de drogas	159
6.8. Conclusiones	161
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	163
7.1. Necesidad de fortalecer los factores que permiten la disminución de la prevalencia del consumo de drogas	164
7.2. Formular estrategias en función de las características actuales del consumo de drogas	164
7.3. La edad de inicio de consumo, factor clave en la prevención	166
7.4. Priorizar los factores de riesgo	166
7.5. Asociación del consumo de drogas y delincuencia	167
ANEXO: Cuestionario de la encuesta	168

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	Distribución de la muestra	27
Cuadro 2.	Errores muestrales calculados	29
Cuadro 3.	Estructura del cuestionario de la encuesta	30
Cuadro 4.	Trabajo de campo y rendimiento de la muestra	33
Cuadro 5.	Prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de alcohol, por variables sociodemográficas, 2018.	38
Cuadro 6.	Prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de alcohol, por ciudad, 2018.	39
Cuadro 7.	Edad de inicio de consumo de alcohol, por variables sociodemográficas.	40
Cuadro 8.	Incidencia de nuevos consumidores de alcohol, por variable sociodemográfica.	43
Cuadro 9.	Frecuencia de consumo de alcohol, por tipo de bebida.	44
Cuadro 10.	Consumo diario de alcohol de algún familiar, por variables sociodemográficas.	45
Cuadro 11.	Consumo diario de alcohol de algún familiar, por ciudad.	46
Cuadro 12.	Índice AUDIT de riesgo de abuso de consumo de alcohol, por variable sociodemográfica.	48
Cuadro 13.	Índice AUDIT de riesgo de abuso de consumo de alcohol, por ciudad.	49
Cuadro 14.	Nivel de trastorno de consumo de alcohol, por variables sociodemográficas.	50
Cuadro 15.	Nivel de trastorno de consumo de alcohol, por ciudad.	51
Cuadro 16.	Prevalencia de consumo de vida, anual y mensual del consumo de tabaco, por variables sociodemográficas.	52
Cuadro 17.	Prevalencia de consumo de vida, anual y mensual del consumo de tabaco, por ciudad.	53
Cuadro 18.	Edad de inicio del consumo de tabaco, por variables sociodemográficas.	54
Cuadro 19.	Incidencia de nuevos consumidores de tabaco, por variables sociodemográficas.	57
Cuadro 20.	Frecuencia en el consumo de tabaco en el último mes, por variable sociodemográfica.	59
Cuadro 21.	Frecuencia en el consumo de tabaco el último mes, por ciudad.	60
Cuadro 22.	Consumo diario de tabaco de algún familiar, por variables sociodemográficas.	61
Cuadro 23.	Consumo diario de tabaco de algún familiar, por ciudad.	61
Cuadro 24.	Prevalencia del consumo de tranquilizantes, por variables sociodemográficas.	64
Cuadro 25.	Prevalencia del consumo de tranquilizantes, por ciudad.	65
Cuadro 26.	Edad de inicio en el consumo de tranquilizantes, por variables sociodemográficas.	66
Cuadro 27.	Incidencia de nuevos consumidores, por variables sociodemográficas.	68
Cuadro 28.	Incidencia de nuevos consumidores, por ciudad.	69
Cuadro 29.	Prevalencia de vida del consumo de estimulantes, por variables sociodemográficas.	73
Cuadro 30.	Prevalencia de vida del consumo de estimulantes, por ciudad.	74
Cuadro 31.	Prevalencia del consumo de marihuana en 2018, por variables sociodemográficas.	80
Cuadro 32.	Prevalencia del consumo de marihuana en 2018, por ciudad	81
Cuadro 33.	Edad de inicio del consumo de marihuana, por variables sociodemográficas	82
Cuadro 34.	Edad de inicio del consumo de marihuana, por ciudad.	83
Cuadro 35.	Incidencia de nuevos consumidores de marihuana, por variables sociodemográficas	85
Cuadro 36.	Incidencia de nuevos consumidores de marihuana, por ciudad.	85
Cuadro 37.	Personas que consumieron marihuana los últimos doce meses por variables sociodemográficas según frecuencia de consumo.	86

Cuadro 38. Prevalencia del consumo de cocaína en 2018, por variables sociodemográficas.	94
Cuadro 39. Prevalencia del consumo de cocaína en 2018, por ciudad	94
Cuadro 40. Edad de inicio del consumo de cocaína, por variables sociodemográficas.	96
Cuadro 41. Edad de inicio del consumo de cocaína, por ciudad.	96
Cuadro 42. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de cocaína, por variables sociodemográficas.	97
Cuadro 43. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de cocaína, por ciudad.	98
Cuadro 44. Frecuencia anual del consumo de cocaína por estrato social.	99
Cuadro 45. Consumidores de cocaína en los últimos 30 días: dependencia y abuso	99
Cuadro 46. Prevalencia del consumo de pasta base en 2018, por variables sociodemográficas.	101
Cuadro 47. Prevalencia del consumo de pasta base en 2018, por ciudad.	101
Cuadro 48. Edad de inicio del consumo de pasta base, por variables sociodemográficas.	102
Cuadro 49. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de pasta base, por variables sociodemográficas.	103
Cuadro 50. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de pasta base, por ciudad.	104
Cuadro 51. Consumidores de pasta base en los últimos 30 días: dependencia y abuso.	105
Cuadro 52. Prevalencia del consumo de inhalables en 2018, por variables sociodemográficas.	108
Cuadro 53. Prevalencia del consumo de inhalables en 2018, por ciudad.	109
Cuadro 54. Edad de inicio del consumo de inhalables, por variables sociodemográficas.	110
Cuadro 55. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de inhalables, por variables sociodemográficas.	111
Cuadro 56. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de inhalables, por ciudad.	111
Cuadro 57. Prevalencia de consumo de vida de otras drogas y edad promedio de inicio de consumo.	114
Cuadro 58. Percepción de alto riesgo del consumo de drogas, según variables sociodemográficas.	120
Cuadro 59. Percepción de alto riesgo del consumo de drogas, según ciudad.	120
Cuadro 60. Percepción de alto riesgo del consumo de drogas, según tipo de consumidores.	121
Cuadro 61. Personas que creen que es fácil conseguir drogas y a quienes les ofrecieron drogas el último año, según variables sociodemográficas.	125
Cuadro 62. Personas que creen que es fácil conseguir drogas y a quienes les ofrecieron drogas el último año, según ciudad.	125
Cuadro 63. Personas que creen que es fácil conseguir drogas y a quienes les ofrecieron drogas el último año, según tipo de consumidores.	126
Cuadro 64. Consumo de drogas en el hogar, según tipo de consumidores.	127
Cuadro 65. Consumo de drogas por amigos cercanos, según tipo de consumidores.	128
Cuadro 66. Policonsumo de drogas según variables sociodemográficas.	129
Cuadro 67. Policonsumo de drogas según ciudad.	130
Cuadro 68. Calificación del propio estado de salud en el último año, según tipo de consumidores.	130
Cuadro 69. Experiencia de accidente, enfermedad y/o consulta por problemas emocionales el último año, según frecuencia de consumo de alcohol y marihuana.	132

Cuadro 70. Personas que en el último año tuvieron “muy a menudo” problemas socio afectivos, según frecuencia de consumo de alcohol y marihuana.	134
Cuadro 71. Consumidores de drogas (alguna vez en la vida). Problemas asociados al consumo de drogas en el último año.	134
Cuadro 72. Acuerdo con frases sobre consumo y tráfico de drogas, según variables sociodemográficas.	142
Cuadro 73. Acuerdo con frases sobre consumo y tráfico de drogas, según ciudad.	143
Cuadro 74. Importante presencia de situaciones de riesgo en los barrios de los entrevistados, según tipo de consumidores.	145
Cuadro 75. Percepciones sobre la gravedad del consumo de drogas en el barrio de los entrevistados, según variables sociodemográficas.	146
Cuadro 76. Percepciones sobre la gravedad del consumo de drogas en el barrio de los entrevistados, según ciudad.	147
Cuadro 77. Percepciones sobre la gravedad del consumo de drogas en el barrio de los entrevistados, según tipo de consumidores.	148
Cuadro 78. Víctimas de agresores bajo influencia de drogas en el último año, según variables sociodemográficas.	149
Cuadro 79. Víctimas de agresores bajo influencia de drogas en el último año, según ciudad.	149
Cuadro 80. Víctimas de agresores bajo influencia de drogas en el último año, según tipo de consumidores.	150
Cuadro 81. Personas que conocen algún programa de prevención de consumo de drogas en su barrio y que lo califican como “bueno”, según variables sociodemográficas.	157
Cuadro 82. Personas que conocen algún programa de prevención de consumo de drogas en su barrio y que lo califican como “bueno”, según ciudad.	158
Cuadro 83. Personas que conocen algún programa de prevención de consumo de drogas en su barrio y que lo califican como “bueno”, según tipo de consumidores.	158
Cuadro 84. Comunicación interpersonal sobre drogas en el último año, según variables sociodemográficas.	160
Cuadro 85. Comunicación interpersonal sobre drogas en el último año, según ciudad.	161

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de drogas lícitas.	12
Gráfico 2.	Edad de inicio en el consumo de drogas lícitas.	13
Gráfico 3.	Prevalencia de vida, anual, y mensual.	14
Gráfico 4.	Prevalencia de consumo de vida, anual y mensual del consumo de alcohol 2007, 2014 y 2018.	37
Gráfico 5.	Edad de inicio del consumo de alcohol.	39
Gráfico 6.	Edad de inicio del consumo de alcohol, por ciudad.	41
Gráfico 7.	Incidencia de nuevos consumidores, anual y mensual.	41
Gráfico 8.	Incidencia de consumo de alcohol, anual y mensual, por ciudad.	42
Gráfico 9.	Frecuencia de consumo de alcohol.	44
Gráfico 10.	Indicadores de abuso del consumo de alcohol.	46
Gráfico 11.	Índice AUDIT de riesgo de abuso de consumo de alcohol.	47
Gráfico 12.	Nivel de trastorno en el consumo de alcohol, según DCM V.	49
Gráfico 13.	Prevalencia de consumo de vida, anual y mensual del consumo de tabaco 2007, 2014 y 2018.	51
Gráfico 14.	Edad de inicio de consumo de tabaco.	54
Gráfico 15.	Edad de inicio de consumo de tabaco, por cuidad.	55
Gráfico 16.	Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de tabaco.	56
Gráfico 17.	Incidencia de nuevos consumidores de tabaco, por ciudad.	58
Gráfico 18.	Frecuencia en el consumo de tabaco.	59
Gráfico 19.	Indicadores de abuso de tabaco en el consumo del último mes.	62
Gráfico 20.	Prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de tranquilizantes 2007, 2014, 2018.	63
Gráfico 21.	Edad de inicio de consumo de tranquilizantes.	65
Gráfico 22.	Edad de inicio del consumo de tranquilizantes, por ciudad.	67
Gráfico 23.	Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de tranquilizantes.	68
Gráfico 24.	Fuentes de abastecimiento de tranquilizantes.	70
Gráfico 25.	Número de días en el último mes de consumo de tranquilizantes.	71
Gráfico 26.	Prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de estimulantes 2007, 2014, 2018.	72
Gráfico 27.	Edad de inicio de consumo de estimulantes.	74
Gráfico 28.	Edad de inicio de consumo de estimulantes, por ciudad.	75
Gráfico 29.	Incidencia anual y mensual del consumo de estimulantes.	75
Gráfico 30.	Fuentes de abastecimiento de estimulantes.	76
Gráfico 31.	Prevalencia comparada del consumo de marihuana.	79
Gráfico 32.	Edad de inicio del consumo de marihuana	82
Gráfico 33.	Incidencia de nuevos consumidores de marihuana.	84
Gráfico 34.	Personas que consumieron marihuana los últimos 12 meses: frecuencia de consumo.	86

Gráfico 35. Personas que consumieron marihuana los últimos 30 días: número de días y de cigarros consumidos.	87
Gráfico 36. Consumidores de marihuana en los últimos 30 días: personas que presentaron signos de consumo problemático “a menudo” durante los últimos 12 meses.	88
Gráfico 37. Consumidores de marihuana en los últimos 30 días: signos de dependencia según CIE-10.	89
Gráfico 38. Consumidores de marihuana en los últimos 30 días: categorías de dependencia según CIE-10.	90
Gráfico 39. Consumidores de marihuana en los últimos 30 días: signos de trastorno según DSM-V.	91
Gráfico 40. Consumidores de marihuana en los últimos 30 días: categorías de abuso según DSM-V.	92
Gráfico 41. Prevalencia comparada del consumo de cocaína.	93
Gráfico 42. Edad de inicio del consumo de cocaína.	95
Gráfico 43. Frecuencia de consumo de cocaína al año.	98
Gráfico 44. Prevalencia comparada del consumo de pasta base.	100
Gráfico 45. Edad de inicio del consumo de pasta base.	102
Gráfico 46. Frecuencia de consumo de pasta base al año.	104
Gráfico 47. Prevalencia comparada del consumo de éxtasis.	106
Gráfico 48. Edad de inicio del consumo de éxtasis.	106
Gráfico 49. Prevalencia comparada del consumo de inhalables.	107
Gráfico 50. Edad de inicio del consumo de inhalables.	109
Gráfico 51. Frecuencia de consumo de inhalables al año.	112
Gráfico 52. Sustancia utilizada para drogarse la última vez.	112
Gráfico 53. Lugar de abastecimiento de inhalables la última vez.	113
Gráfico 54. Percepción de “alto riesgo” del consumo de drogas lícitas.	118
Gráfico 55. Percepción de alto riesgo del consumo de drogas ilícitas.	119
Gráfico 56. Personas que conocen lugares en sus barrios donde venden drogas, según estrato social.	122
Gráfico 57. Personas que conocen lugares en sus barrios donde venden drogas, según ciudad.	123
Gráfico 58. Personas que conocen lugares en sus barrios donde venden drogas, según tipo de consumidores.	123
Gráfico 59. Personas que creen que es fácil conseguir drogas y a quienes les ofrecieron drogas en el último año.	124
Gráfico 60. Consumo de drogas en el entorno.	127
Gráfico 61. Consumo múltiple de drogas.	128
Gráfico 62. Personas que en el último año sufrieron algún accidente que les obligó a estar en cama, que tuvieron una enfermedad con reposo y que consultaron a un psicólogo por problemas emocionales, por tipo de consumidores.	131
Gráfico 63. Personas que en el último año tuvieron “muy a menudo” problemas socio afectivos, por tipo de consumidores.	133
Gráfico 64. Personas que recibieron tratamiento por consumo de drogas.	135
Gráfico 65. Percepción sobre la evolución del consumo de drogas en Bolivia.	140
Gráfico 66. Acuerdo con frases generales sobre consumo de drogas.	141



Gráfico 67. Importante presencia de situaciones de riesgo en los barrios de los entrevistados.	144
Gráfico 68. Percepciones sobre la gravedad del consumo de drogas en el barrio de los entrevistados.	146
Gráfico 69. Personas que en el último año fueron víctimas de agresores bajo influencia de drogas.	148
Gráfico 70. Personas que afirman que el tema de las drogas es una preocupación importante para autoridades del Estado.	151
Gráfico 71. Apoyo a políticas para afrontar la problemática del consumo de drogas.	152
Gráfico 72. Apoyo a políticas para reducir el consumo de alcohol.	153
Gráfico 73. Apoyo a políticas para reducir el consumo de tabaco.	154
Gráfico 74. Apoyo a políticas para reducir el consumo de drogas ilícitas.	155
Gráfico 75. Conocimiento de programas de prevención de consumo de drogas.	156
Gráfico 76. Comunicación interpersonal sobre drogas y alcohol.	159

0. RESUMEN EJECUTIVO

0.1. INTRODUCCIÓN

El presente documento expone los resultados del “III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto”, realizado por

la consultora Diagnosis S.R.L. para el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD), dependiente del Ministerio de Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia.

0.2. METODOLOGÍA

El principal método que se utilizó en esta investigación es la aplicación de encuestas. Previamente se realizó un muestreo que combina la estratificación por ciudad y al interior de cada ciudad se seleccionaron conglomerados con probabilidad proporcional a su tamaño. En este proceso se contemplaron tres etapas:

- Primera etapa: selección aleatoria simple de las UPM's en cada ciudad.
- Segunda etapa: selección sistemática de hogares en cada UPM.
- Tercera etapa: selección por tabla de números aleatorios entre las personas de 12 a 65 años que viven regularmente en la vivienda seleccionada.

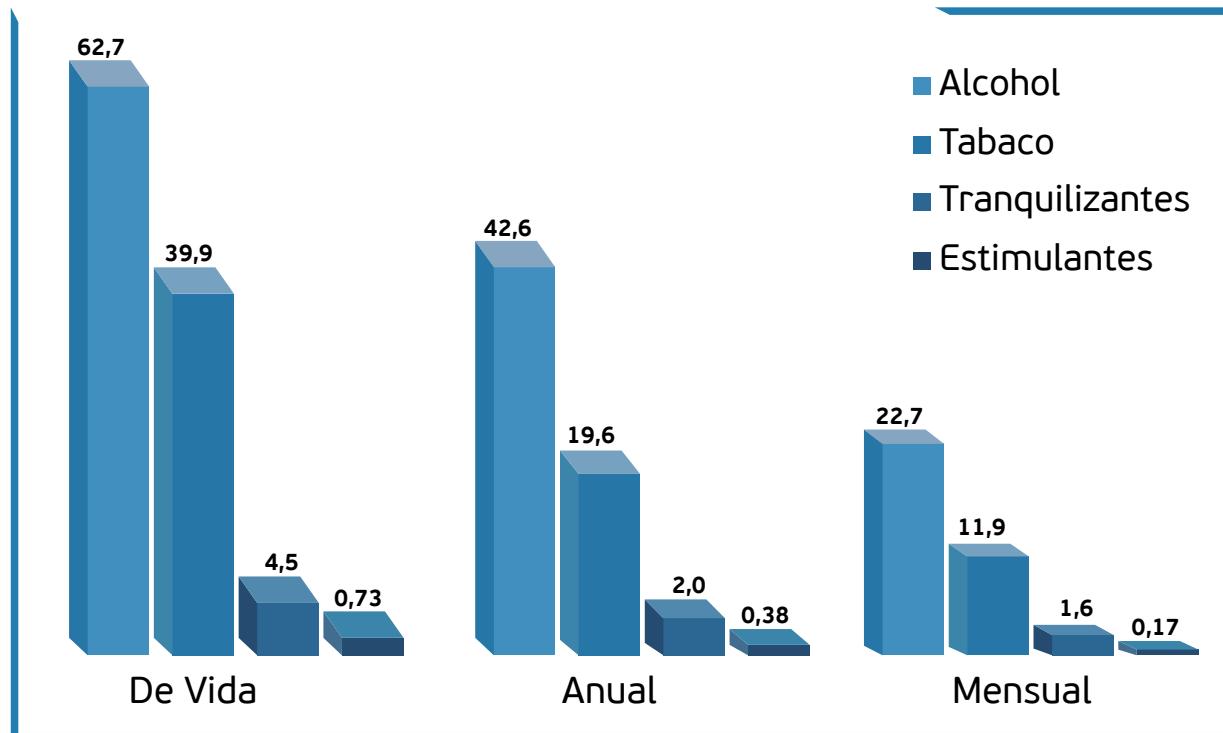
La UPM (Unidad Primaria de Muestreo), está definida por el “segmento censal” utilizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el Censo de Población y Vivienda, para ciudades de 100.000 habitantes o más. Se define la selección de 201 segmentos censales o UPM's para las nueve ciudades capitales y El Alto. Estas 201 UPM's se dividirán entre los estratos (ciudades), a partir de una afijación óptima.

La encuesta aplicada fue diseñada a partir de una adaptación del cuestionario del protocolo del SIDUC, que fue sometido a una prueba piloto con la que se realizaron los últimos ajustes a la boleta de la encuesta. El trabajo de campo se realizó durante el mes de noviembre de 2018.

0.3. CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS

Las drogas lícitas que se contemplaron en este estudio son: alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes.

**Gráfico 1. Prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de drogas lícitas.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En general, existe una tendencia a la disminución en el consumo de drogas lícitas, desde el 2007 al 2018, en todos los casos. Sin embargo, esta disminución ha empezado a ralentizarse desde el 2014 al presente año, y parece estancarse en algunos casos.

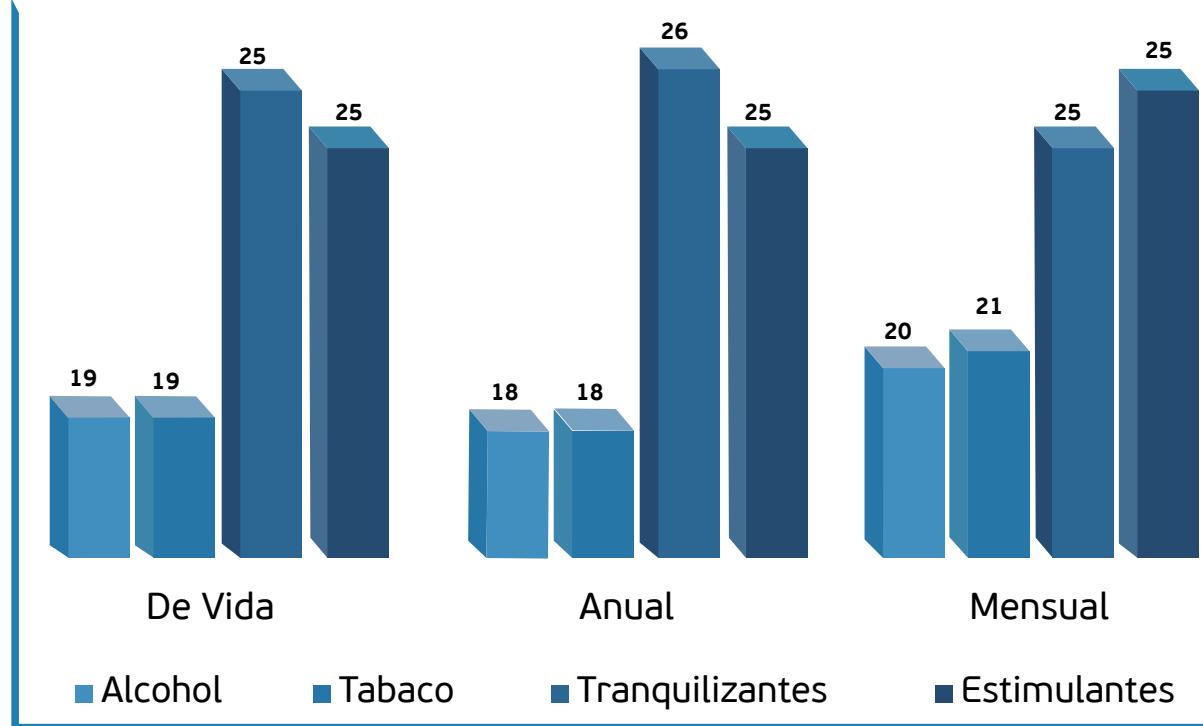
Como se puede ver en el Gráfico 1, las drogas lícitas con mayor nivel de prevalencia de vida, anual y mensual son el alcohol y el tabaco. En el 2018, la prevalencia más fuerte fue del consumo de alcohol con un 22%, seguida del consumo de tabaco, con un 12%. Como se verá más adelante, el consumo de estas drogas responde a características similares. Por otro lado, la prevalencia de tranquilizantes y estimulantes es similar en los tres niveles. Este consumo responde a contextos y dinámicas diferentes a las del tabaco y

el alcohol, y se podría considerar como un consumo marginal, similar al de las drogas ilícitas.

En general, las personas que consumen alcohol y tabaco son: mayores de 19 años, de estratos medios y se concentran en las ciudades de Sucre y Tarija. El consumo es menor en el altiplano que en los valles, y mayor en los estratos altos que los estratos bajos.

En el caso de los consumidores de tranquilizantes y estimulantes, sus características son: de 19 a 30 años, y de 51 años o más, de los extremos del espectro social y se concentran en las ciudades de Santa Cruz, Trinidad, y en menor medida en La Paz, donde es importante el consumo de estimulantes.

Gráfico 2. Edad de inicio en el consumo de drogas lícitas. (En años)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La edad de inicio en el consumo de drogas lícitas varía:

- Para el consumo de alcohol y tabaco, es a los 19 años en promedio.
- Para el consumo de tranquilizantes y estimulantes, es a los 25 años promedio.

Esto se debe a que el consumo de alcohol y de tabaco responde a dinámicas distintas:

- El primero responde a un consumo social “dominante”, en el que el consumo de alcohol y tabaco se inicia alrededor de los 18 años, cuando los jóvenes están pasando de un ciclo vital

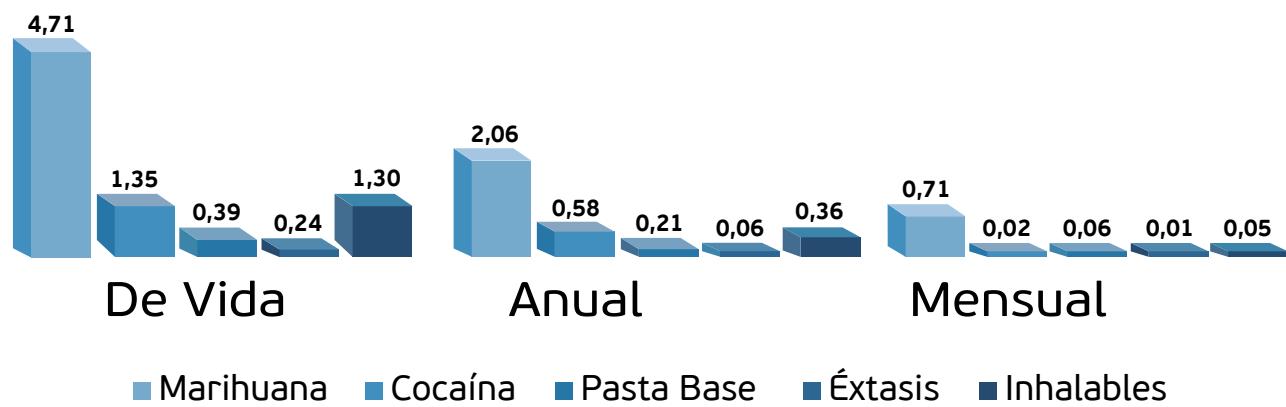
(colegio) a otro, con mayor autonomía respecto de su hogar paterno (sea en la universidad, en otros estudios técnicos, o en la incorporación al mercado laboral).

- El segundo responde a un consumo en respuesta a situaciones coyunturales, es decir “individual”. El consumo de tranquilizantes y estimulantes se inicia sobre todo a los 25 años, en el que las personas empiezan a experimentar presiones sociales y laborales mucho más fuertes que en etapas anteriores, y el consumo se manifiesta como mecanismo de distracción.

0.4. DROGAS ILÍCITAS

Las drogas ilícitas consideradas en este estudio son: marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, e inhalables, y se hace referencia a otras drogas.

**Gráfico 3. Prevalencia de vida, anual, y mensual del consumo de drogas ilícitas.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el caso de las drogas ilícitas, las drogas más consumidas son la marihuana y los inhalables, con una prevalencia mensual de 0,71% y 0,05% respectivamente. Esto quiere decir que, de cada 10.000 personas, 71 consumieron marihuana y 5 consumieron inhalables el último mes.

Como en el caso de las drogas lícitas, la prevalencia del consumo de drogas ilícitas ha disminuido notoriamente entre el estudio de 2007 y el actual estudio de 2018. El mayor periodo de disminución está entre el estudio de 2007 y el estudio de 2014. Más bien, entre el estudio de 2014 y el actual estudio de 2018 se evidencia una tendencia a la estabilización del consumo. Incluso, en algunos casos, a un leve incremento.

Se puede afirmar que el consumo de algunas drogas ilícitas ha llegado a ser marginal. Esto es cierto sobre todo con drogas como la cocaína, la pasta base, el éxtasis y, de alguna manera, los inhalables (en población en hogares). En estos casos, la prevalencia mensual de consumo es menor a 6 por 10.000 personas.

Santa Cruz aparece como la ciudad con mayor prevalencia de consumo de drogas ilícitas. Se constituye, por tanto, en un espacio de alta vulnerabilidad respecto del consumo de drogas. Se requieren estudios específicos para identificar las características del contexto en Santa Cruz que están contribuyendo a esta mayor prevalencia en el consumo de drogas.

Junto con Santa Cruz, algunas ciudades muestran prevalencias llamativas. Por ejemplo, Trinidad para el consumo de cocaína y pasta base. Sucre en el consumo de marihuana (así como también en el consumo de alcohol y tabaco, como se ha visto en el anterior capítulo). La Paz y El Alto en el uso de inhalables.

En general, el consumo de la marihuana y cocaína se concentra en estratos medios, probablemente por su costo. En cambio, el uso de inhalables se observa más en estratos bajos. La pasta base tiene una situación

más o menos intermedia: su mayor prevalencia está en el estrato medio bajo. Así, hay una especie de segmentación socioeconómica en el consumo de las drogas ilícitas.

En síntesis, se puede caracterizar el consumo de drogas ilícitas como marginal y focalizado, que merece la atención en segmentos específicos, principalmente adolescentes (de 12 a 16 años), y en ciudades como Santa Cruz donde la prevalencia tiende a ser más alta que en las otras ciudades.

0.5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES

Existe correlación entre la percepción de riesgo de consumo, exposición a la oferta y consumo de drogas en el entorno, con el consumo de drogas (lícitas e ilícitas), de la siguiente manera: a menor percepción de riesgo, a mayor exposición a la oferta y mayor consumo de drogas en el entorno, se observan mayores niveles de consumo de drogas.

Una manera de explicar cómo interactúan estos factores de riesgo con el consumo de drogas, es la siguiente:

- Cuando existen procesos disfuncionales (sociales, económicos y/o culturales), junto con escasas habilidades de resiliencia, se da el “inicio temprano” de consumo de drogas. Entre los 12 a 16 años.
- Cuando no hay un consumo regular de drogas en la familia, reduce la probabilidad de que adolescentes usen las drogas para afrontar situaciones difíciles. Pero cuando el consumo de drogas es habitual, entonces el adolescente tenderá a ver como

natural el inicio del consumo de drogas, para hacer frente a las tensiones y problemas.

- Cuando las personas comienzan el consumo de drogas en la adolescencia, existe mayor probabilidad de abuso y dependencia en este consumo.
- Cuando existe un consumo problemático de drogas (lícitas o ilícitas), las personas tienden a integrarse a grupos de pares que comparten este tipo de consumo.
- El consumo de drogas lleva a un mayor contacto con la oferta de las mismas.
- De paso, un mayor consumo de drogas se relaciona con una percepción de bajo riesgo de este consumo.

Por lo general, el policonsumo (consumo de dos o más drogas), y el consumo frecuente de drogas ilícitas

(marihuana, cocaína), se relaciona con problemas en el estado de salud, accidentes el último año y problemas relacionales frecuentes (peleas, problemas familiares y conflictos con la ley). Por el contrario, cuando las

personas comienzan “tarde” el consumo de drogas (lícitas e ilícitas), es decir después de los 18 años, la probabilidad de desarrollar un consumo asociado al abuso y a la dependencia es menor.

0.6. PERCEPCIONES SOBRE CONSUMO DE DROGAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

En general, la población percibe el consumo de drogas como algo peligroso, que aumenta la delincuencia en la comunidad. Esta percepción es muy importante para la población. La importancia de las drogas para la población se debe a dos motivos:

- Se percibe que representa una amenaza, especialmente para los adolescentes y jóvenes.
- Se asocia el consumo con la delincuencia, lo que se percibe como una amenaza directa para las familias.

Esta situación presenta dos efectos en la percepción de la sociedad:

1. La mayoría de las personas cree que hay un incremento del consumo de drogas, y que aumentará con los años. Por tanto, la sensación de amenaza del tráfico y consumo de drogas aumenta (Gráfico 65).
2. Un segundo efecto es que, como se asocia el consumo de drogas y delincuencia, se fortalecen las actitudes que apoyan políticas que criminalizan el consumo y que tipifican a los consumidores como delincuentes (Gráfico 66). Por ende, las políticas basadas en el control, la represión y la cárcel son las que más apoyo tienen. En cambio, políticas en función de un enfoque de salud pública, como por ejemplo eximir de la cárcel a los consumidores con la condición de ingresar a tratamiento, no tienen el respaldo de la población.

Mientras exista en el nivel de las percepciones esta fuerte asociación entre el consumidor de drogas y el delincuente, la predisposición en la mayoría de las personas será apoyar políticas en el marco de la criminalización y no de la salud pública.

A pesar que el consumo de drogas asociado a la delincuencia es un importante tema de preocupación de las personas, dos tercios creen que la problemática de las drogas no es relevante para el Estado en todos sus niveles (nacional, departamental y municipal). Existe un desencuentro entre la preocupación de las personas por el consumo de drogas y la percepción que este tema no es relevante para las instituciones públicas.

Existe una alta correlación entre consumo de drogas ilícitas y percepción del barrio del entrevistado como inseguro y en el cual existe un alto consumo de drogas. Esto refuerza la asociación entre consumo de drogas ilícitas y delincuencia. De esta manera, barrios inseguros representan un contexto de riesgo para el consumo de drogas ilícitas, sobre todo en adolescentes de estratos bajos. Por esta razón, es más importante priorizar políticas de prevención en este tipo de barrios.

Sin embargo, se observa que los programas de prevención de consumo de drogas están llegando más a los estratos medios (Cuadro 81), que son menos vulnerables a desarrollar prácticas de abuso y dependencia en el consumo de drogas. Esto se debe a que estos programas tienen más dificultades en llegar a barrios de estratos bajo y pobreza, donde el riesgo es mayor.

0.7. CONCLUSIONES

- En el estudio se evidencia la disminución de la prevalencia del consumo de drogas en las ciudades de Bolivia. Esta disminución generalizada obedece a factores del contexto que explican esta tendencia. Es necesario realizar estudios complementarios para identificar estos factores y fortalecerlos para continuar con esta disminución.
- Se requiere elaborar políticas y estrategias adecuadas a un consumo de drogas focalizado y cada vez más marginal. Situación en la cual la mayoría de consumidores mensuales de drogas ilícitas no ha desarrollado prácticas de abuso y dependencia de estas drogas. Estas políticas y estrategias serán diferentes a intervenciones en caso de consumo creciente de drogas.

Es necesario dirigir esfuerzos a segmentos específicos de consumidores en mayor riesgo de desarrollar prácticas de abuso y dependencia: adolescentes entre 12 a 15 años de estratos sociales pobres, sobre todo en las ciudades de Santa Cruz, Trinidad y Sucre.

- La edad de inicio de consumo de drogas es un factor clave para las estrategias de prevención. En promedio se comienza a consumir drogas desde

los 18 años. Si las personas comienzan antes, especialmente entre los 12 y 15 años, existe mayor probabilidad de desarrollar prácticas de abuso y dependencia de drogas. Por tanto, un objetivo clave es desarrollar estrategias de prevención para retrasar la edad de inicio del consumo, si es posible hasta después de los 18 años. Se necesitan estrategias desde la niñez en Primaria, para evitar el inicio del consumo en la pubertad.

- No todos los factores de riesgo tienen una igual correlación con el consumo de drogas ilícitas. Uno de los más importantes es el consumo de drogas en el grupo de pares. Este consumo legitima y refuerza el consumo entre adolescentes y jóvenes. Toda estrategia de prevención debe tomar en cuenta el carácter grupal y social de la mayor parte del consumo de drogas para diseñar intervenciones eficientes.
- En la percepción de la mayoría de la población existe una estrecha asociación entre consumo de drogas y delincuencia. De ahí que la mayoría esté dispuesta a apoyar políticas represivas y criminalizadoras del consumo. Al mismo tiempo, la mayoría no apoya, o incluso rechaza políticas desde un enfoque de salud pública.

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento expone los resultados del “III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018”, realizado

por la consultora Diagnosis S.R.L. para el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD), dependiente del Ministerio de Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia.

1.1. ANTECEDENTES

El Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas de Bolivia (CONALTID) está impulsando la realización de estudios de prevalencia y características de consumo de drogas, a través del Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD).

Para tal efecto, el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas emplea los procedimientos y metodología de investigación formulados por el Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). En este marco institucional se ha conformado una red de investigación epidemiológica que permite a los Estados miembros, entre ellos Bolivia, recabar información sistemática, oportuna, confiable y comparable sobre la demanda, oferta y consumo de drogas. Esta información debe servir para formular y aplicar políticas públicas eficientes que permitan prevenir este consumo y/o reducirlo, por un lado, y que se puedan establecer acciones de coordinación regional para afrontar de manera más eficiente esta problemática.

El OID trabaja con observatorios nacionales de drogas a través del Sistema Interamericano de Datos

Uniformes Sobre Drogas (SIDUC). El SIDUC es la instancia encargada de desarrollar procedimientos metodológicos, protocolos de aplicación, instrumentos estandarizados y sistemas de análisis de información primaria, además de asesorar, recopilar y analizar información regional sobre el consumo de drogas.

En este sentido, el SIDUC ha desarrollado un Protocolo de la Encuesta Sobre Drogas en Hogares que provee metodologías e instrumentos estandarizados para analizar la prevalencia y características del consumo de drogas en la población en general¹. Por su parte, y adaptando esta metodología al contexto boliviano, el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas ha realizado hasta la fecha dos estudios sobre el consumo de drogas en la población en general: el primer estudio se realizó el 2007 y el segundo estudio fue el 2014. Ahora se requiere llevar a cabo un tercer estudio, que permita obtener información comparable en dos sentidos: a) en el sentido “diacrónico”, con los otros dos estudios, para identificar la evolución de la demanda y consumo de drogas en esta población en Bolivia, y b) en el sentido “espacial”, de modo que se puedan comparar los resultados a nivel regional.

¹ Observatorio Interamericano de Drogas, Sistema Interamericano de Datos Uniformes. *Protocolo de la Encuesta Sobre Drogas en Hogares. Julio de 2011.*
En: http://www.cicad.oas.org/oid/protocols/1_PROTOCOLO_Encuesta_Hogares_Julio_2011.pdf

1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos del presente estudio fueron los siguientes:

1.2.1. Objetivo general

Describir la magnitud y características del consumo de drogas lícitas e ilícitas, en la población boliviana de 12 a 65 años, en hogares bolivianos de las nueve

ciudades capitales de departamento más la ciudad de El Alto, para la gestión 2018.

1.2.2. Objetivos específicos

- Detectar patrones de consumo de las diversas drogas, lícitas e ilícitas.
- Determinar la prevalencia del consumo de drogas, lícitas e ilícitas en los hogares bolivianos: de alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.
- Determinar las prevalencias del consumo de drogas, lícitas e ilícitas según características sociodemográficas, sexo, edad, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico y lugar de residencia.
- Describir aspectos relacionados con el consumo de drogas lícitas e ilícitas; exposición a la oferta y al consumo, percepción de riesgo, exposición a charlas o cursos de prevención entre otras de interés; asimismo, deberá comparar los resultados de consumo, abuso y dependencia, así como la percepción de riesgo, oferta y acceso a drogas en general, con los datos del Primer y Segundo Estudios realizados el 2007 y 2014 consecutivamente.

1.3. ALCANCE DEL ESTUDIO

Los alcances del estudio son los siguientes:

1.3.1. Alcance temático

La encuesta en hogares sobre consumo de droga en Bolivia recopiló información y realizó un análisis de las siguientes variables:

- Datos sociodemográficos básicos.
- Indicadores de abuso y dependencia.
- Prevalencia, frecuencia, cantidad de consumo de drogas lícitas e ilícitas.
- Factores de riesgo y protectores en el consumo de drogas.
- Patrones de consumo (frecuencias, edad de inicio) por sustancia.
- Medios de llegada a la población según segmentos de riesgo.

1.3.2. Alcance temporal

La información primaria del estudio es sincrónica. Es decir, se busca un estado de situación en un corte de tiempo específico. Este corte se refiere a los meses de octubre y noviembre de 2018, periodo en el cual se realizó el trabajo de campo.

Sin embargo, en la medida en que se trata de un tercer estudio, la información, al ser comparada sistemáticamente con los dos estudios anteriores, adquiere un carácter diacrónico. Es decir, permite identificar la evolución en el tiempo de las variables e indicadores del estudio.

1.3.3. Alcance poblacional

La encuesta estuvo dirigida a hombres y mujeres de 12 a 65 años, que residen de manera continua al menos tres meses antes de la encuesta, en las nueve

capitales de departamento y El Alto. Esta población será estudiada en los siguientes segmentos:

- Según sexo:
 - Hombres
 - Mujeres
- Según grupos de edad:
 - 12 a 17 años
 - 18 a 24 años
 - 25 a 34 años
 - 35 a 44 años
 - 45 a 54 años
 - 55 a 65 años
- Según nivel de escolaridad:
 - Ninguno
 - Secundaria incompleta
 - Secundaria completa
 - Técnico
 - Universidad
 - Posgrado
- Según categoría ocupacional:
 - Estudiante
 - Ama de casa
 - Rentista
 - Sin ocupación
 - Cuenta propia
 - Negocio propio
 - Asalariado
 - Profesional independiente
 - Ejecutivo, empresario
- Según estrato social:
 - Medio alto y alto (ABC1)
 - Medio típico (C2)
 - Medio bajo (C3)
 - Bajo (D1 y D2)
 - Pobreza (E)
- Según ciudad de residencia

1.3.4. Alcance geográfico

La encuesta se aplicó en las ciudades de:

- La Paz
- Potosí
- El Alto
- Sucre
- Cochabamba
- Tarija
- Santa Cruz
- Trinidad
- Oruro
- Cobija

1.4. SOBRE EL PROCESO DEL ESTUDIO

En la implementación del estudio se siguieron los siguientes pasos:

- Diseño de la muestra a partir de un ajuste del diseño muestral empleado para la primera y la segunda encuesta en hogares de consumo de drogas en Bolivia.
- Selección probabilística de la muestra.
- Ajuste del cuestionario.
- Prueba piloto del cuestionario y ajustes finales.
- Elaboración de materiales y programa de capacitación de encuestadores y supervisores.
- Capacitación a los equipos de encuestadores y supervisores que tiene Diagnosis en todas las ciudades capitales de departamento.
- Selección final de encuestadores y supervisores según su dominio de la metodología y del instrumento.
- Realización del trabajo de campo y supervisión.
- Crítica y codificación de los cuestionarios.
- Transcripción.
- Procesamiento.
- Análisis estadístico de resultados.

1.5. CONTENIDO DEL INFORME

En el siguiente capítulo se detalla la metodología utilizada para el diseño y el análisis de resultados. A partir del Capítulo 3 se presentan los resultados del estudio.

En primer lugar, se describe y analiza la prevalencia e incidencia del consumo de drogas lícitas (tabaco, alcohol, tranquilizantes y estimulantes). Luego, en el Capítulo 4 se analiza la prevalencia e incidencia de consumo de drogas ilícitas (inhalables, marihuana, cocaína, pasta base). En el Capítulo 5 se hace un análisis de los factores de riesgo y protectores asociados al consumo indebido de drogas en la población escolar.

Finalmente, en el Capítulo 6 se presentan algunas conclusiones y recomendaciones.

Los cuadros tienen generalmente una lectura horizontal. Es decir, los dominios de la muestra están representados por las filas. Al inicio de cada fila se coloca el valor de número del dominio, y los porcentajes de la fila se derivan de ese valor de número. Por tanto, la comparación entre los diferentes dominios se realiza de manera vertical. Para facilitar la lectura se han resaltado con rojo aquellos porcentajes más altos en cada dominio.

2. METODOLOGÍA

En el presente capítulo se exponen los principales elementos metodológicos de este “III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de

Departamento y El Alto, 2018”, de modo que se pueda comprender el alcance y el nivel de representatividad de la información cuantitativa que se expone en los siguientes capítulos.

2.1. DISEÑO DE LA MUESTRA

2.1.1. Tipo de muestreo

Los métodos y técnicas de muestreo aplicados deben coadyuvar para el logro de los objetivos generales y específicos del presente estudio. Entre ellos, proporcionar información adecuada, representativa y objetiva que sirva como base para la realización de los análisis pertinentes.

En ese sentido, se empleó un muestreo que combina la estratificación por ciudad y al interior de cada ciudad se seleccionarán conglomerados con probabilidad proporcional a su tamaño. En este proceso se contemplan tres etapas:

- Primera etapa: selección aleatoria simple de las UPM's en cada ciudad.
- Segunda etapa: selección sistemática de hogares en cada UPM.
- Tercera etapa: selección por tabla de números aleatorios entre las personas de 12 a 65 años que viven regularmente en la vivienda seleccionada.

Este procedimiento garantiza que se conozca la probabilidad de selección de todos los elementos de la muestra y que, por tanto, se pueda realizar

estimaciones de inferencia estadística de los estimadores de la muestra a los valores de la población en su conjunto. Es decir, se trata de un diseño muestral estadísticamente representativo.

En este caso, los estratos están conformados por cada una de las ciudades del estudio.

La UPM (Unidad Primaria de Muestreo) está definida por el “segmento censal” utilizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el Censo de Población y Vivienda para ciudades de 100.000 habitantes o más.

Es un muestreo que presenta las siguientes condiciones:

- Probabilístico, en tanto las unidades de muestreo en las tres etapas tienen una probabilidad conocida y distinta de cero de ser seleccionadas y de ser incluidas en la muestra.
- Estratificado, debido a que divide a la población en subpoblaciones (estratos) que en este caso son las nueve ciudades capitales, más El Alto.

- Por conglomerados, grupos homogéneos entre y heterogéneos intra, que agrupa en unidades aledañas, usando las manzanas.
- Polietápico, ya que se efectuaron tres etapas para llegar a la unidad de análisis (personas de 12 a 65 años).

2.1.2. Tamaño y afijación de la muestra

Para el cálculo del tamaño de una muestra estratificada proporcional al tamaño de cada estrato se emplea la siguiente fórmula:

$$n_i = n \cdot \frac{N_i}{N}$$

Donde:

N = número de elementos de la población

n = número de la muestra

N_i = número de elementos del estrato

n_i = número de la muestra por estrato

Se define la selección de 201 segmentos censales o UPM's para las nueve ciudades capitales y El Alto.

Estas 201 UPM's se dividirán entre los estratos (ciudades), a partir de una afijación óptima, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Distribución de la muestra

Ciudad	Población 12-65 años Censo 2012	Porcentaje	Distribución fija de UPM's	Distribución proporcional UPM's	Total UPM's	Total muestra	Error muestral
Sucre	150.108	5,10%	10	6	16	800	3,7%
La Paz	477.010	16,20%	10	16	26	1.300	2,7%
El Alto	532.349	18,08%	10	18	28	1.400	2,6%
Cochabamba	397.283	13,49%	10	13	23	1.150	2,8%
Oruro	166.543	5,65%	10	6	16	800	3,6%
Potosí	110.647	3,76%	10	4	14	700	3,9%
Tarija	112.872	3,83%	10	4	14	700	3,9%
Santa Cruz de la Sierra	906.690	30,79%	10	31	41	2.050	2,1%
Trinidad	63.883	2,17%	10	2	12	600	4,2%
Cobija	27.734	0,94%	10	1	11	550	4,2%
Total	2.945.119	100,00%	100	101	201	10.050	0,98%

El universo ajustado está constituido por toda la población de 12 a 65 años, según el Censo de Población de 2012, de las nueve ciudades capitales más la ciudad de El Alto (Cuadro 1).

Posteriormente, se procede a calcular el porcentaje de la población por ciudad en relación al total de población en ciudades capitales y El Alto.

Después se realiza la distribución fija de la mitad de UPM's y la distribución proporcional de la otra mitad de UPM's, con un total de 201 en las diez ciudades. Con la suma de esta distribución se tiene el total de UPM's por ciudad, lo que nos da el total de la muestra por ciudad. De esta manera tenemos la muestra final, con un error muestral de entre 2,1% a 4,2%, dependiendo de la ciudad.

2.1.3. Selección polietápica de la muestra

El proceso de selección de la muestra se realiza en base a una selección polietápica:

- En la primera etapa se seleccionaron de manera aleatoria simple a las Unidades Primarias de Muestreo (Segmentos Censales establecidos por el INE para el Censo de 2012).
- En la segunda etapa se seleccionarán las viviendas en cada UPM a partir de salto

sistemático. Un paso previo para este paso es la actualización cartográfica para determinar el número de viviendas elegibles con personas de 12 a 65 años.

- En la tercera etapa se seleccionará a través de una tabla de números aleatorios Kish a la persona entrevistada.

2.1.4. UPM's seleccionadas

Para la selección de las UPM's, se tuvo como marco muestral oficial, la base de datos proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), a solicitud oficial y expresa del Ministerio de Gobierno.

Esta base de datos cuenta con 15.392 registros de todo el país. Para la selección se procedió de la siguiente manera:

- Segmentar la base de datos por departamento.
- Identificar los registros, dentro de cada departamento, que corresponden únicamente a

las ciudades. En el caso del departamento de La Paz, también se identificó, de manera separada, a los registros correspondientes a la ciudad de El Alto.

- Finalmente, se procedió a extraer una muestra aleatoria con ayuda del software estadístico SPSS, con el número de UPM's definido para cada uno de los estratos (ciudades), más 2 UPM's adicionales por ciudad para el caso de que se requieran casos adicionales para completar la muestra.

2.1.5. Factores de expansión

El factor de expansión es un valor que multiplica a cada uno de los elementos seleccionados en la muestra con el fin de obtener la estimación del parámetro en el universo, este factor se construye en función al método de selección utilizado. Es decir, se interpreta como la cantidad de personas en la población, que representa una persona en la muestra. La estimación de un total dado para una variable se obtiene, primero, ponderando el valor de la variable en cada persona por su factor de expansión y luego, sumando todas las personas de la muestra.

En esta etapa se llevó adelante un procedimiento que implica una actualización cartográfica de cada conglomerado donde se determina el (Número de hogares, donde viva al menos una persona, en el conglomerado i-ésimo en campo), para efectos del cálculo de los factores de expansión.

Los factores de expansión se hallan incorporados en la base de datos generada en el presente estudio. La forma en la que se calculó para cada unidad al interior de cada estrato está dada por la expresión:

$$\left(\frac{n}{\sum_{i=1}^n M_{ih}} * \frac{m}{M'_{ih}} * \frac{1}{k} * \frac{1}{S_{jih}} \right)^{-1}$$

Donde:

nh: es el número de conglomerados de la ciudad

M_{ih}: el número de viviendas en el conglomerado i del estrato h

m: es el número de viviendas en la muestra de cada conglomerado (en el caso presente constante=50)

M'_{ih}: el número de viviendas luego de la actualización en el conglomerado seleccionado i del estrato h

K= M'_{ih}/m

2.1.6. Errores muestrales

Una vez determinados los factores de expansión, corresponde el cálculo de los errores muestrales. Para el presente estudio se calcularon los errores muestrales incorporando los factores de expansión, calculados para cada UPM y, por consiguiente, para

cada ciudad (estrato) en la base datos. Mediante el programa estadístico SPSS, se procedió al cálculo de los errores. Los resultados obtenidos de este proceso se presentan en la siguiente tabla:

Cuadro 2. Errores muestrales calculados

	Error relativo
Prevalencia de vida - alcohol	1,1%
Prevalencia de vida - tabaco	1,9%
Prevalencia de vida - tranquilizante	11,5%
Prevalencia de vida - marihuana	13,1%
Prevalencia de vida - inhalables	36,1%
Prevalencia de vida - cocaína	30,2%
Prevalencia de vida - estimulantes	38,9%

2.2. SOBRE EL CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA Y SU APLICACIÓN

Se realizó una adaptación del cuestionario del protocolo del SIDUC². Este cuestionario fue sometido a una prueba piloto después de la cual se realizaron los

ajustes finales al mismo. Se trata de un cuestionario en formato de encuesta.

² Ver anexo

El cuestionario tiene 326 preguntas distribuidas en los siguientes módulos:

Cuadro 3. Estructura del cuestionario de la encuesta

No.	Módulo	Rango de preguntas	No. de preguntas
1	Consumo de tabaco	1 - 9	9
2	Consumo de alcohol	10 - 46	37
3	Consumo de otras drogas	47 - 49	3
4	Inhalables	51 - 57	7
5	Marihuana	58 - 93	36
6	Cocaína	94 - 124	31
7	Pasta base	125 - 162	38
8	Éxtasis - MDMA	163 - 177	15
9	Otras drogas sintéticas	178 - 179	2
10	Tranquilizantes	180 - 185	6
11	Estimulantes	186 - 191	8
12	Percepción de riesgo respecto de factores asociados al consumo de drogas	192 - 239	48
13	Modulo de información sobre tratamiento	240 - 246	7
14	Percepciones generales sobre tráfico y consumo de drogas	247 - 304	58
15	Informacion general	305 - 326	22

2.3. PRUEBA PILOTO DEL CUESTIONARIO

Una vez que el cuestionario fue ajustado en un trabajo coordinado entre el equipo de Diagnosis y el equipo del OBSCD, se procedió a realizar la prueba piloto del mismo, con el fin de asegurar su comprensión, su fluidez y su eficacia.

Para la prueba piloto se aplicaron 90 cuestionarios: 30 en La Paz/El Alto, 30 en Cochabamba y 30 en Santa Cruz.

Esta prueba piloto permitió precisar ajustes para asegurar una mayor comprensión y fluidez del cuestionario; por tanto, una mayor confiabilidad de la información a ser recopilada en el trabajo de campo.

Una vez identificados estos ajustes, en coordinación con el OBSCD, se procedió a los ajustes finales del cuestionario.

2.4. CAPACITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE CAMPO

Para la capacitación de los equipos de encuestadores y supervisores, Diagnosis elaboró los siguientes instrumentos:

- Manual del supervisor
- Manual del encuestador
- Programa de capacitación
- Procesos de selección final de encuestadores y supervisores

El proceso de capacitación alcanzó las siguientes etapas:

- Selección inicial de supervisores y encuestadores de los equipos estables que Diagnosis tiene en cada ciudad capital.
- Capacitación.
- Pruebas de gabinete y de campo en la aplicación del cuestionario.
- Selección final de supervisores y encuestadores que demuestren dominio de los instrumentos.

El programa de capacitación de los equipos contempló los siguientes puntos:

- Objetivos del estudio.
- Procedimientos para la actualización cartográfica.
- Procesos de selección de viviendas y entrevistados.
- Sistemas de supervisión y control de calidad de la información.
- Estructura del cuestionario y objetivo de cada módulo.
- Explicación pregunta por pregunta:
 - Objetivo de información
 - Formulación
 - Anotación de respuestas
 - Cómo afrontar diferentes circunstancias
- Ejercicios de gabinete (juego de roles).
- Ejercicios de campo (aplicación del cuestionario en campo).
- Evaluación de participantes.
- Selección final de supervisores y encuestadores.

2.5. TRABAJO DE CAMPO Y CONTROL DE CALIDAD

Se organizaron equipos de cinco encuestadores y un supervisor. A estos equipos se asignaron cargas de trabajo, cartografías (mapas cartográficos donde se resaltaron los manzanos seleccionados) y todo el instrumental para el trabajo de campo. Cada encuestador cumplió una carga diaria de trabajo de ocho encuestas llenadas, además de la actualización cartográfica realizada.

El supervisor estuvo encargado de coordinar logísticamente el trabajo y de cumplir el primer nivel de control de calidad del trabajo: *in situ*.

Se tuvieron cuatro niveles de supervisión y control de calidad del trabajo de campo:

2.5.1. Supervisión de campo

La supervisión de campo se realizó durante la recolección de información. El supervisor de cada equipo se aseguró que los encuestadores apliquen los procedimientos para la actualización cartográfica, para la selección sistemática de hogares y para la selección aleatoria de entrevistados. Además, se aseguró la correcta aplicación del cuestionario. Se

hizo seguimiento a entrevistas durante el desarrollo de las mismas.

Revisó los cuestionarios durante el trabajo de campo para asegurarse que los encuestadores respeten saltos, flujos y anoten correctamente las respuestas en preguntas cerradas, de selección múltiple y abiertas

2.5.2. Crítica de cuestionarios en campo

Al final de cada jornada y mientras el equipo de encuestadores se encuentra en los manzanos seleccionados, el supervisor de campo realizó una revisión exhaustiva de los cuestionarios aplicados

(crítica de campo). Se identificaron algunos errores de llenado y se pidió a los encuestadores que los subsanen con las personas encuestadas.

2.5.3. Re-entrevista

Se realizó la re-entrevista de al menos un 10% de la muestra. Este procedimiento estuvo a cargo de los coordinadores de cada ciudad. Se seleccionó de manera aleatoria cuestionarios y se envió a un

equipo para hacer la re-entrevista, de modo que se asegure que los encuestadores hayan seguido los procedimientos de aplicación del cuestionario.

2.5.4. Crítica de gabinete

El equipo de críticos de gabinete de Diagnosis realizó una revisión exhaustiva de cuestionarios en nuestras oficinas para detectar errores e incoherencias si es que hubiesen.

Con estos cuatro niveles de control de calidad, se aseguró que la información de campo sea altamente confiable y tenga un nivel excelente de fiabilidad.

2.6. RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

El trabajo se realizó durante los fines de semana del mes de noviembre y principios de diciembre de 2018,

como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 4. Trabajo de campo y rendimiento de la muestra

Ciudad	Muestra	3 y 4 de Noviembre	10 y 11 de Noviembre	17 y 18 de Noviembre	25 y 26 de Noviembre	1 y 2 de Diciembre	Total muestra efectiva	Diferencia con la muestra planificada
La Paz	1.379	306	459	336	240	48	1.389	+10
El Alto	1.492	340	533	383	236	-	1.492	0
Cochabamba	1.215	290	435	320	200	-	1.245	+30
Santa Cruz de la Sierra	2.258	260	390	576	768	288	2.282	+24
Sucre	709	-	280	288	141	-	709	0
Oruro	743	-	266	192	295	-	753	10
Potosí	629	-	-	176	392	96	664	+35
Tarija	633	-	233	225	175	-	633	0
Trinidad	533	-	192	-	341	-	533	0
Cobija	459	-	188	253	18	-	459	0
TOTALES	10.050	1.196	2.976	2.749	2.806	432	10.159	+109

Como se puede observar en el Cuadro 4, durante el operativo de campo se realizaron 109 encuestas adicionales respecto de la muestra planificada. Esta muestra adicional se realizó en las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz de la Sierra y Potosí.

En las demás ciudades se logró cumplir con la muestra inicialmente planificada.

En consulta con el Observatorio, se determinó incluir las 109 encuestas adicionales en la base de datos.

2.7. VIABILIZADORES Y OBSTACULIZADORES EN EL TRABAJO DE CAMPO

2.7.1. Viabilizadores

Entre los factores que facilitaron el trabajo de campo se puede mencionar principalmente los siguientes:

- El trabajo en equipo, que se tradujo en el desplazamiento de las brigadas de manera conjunta, se tradujo en una mejor receptividad de la población a la encuesta.
- La adecuada identificación del personal de Diagnosis, debidamente uniformados con chalecos distintivos y provistos de credenciales de identificación junto al trabajo.
- El acompañamiento del equipo técnico del Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD), que se constituyó en un permanente apoyo en la búsqueda de soluciones a los problemas típicos que se presentan en el trabajo de campo.

2.7.2. Obstaculizadores

Durante el trabajo de campo se presentaron varias dificultades que ameritaron la necesidad de tomar decisiones inmediatas para superarlas. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- El clima fue un obstáculo en las ciudades de Trinidad, Santa Cruz de la Sierra y Tarija. La lluvia impidió el inicio del trabajo de campo en los horarios previstos. Las ciudades mencionadas amanecieron con fuertes lluvias y el inicio del trabajo de campo tuvo que retrasarse. Incluso, en el caso de Tarija, el trabajo de campo se postergó completamente y tuvo que reprogramarse.

- En Sucre, un par de encuestadores sufrieron accidentes, afortunadamente leves, por una mordedura de perro y una fuerte caída. De modo que tuvieron que recibir atención médica inmediata.
- Algunas UPM's seleccionadas quedaban muy distantes y el transporte público era escaso para desplazarse. Se tuvo que contratar movilidades para poder acceder a los puntos de trabajo.

2.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se elaboró un programa de captura de datos con controles internos para asegurar una adecuada trascipción de la información. El programa fue en CSPRO V. 16, empleado para censos y encuestas masivas.

Antes de su aplicación definitiva, este programa fue validado.

Se capacitó en su aplicación al equipo de transcripciones de Diagnosis.

Se realizó un doble proceso de transcripción. Al final se compararon ambas bases de datos con el programa SPSS y las diferencias fueron resueltas acudiendo a los cuestionarios en físico para asegurar la fiabilidad del proceso.

También con el SPSS se procedió a la validación y depuración de la base de datos, de modo que se llegue a un máximo de coherencia de los datos.

2.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se procedió al análisis estadístico de la información con el SPSS, aplicando técnicas estadísticas de análisis bi y multivariable, según los objetivos de la investigación y según el contenido del informe final requerido por el OBSCD en los términos de referencia.

También se aplicaron técnicas de estadística inferencial con el cálculo de factores de expansión y errores muestrales para los principales indicadores de la encuesta referidos a los niveles de prevalencia en el consumo, según cada sustancia de drogas lícitas o ilícitas.

3. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS

3.1. INTRODUCCIÓN

Una vez descrita la metodología del “III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018”, se procederá a la presentación de los resultados de la encuesta aplicada a 10.159 personas de 12 a 65 años de edad en las ciudades capitales de departamento y El Alto.

En el presente capítulo se analiza la prevalencia y las características del consumo de “drogas lícitas”. Dentro de las drogas lícitas analizadas en este estudio se encuentran:

- Alcohol
- Tabaco
- Tranquilizantes
- Estimulantes

Para cada una de estas drogas, se presentarán los resultados de acuerdo a los siguientes temas:

- Prevalencia de consumo
- Edad de inicio en el consumo
- Incidencia de nuevos consumidores
- Frecuencia
- Consumo en el entorno
- Abuso y/o dependencia

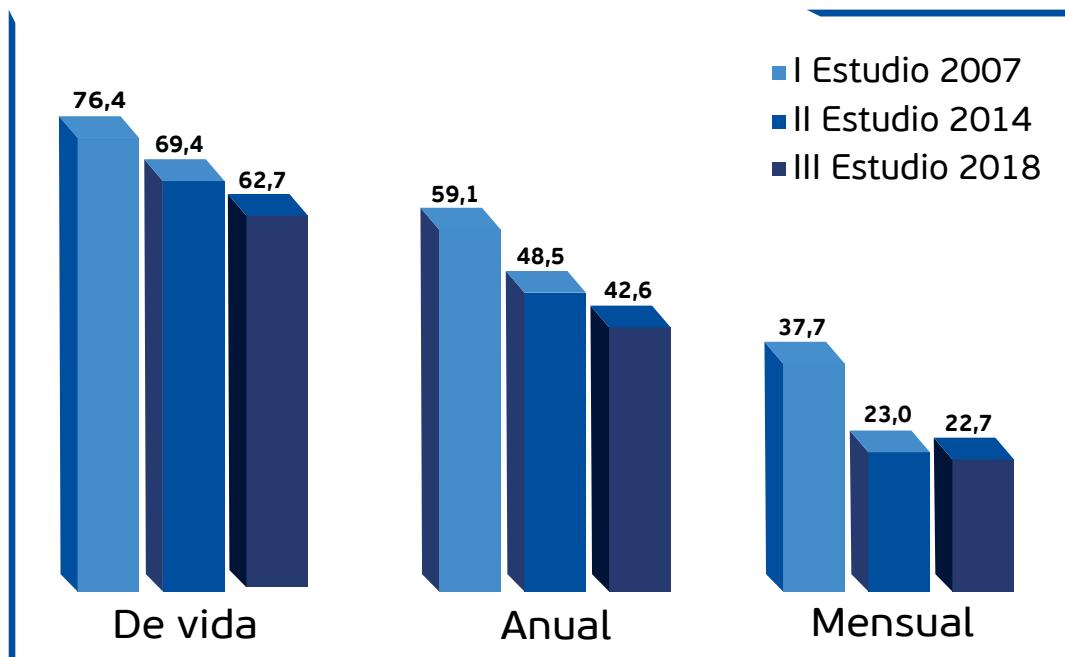
Para cada droga se presentan datos globales y datos desagregados por variables de interés: sexo, edad, estrato social y ciudad. El análisis de la prevalencia (de vida, anual y mensual) se realizará de manera diacrónica, en comparación con datos de los primeros dos estudios (de 2007 y 2014). En los temas siguientes se analizarán los datos de 2018, de manera sincrónica.

3.2. CONSUMO DE ALCOHOL

A continuación, se presentan los datos de prevalencia y características del consumo del alcohol.

3.2.1. Prevalencia de consumo de alcohol de vida, anual y mensual

Gráfico 4. Prevalencia de consumo de vida, anual y mensual del consumo de alcohol 2007, 2014 y 2018. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 4, se observa la prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de alcohol, en los años 2007, 2014 y 2018. Se identifica un claro descenso en la prevalencia del consumo de alcohol entre cada corte temporal. El descenso más importante se percibe entre el 2007 y 2014, por el rango temporal más amplio (8 años) respecto al 2014 y 2018 (4 años).

Entre el 2014 y 2018 continúa la tendencia de disminución en dos de los tres niveles de prevalencia:

de vida y anual. En ambos casos, la disminución de la prevalencia es cerca al 7%.

En el caso de la prevalencia mensual, la tendencia de disminución se queda estancada. Del 2014 a 2018, la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes casi no ha reducido.

En el 2018, la diferencia entre los tres niveles de prevalencia es similar, cerca de 20% de diferencia.

Cuadro 5. Prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de alcohol, por variables sociodemográficas 2018. (En porcentaje)

		De vida	Anual	
Total		62,7	42,6	22,7
Sexo				
	Hombres	66,8	49,5	31,0
	Mujeres	59,1	36,6	15,5
Edad				
	12 - 15	12,1	8,0	4,1
	16 - 18	35,8	23,3	11,1
	19 - 24	66,9	46,9	26,6
	25 - 30	76,1	55,3	33,2
	31 - 40	76,0	59,1	26,1
	41 - 50	72,2	46,3	26,6
	51 y más	63,3	31,9	18,1
Estrato social				
	Medio alto	83,6	67,5	46,7
	Medio típico	72,4	51,8	29,5
	Medio bajo	71,4	49,7	25,5
	Bajo	51,3	32,3	14,9
	Pobreza	48,9t	28,0	17,4

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Se observa que quienes consumen más alcohol son: hombres, mayores de 20 años, de los estratos altos (Cuadro 5). En general, los hombres tienen un mayor nivel de consumo de alcohol que las mujeres. Analizar la prevalencia mensual nos permite acercarnos al consumo típico de alcohol, y en este caso, el porcentaje de hombres que han consumido alcohol en el último mes (30%) es el doble que el porcentaje de mujeres (16%).

En el caso de la edad, se evidencia que quienes más consumen alcohol son las personas mayores de 20

años. En el caso de la prevalencia mensual, podemos ver que quienes más consumen alcohol son las personas mayores de 25 años. Como se verá más adelante, la edad promedio para el inicio del consumo de gran parte de las drogas lícitas e ilícitas es entre los 19 y 20 años. Esto parece asociarse a un proceso de independencia del hogar paterno y a la reafirmación de la vida adulta, junto con la percepción de mayores recursos económicos gracias al ingreso inicial al mercado laboral.

**Cuadro 6. Prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de alcohol, por ciudad 2018.
(En porcentaje)**

	De vida	Anual	Mensual
La Paz	68,2	43,8	22,0
El Alto	59,1	34,7	19,0
Cochabamba	57,4	38,9	24,5
Santa Cruz	61,7	42,9	24,5
Oruro	58,5	50,0	13,4
Potosí	70,4	42,0	23,4
Sucre	70,3	53,9	34,7
Tarija	79,2	59,1	32,0
Trinidad	65,9	41,6	29,6
Cobija	60,4	37,8	27,2

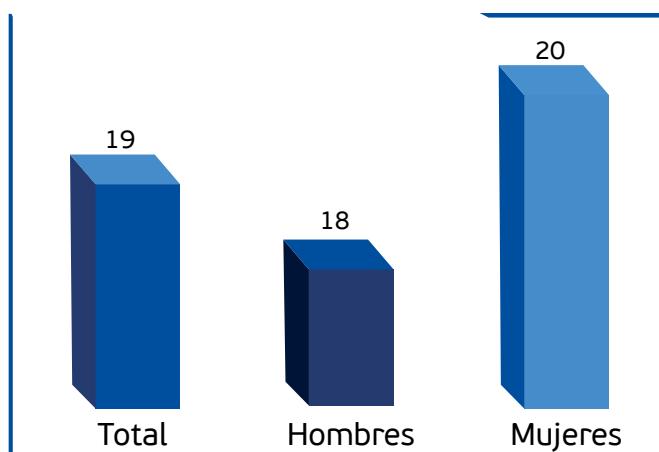
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como se puede ver en el Cuadro 6, las ciudades con mayor prevalencia son: Tarija, Sucre y Trinidad. La ciudad de Tarija presenta los niveles más altos de consumo en las tres prevalencias. En el consumo mensual, el nivel de las tres ciudades ronda el 31%, muy por encima del resto de las ciudades del país.

Las ciudades de El Alto y La Paz, junto con la ciudad de Cobija, presentan los niveles de prevalencia mensual más bajos, con porcentajes menores al 22%. En general, las ciudades del altiplano tienen menor nivel de consumo mensual de alcohol respecto a los valles.

3.2.2. Edad de inicio en el consumo de alcohol

Gráfico 5. Edad de inicio del consumo de alcohol. (En años)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En Bolivia, la edad de inicio del consumo de alcohol es a los 19 años. Como se puede ver en el Gráfico 5, los hombres tienden a iniciar el consumo de alcohol un poco antes que las mujeres. Sin embargo, la

diferencia de edad no es significativa, ya que se trata del mismo segmento social: personas jóvenes que se independizan del hogar paterno y que empiezan a percibir ingresos por la entrada al mercado laboral.

Cuadro 7. Edad de inicio de consumo de alcohol, por variables sociodemográficas. (En años)

		Promedio de años
Total		19,3
Sexo		
	Hombres	18,4
	Mujeres	20,3
Estrato social		
	Medio alto	18,8
	Medio típico	19,3
	Medio Bajo	19,2
	Bajo	19,5
	Pobreza	20,0

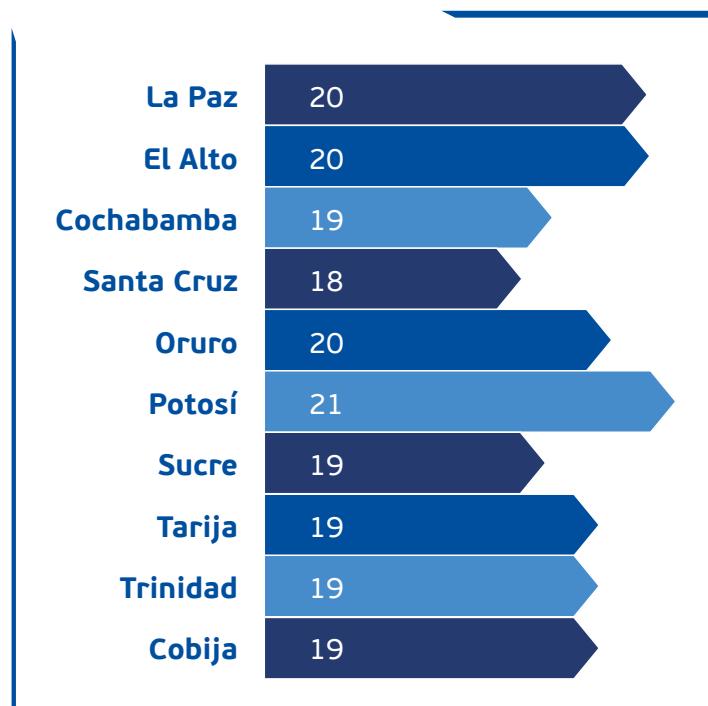
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Las diferencias por estrato social no son significativas (Cuadro 7) excepto en los extremos del estrato. Se puede ver que los de las clases más altas empiezan el consumo de alcohol dos años antes que en las clases bajas. Las personas de estratos intermedios inician su consumo en la edad promedio nacional (19 años).

Como se verá más adelante, en todas las drogas lícitas se sigue un mismo patrón: las personas de los estratos altos tienden a iniciar su consumo un poco antes que las personas de los estratos bajos. Esto reafirma que el consumo de drogas lícitas, en este caso el alcohol, está ligado a mayores ingresos.

Al analizar la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas por ciudad, se puede ver que las ciudades de los valles inician su consumo antes que las ciudades del altiplano (Gráfico 6). En particular, en Sucre y Santa Cruz es donde el inicio del consumo de alcohol se adelanta a los 18 años de edad. Por otro lado, la ciudad de Potosí es donde el inicio del consumo de alcohol se retrasa más: la edad de inicio promedio son los 21 años. A esta le siguen La Paz y El Alto, con una edad promedio de 20 años.

Gráfico 6. Edad de inicio del consumo de alcohol, por ciudad. (En años)

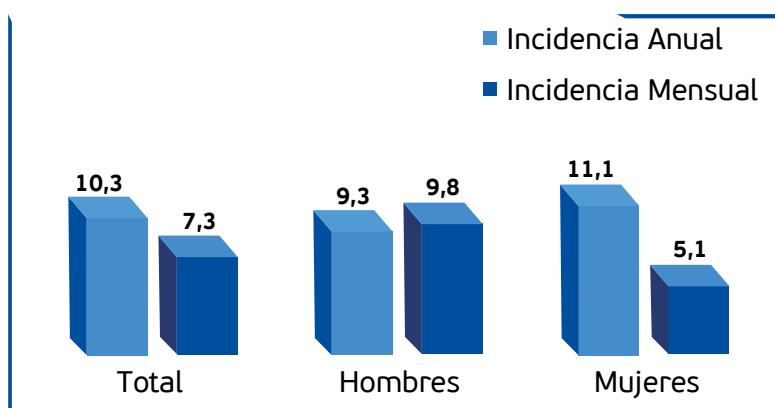


Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como se verá más adelante, las ciudades de los valles tienden a iniciar el consumo de drogas a una edad más temprana que el resto del país, con algunas excepciones.

3.2.3. Incidencia de nuevos consumidores de alcohol

Gráfico 7. Incidencia de nuevos consumidores, anual y mensual. (En porcentaje)

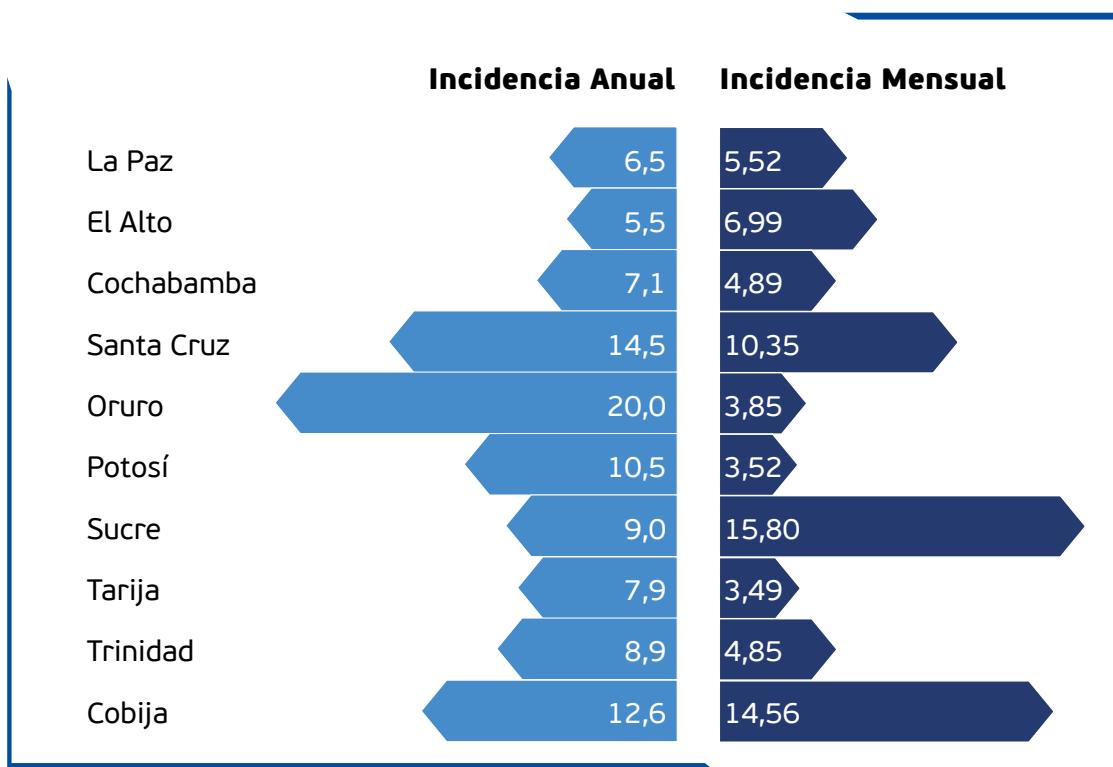


Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Se entiende por incidencia el porcentaje de nuevos consumidores en un momento respecto del total de la muestra. En este estudio se analizan dos tipos de incidencia de nuevos consumidores: a) Incidencia anual (nuevos casos en los últimos doce meses y b) Incidencia mensual (nuevos casos en los últimos 30 días).

En Bolivia, la incidencia anual de nuevos consumidores es del 10% (Gráfico 7). Es decir que, por cada 100 personas mayores de 12 años, 10 empiezan a consumir alcohol cada año. La incidencia mensual es similar: 7 personas inician su consumo cada mes por cada cien mayores de 12 años.

**Gráfico 8. Incidencia de consumo de alcohol, anual y mensual, por ciudad.
(En porcentaje)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Al analizar la incidencia de nuevos consumidores por ciudad, se observa que Santa Cruz, Oruro y Cobija tienen los más altos niveles de incidencia anual y mensual (Gráfico 8). Por otro lado, las ciudades del altiplano tienen niveles de incidencia menores al promedio nacional.

Cabe resaltar que en las ciudades de Sucre y de Cobija el promedio de nuevos consumidores al mes es superior al promedio anual por casi 7 puntos porcentuales. Junto con Cobija, son los espacios en los que la incidencia mensual supera la incidencia anual. Esto muestra que las ciudades de Sucre y Cobija son un espacio importante para tomar en cuenta, por sus indicadores elevados de consumo de alcohol.

**Cuadro 8. Incidencia de nuevos consumidores de alcohol, por variable sociodemográfica.
(En porcentaje)**

		Incidencia Anual	Incidencia Mesual
Total		10,3	7,3
Edad			
	12 - 15	4,3	2,5
	16 - 18	11,1	5,0
	19 - 24	12,5	10,3
	25 - 30	9,8	10,0
	31 - 40	16,4	7,9
	41 - 50	7,5	7,5
	51 y más	5,6	4,9
Estrato social			
	Medio alto	9,8	11,0
	Medio típico	11,6	10,2
	Medio bajo	13,5	7,7
	Bajo	8,1	5,3
	Pobreza	6,3	6,6

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Existe un mayor porcentaje de nuevos consumidores por año entre las personas de 31 a 40 años (Cuadro 8). En el caso de la prevalencia mensual, los nuevos consumidores se encuentran entre los 19 y 30 años, es decir la población económicamente activa más importante.

Además, los nuevos consumidores se concentran en las clases más altas. Cabe resaltar que el porcentaje de nuevos consumidores del estrato bajo es menor que el porcentaje de los que viven en pobreza.

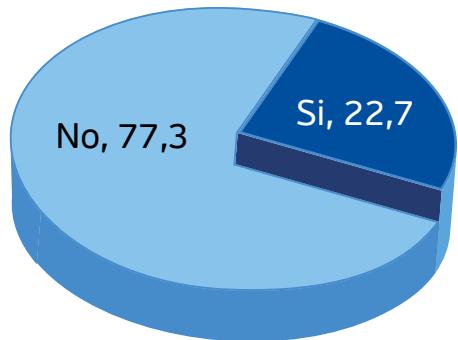
3.2.4. Frecuencia del consumo de alcohol

Uno de los indicadores más importantes del consumo de drogas es la frecuencia en la que estas son consumidas. En el caso del alcohol, se analizará el comportamiento de aquellas personas

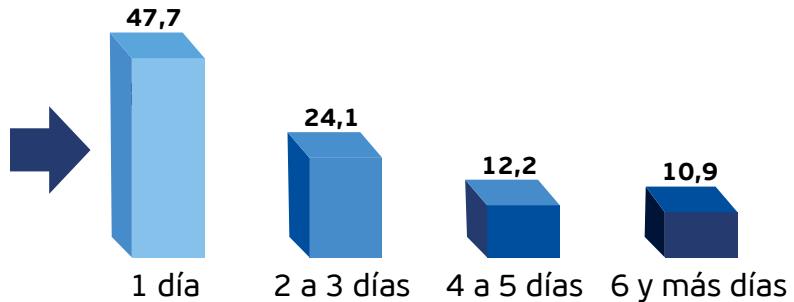
que han consumido alcohol en los últimos 30 días. Esto nos permitirá analizar con mayor precisión el comportamiento actual de los consumidores de alcohol, en este caso, la frecuencia de su consumo.

Gráfico 9. Frecuencia de consumo de alcohol. (En porcentaje)

¿Consumió alcohol los últimos 30 días?



¿Cuántos días consumió algún tipo de bebida alcohólica durante los últimos 30 días?



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 9, se observa que el 23% de la población ha consumido alcohol en el último mes. De estos, más del 20% indican que han consumido alcohol 4 o 5 días;

e incluso 6 días o más. Como veremos más adelante, este es un importante indicador para identificar el abuso del alcohol en la sociedad.

Cuadro 9. Frecuencia de consumo de alcohol, por tipo de bebida. (En porcentaje)

	A diario	Fines de semana	Algunos días entre semana	No consumió
Cerveza	2,71	58,49	20,67	18,14
Vino	0,94	22,74	12,87	63,45
Fernet	0,23	17,58	4,31	77,77
Chicha / Guarapo	0,30	13,96	8,58	77,16
Otras bebidas	1,27	31,24	11,99	55,50

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018

Se puede ver que la mayor parte de las personas consume cerveza por encima de otras bebidas alcohólicas (Cuadro 9). Esta es la bebida preferida para el consumo diario, semanal y en los fines de semana.

Se observa que el vino es la segunda bebida alcohólica más consumida, pero con la mitad de importancia que la cerveza. El Fernet y la Chicha son las bebidas menos consumidas por la población boliviana.

3.2.5. Consumo de alcohol en el entorno

Uno de los factores más importantes del consumo de alcohol, y de las drogas en general, es el consumo en el entorno. Esto nos permite identificar los segmentos

que tienen mayor riesgo de normalizar el consumo de alcohol.

**Cuadro 10. Consumo diario de alcohol de algún familiar, por variables sociodemográficas.
(En porcentaje)**

		Si	No
		12,9	85,7
Total			
Sexo	Hombres	13,3	85,1
	Mujeres	12,6	86,3
Edad	12 - 15	17,9	81,5
	16 - 18	15,1	82,9
	19 - 24	15,2	83,7
	25 - 30	16,3	82,1
	31 - 40	11,1	87,0
	41 - 50	9,4	90,1
	51 y más	8,5	90,0
Estrato social			
	Medio alto	16,4	82,2
	Medio típico	13,8	84,6
	Medio bajo	12,5	86,5
	Bajo	12,1	86,5
	Pobreza	13,7	84,5

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Al analizar el consumo diario de alcohol en el entorno familiar por variable sociodemográfica (Cuadro 10), se observa que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Quienes están más expuestos al consumo de alcohol diario en el entorno familiar son: menores de 30 años,

y de los extremos de la escala de estrato social. Podría considerarse que estos segmentos tienen un “mayor riesgo” por su exposición frecuente al consumo de alcohol. Nótese que este nivel de riesgo es el mismo en los estratos medio alto y de pobreza. Los niveles intermedios presentan una exposición menor.

**Cuadro 11. Consumo diario de alcohol de algún familiar, por ciudad.
(En porcentaje)**

	Sí	No
La Paz	10,0	87,7
El Alto	9,3	90,1
Cochabamba	6,5	92,1
Santa Cruz	24,7	73,7
Oruro	5,3	94,4
Potosí	7,9	88,7
Sucre	14,8	84,1
Tarija	8,0	91,7
Trinidad	15,8	80,7
Cobija	13,9	81,9

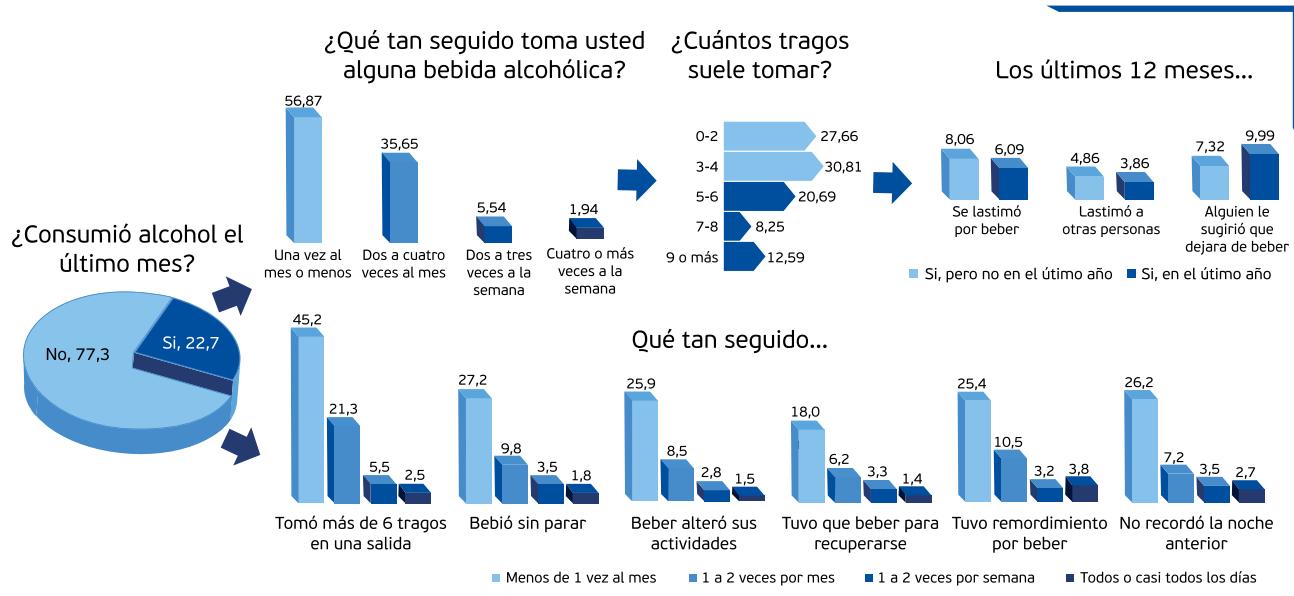
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La ciudad con mayor exposición al consumo diario de alcohol en el entorno familiar es la ciudad de Santa Cruz, con casi un 25% (Cuadro 11). Esto muestra que

existe un consumo social de alcohol más extendido que en el resto del país. A esta ciudad le siguen Sucre y Trinidad.

3.2.6. Indicadores de abuso

**Gráfico 10. Indicadores de abuso del consumo de alcohol.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

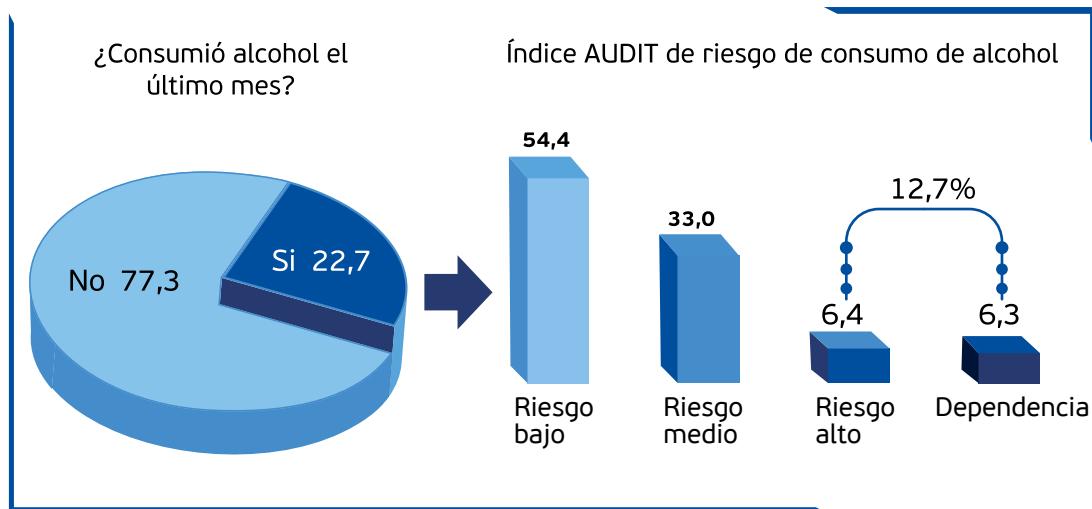
Como se puede ver en el Gráfico 10, entre el 20% y el 40% de las personas que consumieron alcohol en el último mes presentaron índices altos de consumo frecuente y signos preocupantes del consumo de alcohol. Estos indicadores nos muestran signos de abuso del alcohol entre la población:

- El 43% consume de entre dos a cuatro veces al mes, a cuatro veces o más por semana.
- El 42% consume 5 o más tragos en una salida típica de consumo de alcohol.
- Alrededor del 20% presenta signos preocupantes relacionados con el consumo de alcohol más

de una vez por semana, como ser: beber sin parar, tener que beber para recuperarse de una borrachera, no recordar la noche anterior, entre otros.

Estos indicadores nos permiten identificar el índice AUDIT³ de riesgo de consumo de alcohol. Esta prueba tiene el propósito de identificar el consumo peligroso y dañino del alcohol; la prueba, incluida en el cuestionario, fue aplicada a quienes consumieron alcohol en los últimos 30 días. El AUDIT permite identificar cuatro índices de riesgo en el consumo de alcohol: a) Riesgo bajo, b) Riesgo medio, c) Riego Alto, y 4) Dependencia.

**Gráfico 11. Índice AUDIT de riesgo de abuso de consumo de alcohol.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 11, podemos ver que de aquellos que han consumido alcohol en el último mes el 13% presentan índices de riesgo de abuso alto y de dependencia.

El porcentaje de dependencia es similar al porcentaje de riesgo de abuso alto.

³ Prueba de identificación de desórdenes de consumidores de alcohol AUDIT (Alcohol User Disorders Identification Test, por sus siglas en inglés).

**Cuadro 12. Índice AUDIT de riesgo de abuso de consumo de alcohol, por
variable sociodemográfica. (En porcentaje)**

	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Dependencia
Total	54,4	33,0	6,4	6,3
Sexo				
Hombres	47,3	36,9	7,7	8,1
Mujeres	66,8	26,1	4,0	3,1
Edad				
12 - 15	82,3	17,7	0,0	0,0
16 - 18	60,7	21,9	8,7	8,7
19 - 24	43,6	44,5	6,9	5,0
25 - 30	50,6	33,9	9,6	5,9
31 - 40	56,8	30,6	5,1	7,5
41 - 50	59,3	29,8	3,3	7,6
51 y más	61,4	27,4	5,9	5,2
Estrato social				
Medio alto	62,6	30,3	3,5	3,7
Medio típico	56,0	34,2	4,7	5,2
Medio bajo	47,1	37,9	8,9	6,1
Bajo	59,2	28,1	6,0	6,7
Pobreza	52,4	27,2	6,4	14,1

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Al analizar el índice AUDIT por las variables sociodemográficas (Cuadro 12), se observa que las mujeres presentan un riesgo bajo de abuso, mientras que los hombres presentan niveles de riesgo más altos.

Las personas entre 16 a 18 años, y entre 25 a 30 años, presentan niveles de riesgo alto, superiores a los demás rangos de edad. El nivel de dependencia más alto se encuentra entre los jóvenes de 16 a 18 años.

Además, las personas de los estratos medio bajo a pobreza resaltan en el nivel de alto riesgo de abuso. Sin embargo, las personas con mayores niveles de dependencia se concentran en el nivel de pobreza.

En resumen, podemos decir que las personas con mayor riesgo de abuso de alcohol son: hombres de 16 a 24 años, de los estratos medio bajo y bajo. El nivel de dependencia se concentra en hombres jóvenes de 16 a 18 años, que viven en situación de pobreza.

**Cuadro 13. Índice AUDIT de riesgo de abuso de consumo de alcohol, por ciudad.
(En porcentaje)**

	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Dependencia
La Paz	55,0	36,6	5,1	3,2
El Alto	46,3	44,9	2,3	6,5
Cochabamba	62,1	30,1	6,3	1,6
Santa Cruz	55,9	26,0	6,9	11,1
Oruro	60,0	32,0	4,2	3,8
Potosí	49,8	38,5	9,0	2,7
Sucre	49,1	33,6	13,2	4,1
Tarija	64,7	28,2	5,3	1,8
Trinidad	35,3	23,4	14,5	26,9
Cobija	66,8	21,0	10,9	1,3

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

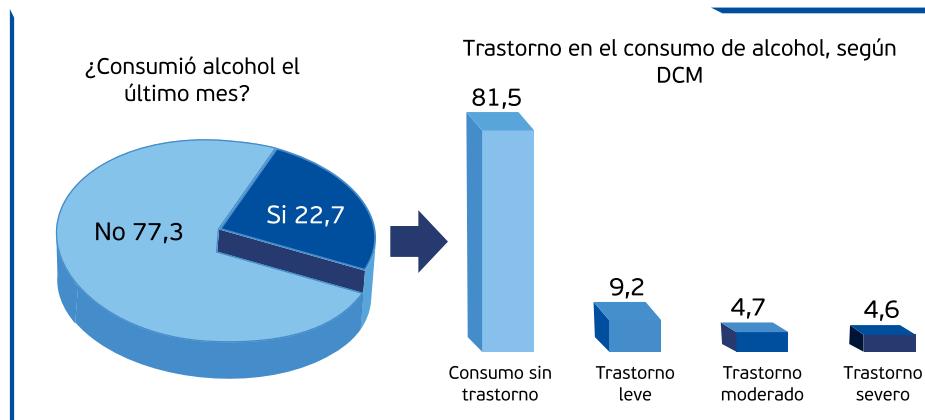
Las ciudades con un nivel de bajo riesgo de alcohol son: La Paz, El Alto y Cobija (Cuadro 13). La ciudad con mayor nivel de alto riesgo es la ciudad de Trinidad, seguida por la ciudad de Sucre. Trinidad presenta el

nivel de dependencia más alto respecto a las otras ciudades y, junto con Santa Cruz, presentan niveles superiores al porcentaje general.

3.2.7. Dependencia (DCM V)

Otro indicador importante es el de Nivel de Trastorno de Dependencia en el consumo de alcohol, medido a través del DCM V.

**Gráfico 12. Nivel de trastorno en el consumo de alcohol, según DCM V.
(En porcentaje)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 12, podemos ver que de aquellos que consumieron alcohol los últimos 30 días casi el 20% de los consumidores usuales presentan algún nivel de trastorno en el consumo de alcohol.

**Cuadro 14. Nivel de trastorno de consumo de alcohol, por variables sociodemográficas.
(En porcentajes)**

		Consumo sin trastorno	Trastorno Leve	Trastorno Medio	Trastorno Alto
Total		81,5	9,2	4,7	4,6
Sexo					
	Hombres	75,5	11,4	6,3	6,8
	Mujeres	88,5	6,7	2,8	2,0
Edad					
	12 - 15	83,5	13,0	0,0	3,5
	16 - 18	83,7	7,4	3,2	5,7
	19 - 24	76,6	11,9	6,4	5,1
	25 - 30	75,4	12,4	7,7	4,5
	31 - 40	85,3	7,0	3,5	4,2
	41 - 50	84,2	8,0	2,9	4,9
	51 y más	85,7	6,8	3,4	4,2
Estrato social					
	Medio alto	81,6	8,7	5,8	3,8
	Medio típico	80,3	11,7	4,3	3,7
	Medio bajo	79,0	10,2	5,9	5,0
	Bajo	86,3	6,4	3,0	4,3
	Pobreza	77,2	9,3	5,4	8,1

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Las personas con niveles de trastorno moderado en el consumo de alcohol son: hombres de 19 a 30 años, de los estratos medio alto, medio bajo y/o que viven en pobreza (Cuadro 14). Aquellos con un nivel de trastorno severo son similares al anterior, excepto que abarcan mayores rangos de edad: de 16 a 24 años y de 41 a 50.

En el Cuadro 15, podemos ver que las ciudades con algún nivel de trastorno del consumo de alcohol son: Trinidad y Sucre. En los niveles de trastorno moderado y severo se añade la ciudad de Santa Cruz a las anteriores.

Las ciudades con niveles de consumo sin trastorno son: La Paz, Oruro y en menor intensidad, Tarija.

**Cuadro 15. Nivel de trastorno de consumo de alcohol, por ciudad.
(En porcentajes)**

	Consumo sin trastorno	Trastorno Leve	Trastorno Medio	Trastorno Alto
La Paz	86,8	8,8	1,9	2,5
El Alto	81,2	10,7	4,6	3,5
Cochabamba	80,6	12,0	4,3	3,2
Santa Cruz	79,0	6,7	6,7	7,6
Oruro	93,3	4,2	2,0	0,5
Potosí	75,0	12,1	1,9	10,9
Sucre	69,4	14,8	10,6	5,1
Tarija	82,8	10,9	2,8	3,5
Trinidad	61,4	15,8	9,7	13,1
Cobija	79,0	12,4	1,9	6,6

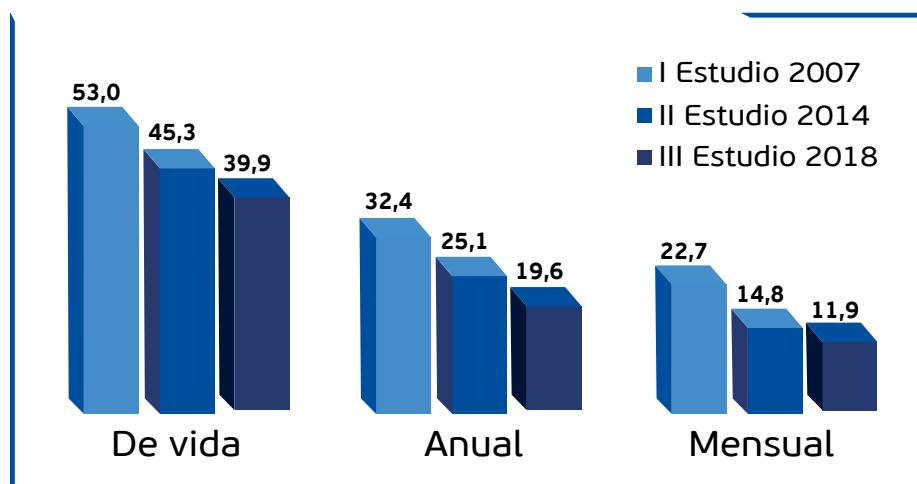
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

3.3. CONSUMO DE TABACO

A continuación, se presentan los datos de prevalencia y características del consumo del tabaco:

3.3.1. Prevalencia de consumo de tabaco de vida, de año, de mes

Gráfico 13. Prevalencia de consumo de vida, anual y mensual del consumo de tabaco 2007, 2014 y 2018. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 13, se observa la prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de tabaco en los años 2007, 2014 y 2018. Al igual que en el caso del alcohol, se identifica un claro descenso en la prevalencia de consumo de tabaco, principalmente entre 2007 y 2014. A diferencia del alcohol, entre el 2014 y el 2018 continúa la tendencia de disminución en todos los niveles de prevalencia, con un descenso de entre

3% en la prevalencia mensual, y 6% en la prevalencia de vida.

En el 2018, la diferencia entre la prevalencia de vida y la prevalencia anual es de casi 20%; mientras que la diferencia entre la prevalencia anual y la prevalencia mensual es del 8%.

Cuadro 16. Prevalencia de consumo de vida, anual y mensual del consumo de tabaco, por variables sociodemográficas. (En porcentaje)

		De vida	Anual	Mensual
Total		39,9	19,6	11,9
Sexo				
	Hombres	54,5	30,1	19,2
	Mujeres	27,1	10,4	5,5
Edad				
	12 - 15	7,2	3,9	1,1
	16 - 18	21,0	12,3	6,8
	19 - 24	44,2	26,5	14,2
	25 - 30	47,5	27,5	16,2
	31 - 40	39,4	19,9	13,0
	41 - 50	47,9	23,8	14,7
	51 y más	50,2	13,9	10,7
Estrato social				
	Medio alto	59,4	34,4	25,0
	Medio típico	48,7	27,0	15,9
	Medio bajo	44,0	23,0	12,7
	Bajo	28,4	13,0	8,3
	Pobreza	45,0	11,8	8,0

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el 2018, la prevalencia de consumo de tabaco es similar a la del alcohol. Quienes más consumen tabaco son: hombres mayores de 19 años, de los extremos del espectro social (medio alto y pobreza) (Cuadro 16).

En todos los casos (prevalencia de vida, anual y mensual), los varones tienen un consumo de tabaco mayor que el de las mujeres. A diferencia del alcohol,

estas diferencias sí son significativas, con diferencias de entre 15 y 20 puntos porcentuales. Otra diferencia radica en el estrato social. Si bien en el caso del alcohol sobresalían los estratos más altos, en el caso del tabaco se hace presente el nivel de pobreza, en el caso de la prevalencia de vida.

**Cuadro 17. Prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de tabaco, por ciudad.
(En porcentaje)**

	De vida	Anual	Mensual
La Paz	47,8	21,2	13,7
El Alto	37,3	16,9	8,8
Cochabamba	35,8	18,5	11,9
Santa Cruz	34,8	18,4	9,5
Oruro	38,5	13,2	9,0
Potosí	51,2	26,9	15,9
Sucre	51,8	38,3	29,4
Tarija	46,5	20,3	14,0
Trinidad	39,0	19,5	14,6
Cobija	40,6	22,1	14,6

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Al analizar la prevalencia del tabaco por ciudad (Cuadro 17), se observa que la ciudad de Sucre tiene los porcentajes más altos en los tres niveles de prevalencia. Potosí le sigue en la prevalencia de vida y anual.

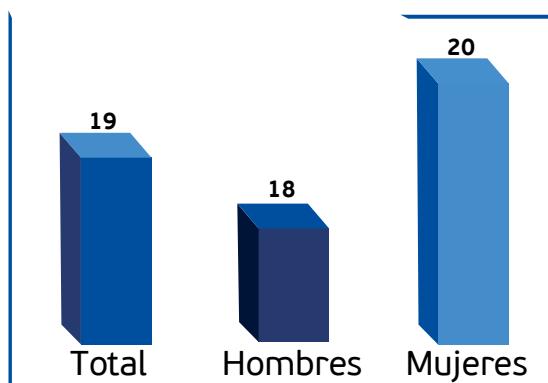
A diferencia del alcohol, en la prevalencia mensual del tabaco aparece Cobija y una ciudad del altiplano. Sin embargo, en ambos casos sí tiene altos índices en ciudades del valle, como Sucre y Trinidad.

En el caso de Oruro, se presume que el alto nivel de prevalencia mensual se debe al trabajo asociado a la minería que se realiza en esta ciudad. Sin embargo, se necesitaría de un análisis específico en este caso en particular.

Las ciudades con un nivel de prevalencia mensual menor son El Alto y Santa Cruz, con niveles menores que la prevalencia mensual general. El nivel de prevalencia mensual de tabaco se asemeja al de la prevalencia mensual del alcohol en ambas ciudades.

3.3.2. Edad de inicio en el consumo de tabaco

Gráfico 14. Edad de inicio de consumo de tabaco. (En años)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La edad de inicio en el consumo de tabaco es la misma que del alcohol: 19 años (Gráfico 14). De nuevo, los hombres inician su consumo antes que las mujeres, aunque esta diferencia no sea significativa.

Cuadro 18. Edad de inicio del consumo de tabaco, por variables sociodemográficas.
(En porcentajes)

		Promedio de años
Total		19,2
Sexo		
	Hombres	18,4
	Mujeres	20,5
Estrato social		
	Medio alto	18,6
	Medio típico	19,1
	Medio Bajo	18,9
	Bajo	19,6
	Pobreza	19,6

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el caso del tabaco, la edad de inicio del consumo no varía fuertemente según los estratos sociales (Cuadro 18). Nuevamente se sigue la tendencia establecida por

el alcohol, en el que el estrato medio alto adelanta la edad de inicio en el consumo de tabaco a los 18 años, y el nivel de pobreza lo retrasa hasta casi los 20 años.

Gráfico 15. Edad de inicio de consumo de tabaco, por ciudad. (En años)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 15, se observa que la edad de inicio en el consumo de tabaco se adelanta significativamente en Sucre, en Cochabamba y Santa Cruz, al igual que en el caso del alcohol.

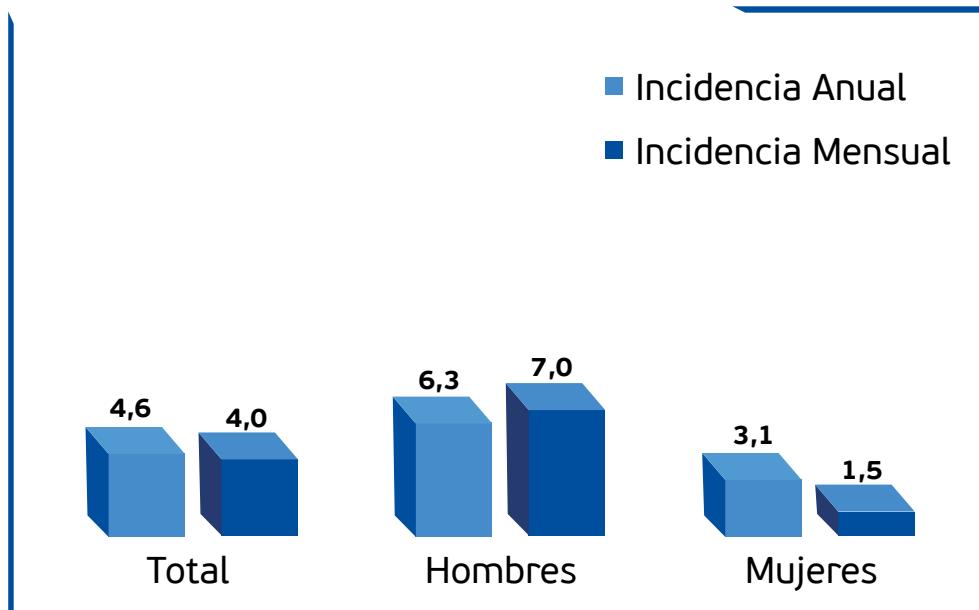
Nuevamente, las ciudades del altiplano destacan por retrasar el inicio en el consumo de tabaco (y alcohol) por encima de los 20 años. Vuelve a resaltar la ciudad de Potosí, junto con El Alto, con el mayor retraso en la edad de inicio en el consumo de tabaco,

promediando los 20 años, igual que en el caso del consumo de alcohol.

Esto refuerza la idea de que el consumo de tabaco y el consumo del alcohol están íntimamente ligados. El consumo de tabaco y de alcohol se realiza conjuntamente en espacios de consumo social. Aquellos espacios con mayor normalización de consumo de alcohol (Sucre, Santa Cruz), también normalizan el consumo social del tabaco.

3.3.3. Incidencia de nuevos consumidores de tabaco

**Gráfico 16. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de tabaco.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La incidencia de nuevos consumidores de tabaco es un poco menor a la de nuevos consumidores de alcohol. En este caso, existe casi un 5% de nuevos consumidores de tabaco cada año y un 4% cada mes (Gráfico 16).

Estos niveles de nuevos consumidores parecen indicar que hay mayores facilidades para el consumo de bebidas alcohólicas que para el consumo de tabaco.

Nuevamente, los hombres tienen un nivel de incidencia mayor que las mujeres. En el caso de los hombres, su incidencia mensual (7%) es mayor que la anual (6%). Por

el contrario, en el caso de las mujeres la incidencia anual (3%) es casi el doble de la incidencia mensual (1,5%).

La distribución de los nuevos consumidores de tabaco es muy similar al del alcohol, aunque en menores porcentajes.

Los nuevos consumidores de tabaco, al igual que en el alcohol son: hombres entre 19 y 30 años, de los estratos medio y medio altos de la sociedad (Cuadro 19). En el caso del consumo de tabaco, la incidencia mensual más alta se encuentra en el rango de 19 a 24 años; y aparece el estrato medio bajo con un importante nivel de nuevos consumidores mensuales.

Cuadro 19. Incidencia de nuevos consumidores de tabaco, por variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		Incidencia Anual	Incidencia Mesual
Total		4,6	4,0
Edad			
	12 - 15	2,3	0,5
	16 - 18	6,2	2,9
	19 - 24	6,5	6,0
	25 - 30	7,3	4,9
	31 - 40	4,4	4,3
	41 - 50	3,5	4,1
	51 y más	1,7	3,2
Estrato social			
	Medio alto	4,7	6,4
	Medio típico	5,9	5,8
	Medio bajo	5,2	4,5
	Bajo	4,1	2,6
	Pobreza	2,1	3,7

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

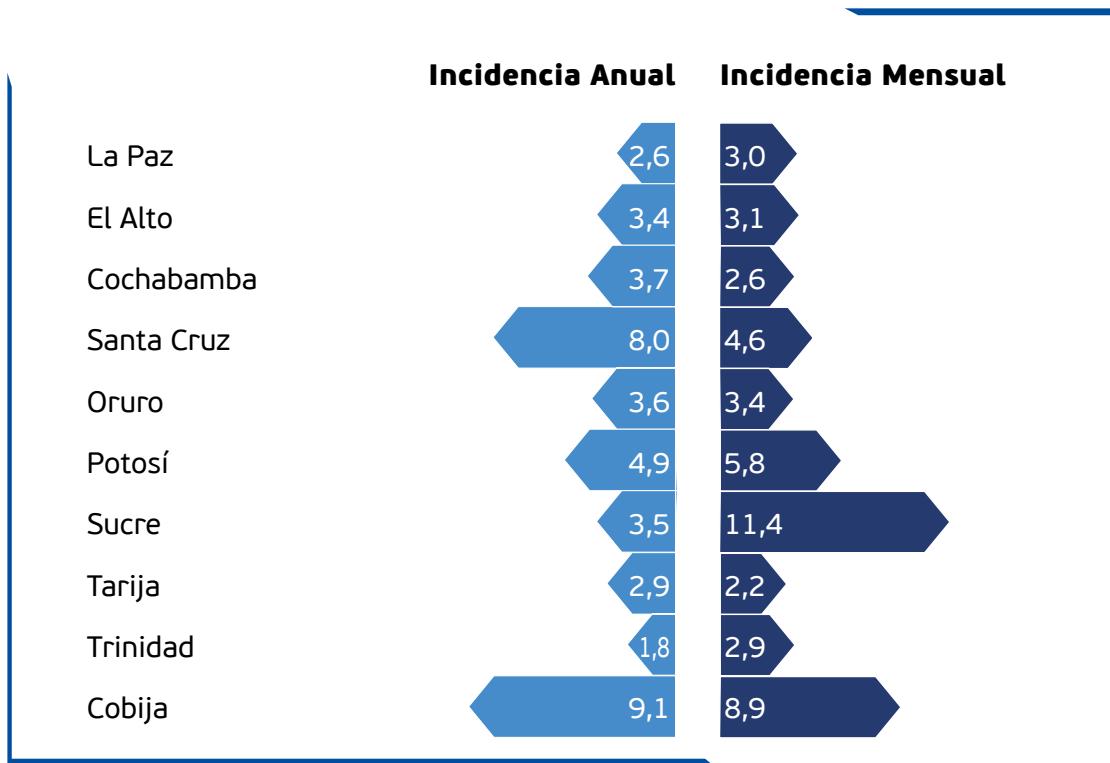
En el caso de nuevos consumidores por ciudad, podemos observar que el mayor nivel de nuevos consumidores anuales está en las ciudades de Cobija y Santa Cruz. En estas ciudades, la incidencia anual ronda entre los 8% y 9%.

En el caso de la incidencia mensual, los nuevos consumidores destacan fuertemente en la ciudad de Sucre, donde los nuevos consumidores mensuales (11,7%), superan a los nuevos consumidores anuales (4%), con casi 7 puntos porcentuales de diferencia. Esta situación es muy parecida al de la incidencia mensual del alcohol.

Las ciudades con menor nivel de incidencia anual son: Trinidad, La Paz y Tarija, con menos del 3% de nuevos consumidores por año. En la incidencia mensual, nuevamente aparece Tarija con el porcentaje más bajo (2,2%) y Cochabamba (con 2,6%).

Cuatro de las diez ciudades que se analizan en el presente estudio tienen un mayor porcentaje de nuevos consumidores por mes, que su porcentaje de nuevos consumidores por año.

**Gráfico 17. Incidencia de nuevos consumidores de tabaco, por ciudad.
(En porcentajes)**



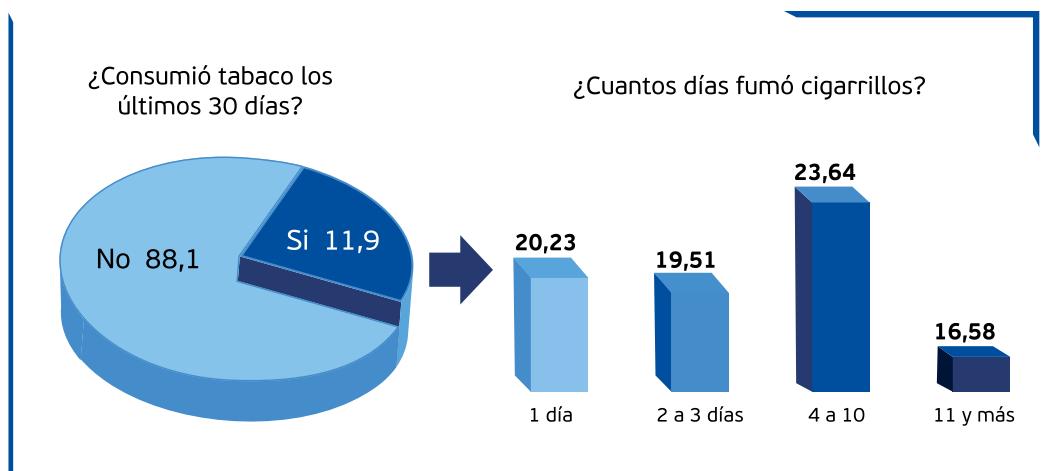
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

3.3.4. Frecuencia del consumo de tabaco

El nivel de frecuencia en el consumo de tabaco nos permite identificar signos de abuso de esta sustancia.



Gráfico 18. Frecuencia en el consumo de tabaco. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 18, se observa que de aquellos que consumieron tabaco en el último mes, el 40% fumó cigarrillos cuatro o más días al mes. De igual manera, más del 15% fumó cigarrillos más de once días al mes.

Cuadro 20. Frecuencia en el consumo de tabaco en el último mes, por variable sociodemográfica. (En porcentajes)

		1 día	2 a 3 días	4 a 10	11 y más
Total		20,2	19,5	23,6	16,6
Sexo					
	Hombres	18,4	21,0	26,4	15,6
	Mujeres	25,7	15,1	15,2	19,4
Edad					
	12 - 15	33,3	11,8	0,0	10,0
	16 - 18	26,9	18,0	26,5	11,8
	19 - 24	19,9	23,0	20,0	16,7
	25 - 30	22,2	15,5	30,8	12,7
	31 - 40	21,0	19,6	27,9	14,7
	41 - 50	16,4	19,0	23,1	20,9
	51 y más	17,9	21,8	12,8	22,2
Estrato social					
	Medio alto	7,4	24,8	40,5	13,5
	Medio típico	21,8	16,5	24,9	16,9
	Medio bajo	21,9	21,1	21,5	16,2
	Bajo	23,5	20,0	19,3	16,7
	Pobreza	18,6	8,4	12,8	23,6

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Cuadro 20, se observa que los hombres fuman cigarrillos de 4 a 10 días en mayor porcentaje que las mujeres. En el caso de fumar por más de 11 días al mes, el porcentaje es un poco mayor para las mujeres, pero con diferencias poco significativas.

Quienes consumen tabaco con mayor frecuencia (4 días o más) son en general: hombres entre 25 y

40 años, de los estratos medio y medio alto. Sin embargo, quienes fuman cigarrillo más de once días al mes son: mayores de 40 años, que viven en pobreza. Esta frecuencia indica ciertos niveles de abuso y dependencia del tabaco.

**Cuadro 21. Frecuencia en el consumo de tabaco el último mes, por ciudad.
(En porcentajes)**

	1 día	2 a 3 días	4 a 10	11 y más
La Paz	22,8	27,3	27,2	20,2
El Alto	36,9	32,3	9,8	15,7
Cochabamba	18,4	11,1	18,4	19,4
Santa Cruz	7,8	12,0	20,0	16,5
Oruro	25,7	18,2	17,2	11,5
Potosí	25,8	10,6	22,5	12,4
Sucre	18,1	20,0	41,6	12,7
Tarija	11,9	19,9	37,5	24,8
Trinidad	6,4	6,3	44,3	20,6
Cobija	12,1	24,7	25,8	13,9

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Cuadro 21, se observa que las ciudades con mayores niveles de consumo frecuente de tabaco son: Sucre, Tarija y Trinidad. La ciudad de Tarija cuenta con

el nivel más alto en el consumo de mayor frecuencia (11 días o más al mes), seguida de la ciudad de Trinidad.

3.3.5. Consumo en el entorno (familiares y amigos)

Se observa que las personas entre 19 y 30 años están más expuestos a un consumo diario de cigarrillos por parte de un familiar (Cuadro 22). Por otro lado, las personas de los estratos medio y miedo alto tienen mayor probabilidad de estar expuestos al consumo

diario de tabaco, por ende, en mayor riesgo. Resalta también el nivel de pobreza como un segmento con mayor exposición al consumo diario de tabaco en el hogar.

**Cuadro 22. Consumo diario de tabaco de algún familiar, por variables sociodemográficas.
(En porcentajes)**

		Sí	No
Total		15,3	83,4
Sexo			
	Hombres	16,7	81,8
	Mujeres	14,2	84,8
Edad			
	12 - 15	15,9	83,7
	16 - 18	17,1	80,8
	19 - 24	18,1	80,6
	25 - 30	19,2	79,2
	31 - 40	13,7	85,0
	41 - 50	12,9	86,5
	51 y más	11,8	86,8
Estrato social			
	Medio alto	21,1	78,4
	Medio típico	17,9	80,0
	Medio bajo	15,6	83,4
	Bajo	13,3	85,5
	Pobreza	14,5	84,1

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

**Cuadro 23. Consumo diario de tabaco de algún familiar, por ciudad.
(En porcentajes)**

	Sí	No
La Paz	13,2	85,0
El Alto	7,9	91,5
Cochabamba	9,0	90,5
Santa Cruz	30,4	68,0
Oruro	5,7	93,3
Potosí	10,9	85,9
Sucre	15,4	83,6
Tarija	9,8	89,6
Trinidad	26,5	70,3
Cobija	23,5	72,9

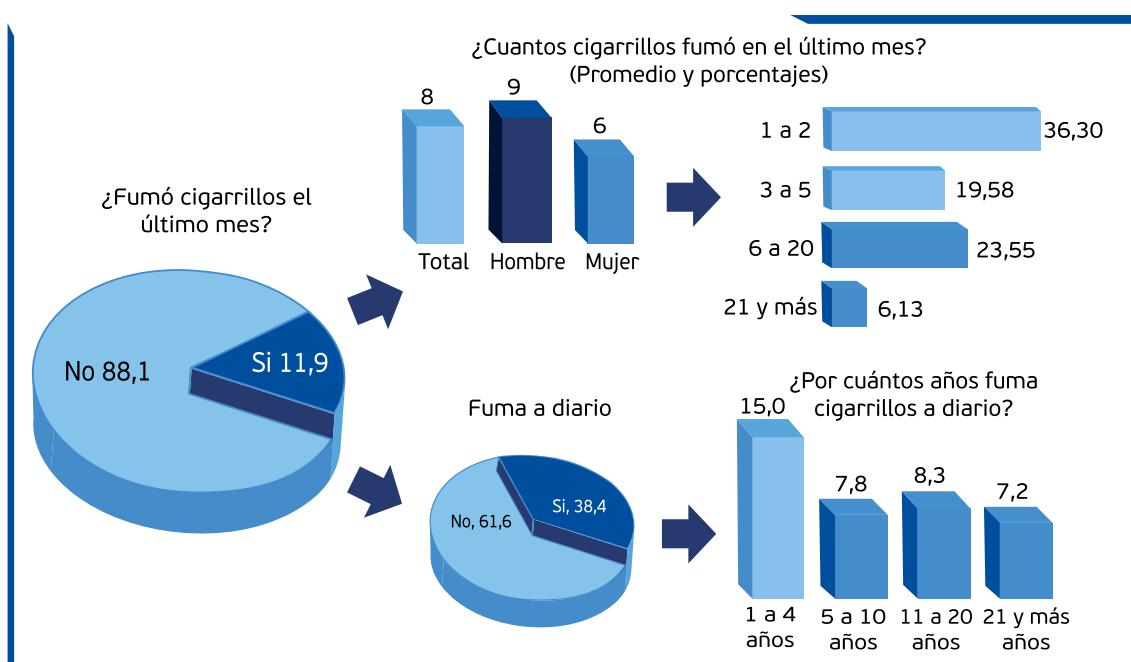
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018

En el Cuadro 23, se puede ver que las ciudades de Santa Cruz y Trinidad tienen mayores probabilidades de riesgo en el consumo diario de tabaco en el entorno familiar. Ambas ciudades presentan niveles superiores al 25% en el consumo diario de tabaco por

parte de algún familiar en el hogar. Al igual que en el caso del alcohol, estas ciudades presentan un mayor nivel de aceptación social del consumo de tabaco y lo normalizan dentro de los hogares.

3.3.6. Indicadores de abuso de tabaco

Gráfico 19. Indicadores de abuso de tabaco en el consumo del último mes.



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 19, se observa que de las personas que han fumado cigarrillos en el último mes, entre el 30% y 40% presentan signos de abuso en el consumo de tabaco:

- Casi el 30% fuma 6,20 o más cigarrillos al mes. En promedio, las personas fuman 9 cigarrillos al mes.

- Casi el 40% fuma a diario y casi el 25% ha fumado a diario por más de cinco años.

Esto nos permite ver que, a pesar de que los niveles de consumo de tabaco son menores que los del alcohol, los indicadores de abuso tienen niveles similares e incluso un poco mayores.

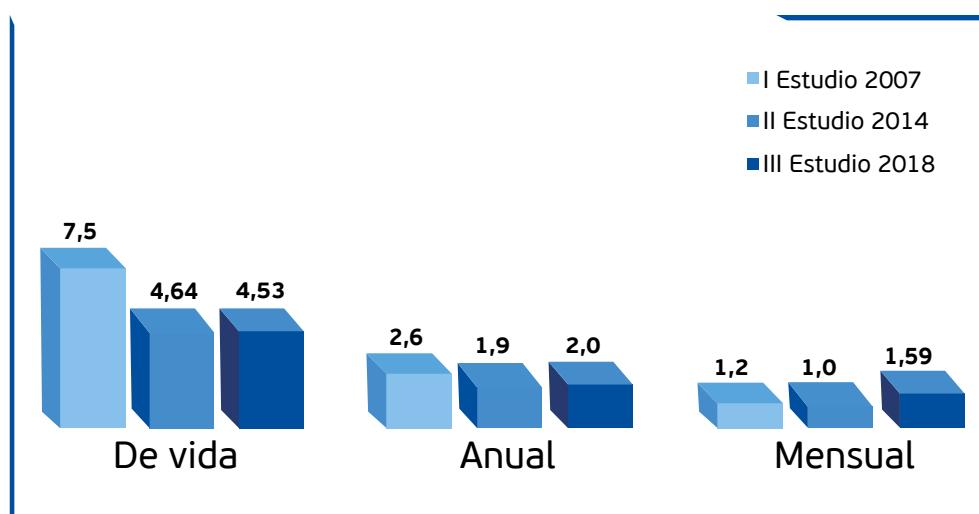
3.4. CONSUMO DE TRANQUILIZANTES

Una vez descritas las características del consumo de alcohol y tabaco, se presentan los datos sobre la prevalencia y el consumo de tranquilizantes y

estimulantes. Estas drogas lícitas cuentan con niveles de prevalencia menores que las del tabaco y el alcohol.

3.4.1. Prevalencia del consumo de tranquilizantes

Gráfico 20. Prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de tranquilizantes 2007, 2014, 2018. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Se observa que la prevalencia del consumo de tranquilizantes es significativamente menor al del alcohol y el tabaco (Gráfico 20). Sin embargo, la tendencia de reducción de las prevalencias ha empezado a revertirse en la gestión 2018.

Del 2014 al 2018 se observa un ligero aumento en las prevalencias de vida, anual y mensual del consumo de tranquilizantes. El incremento más importante está en la prevalencia mensual, aunque solo es del 0,6%.

Debido a que la prevalencia mensual en el consumo de tranquilizante es mínima (1,6%) se presentan

las prevalencias de vida y anuales por variables sociodemográficas y por ciudad.

Para el consumo de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica es más revelador analizar el consumo de los últimos 12 meses, ya que el consumo normal de estas drogas es individual y en ocasiones muy particulares, al contrario del consumo de alcohol, que es social, y se puede presentar en diversas ocasiones. Esto genera que el consumo de tranquilizantes y estimulantes tenga intervalos más amplios de cero consumo en un mismo año.

**Cuadro 24. Prevalencia del consumo de tranquilizantes, por variables sociodemográficas.
(En porcentajes)**

		De Vida	Anual
Total		4,53	2,05
Sexo			
	Hombres	4,35	1,97
	Mujeres	4,68	2,11
Edad			
	12 - 15	2,85	1,40
	16 - 18	4,00	0,81
	19 - 24	5,51	2,69
	25 - 30	4,63	2,57
	31 - 40	4,52	2,26
	41 - 50	4,50	1,48
	51 y más	4,65	2,05
Estrato social			
	Medio alto	5,37	2,18
	Medio típico	5,61	2,27
	Medio bajo	3,99	2,17
	Bajo	4,49	1,75
	Pobreza	3,78	2,39

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Cuadro 24, se observa que las mujeres tienen un mayor nivel de prevalencia de vida en el consumo de tranquilizantes. En el caso de la prevalencia anual, la diferencia es un poco menor, pero igual de significativa.

En general, quienes consumen tranquilizantes sin prescripción médica son: mujeres entre 20 y 30 años, de los extremos del espectro social. La prevalencia anual más importante se encuentra en las edades de 19 a 30 años.

Esto indica que el consumo de tranquilizantes (y estimulantes) responden a dinámicas sociales e individuales diferentes a las del tabaco y el alcohol. Al parecer, el consumo de tranquilizante está asociado a las presiones del ingreso al ámbito profesional y al mercado laboral más competitivo que a las acciones de independencia del hogar paterno y reafirmación del ingreso a “la edad adulta”, típicas en el consumo de alcohol y tabaco.

Cuadro 25. Prevalencia del consumo de tranquilizantes, por ciudad. (En porcentajes)

	De vida	Anual
La Paz	10,16	3,29
El Alto	4,54	1,17
Cochabamba	1,34	0,42
Santa Cruz	5,46	3,91
Oruro	1,00	0,32
Potosí	2,19	0,86
Sucre	1,56	1,01
Tarija	3,91	2,15
Trinidad	5,63	3,91
Cobija	3,74	1,47

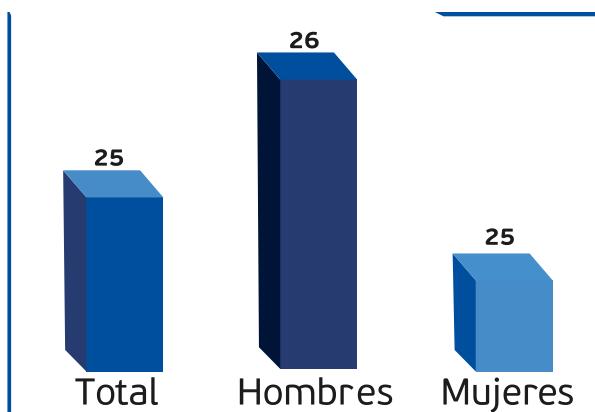
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Cuadro 25, se observa que la prevalencia anual del consumo de tranquilizantes más importante se encuentra en las ciudades de Trinidad y Santa Cruz. Estas ciudades también aparecen en la prevalencia

de vida, junto con la ciudad de La Paz. Al parecer, el consumo de tranquilizantes (y estimulantes) está más asociado a la accesibilidad de estas drogas que a la aceptación social de su consumo.

3.4.2. Edad de inicio

Gráfico 21. Edad de inicio de consumo de tranquilizantes. (En años)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

A diferencia del tabaco o el alcohol, la edad de inicio del consumo de tranquilizantes es a los 25 años en promedio (Gráfico 21). A esta edad no solo se consume más, como se vio anteriormente, sino que

es el inicio en el consumo. En este caso, las mujeres aparecen con un consumo de tranquilizantes más temprano que los hombres.

Cuadro 26. Edad de inicio en el consumo de tranquilizantes, por variables sociodemográficas. (En años)

		Promedio de años
Total		25,2
Sexo		
	Hombres	26,1
	Mujeres	24,5
Estrato social		
	Medio alto	26,0
	Medio típico	23,7
	Medio Bajo	25,3
	Bajo	24,8
	Pobreza	30,6

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

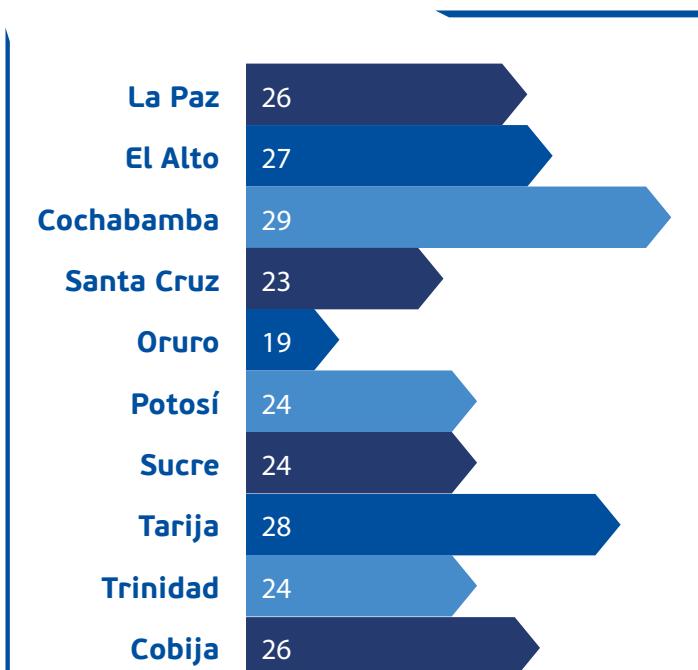
En el Cuadro 26, se puede ver que la edad de inicio en el consumo de tranquilizantes se adelanta más en el estrato medio típico y en el estrato medio bajo. Existe una tendencia particular en la edad de inicio del consumo de tranquilizantes: los estratos intermedios adelantan su consumo de manera progresiva, mientras que los extremos (medio alto y pobreza), retrasan la edad de inicio progresivamente. El nivel de pobreza es el que más retrasa la edad de inicio en el consumo, con un promedio de 30 años.

En el Gráfico 22, se observa que las ciudades de Oruro y Santa Cruz tienen la edad de inicio del consumo de

tranquilizantes más prematuro, con un promedio de 19 y 23 años respectivamente. Esto muestra que, a diferencia del tabaco y el alcohol, la prevalencia no tiene correlación con la edad de inicio.

A pesar de que Oruro tiene los niveles de prevalencia más bajos en relación al resto del país, presenta la edad de inicio más temprana (19 años), al igual que Santa Cruz, que cuenta con los niveles de prevalencia más altos entre todas las ciudades capitales.

**Gráfico 22. Edad de inicio del consumo de tranquilizantes, por ciudad.
(En años)**

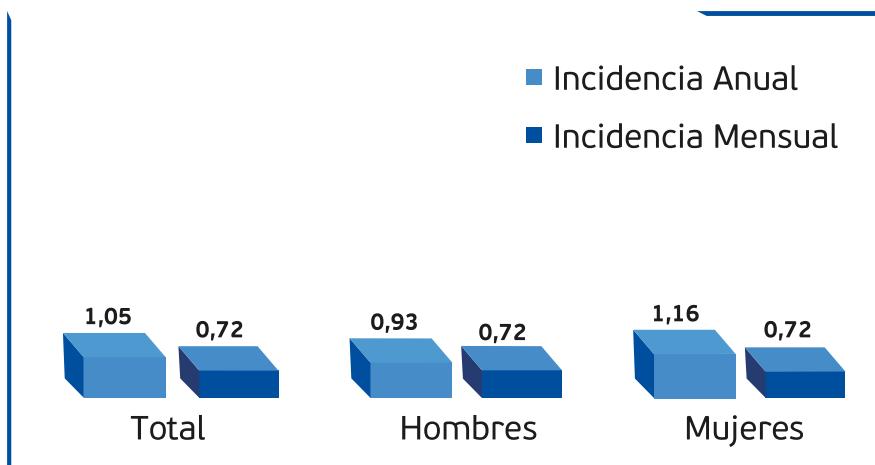


Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

3.4.3. Incidencia de nuevos consumidores de tranquilizantes

La incidencia de nuevos consumidores de tranquilizantes es mínima, tanto anual como mensualmente.

**Gráfico 23. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de tranquilizantes.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 23, se observa que, tanto el porcentaje de nuevos consumidores por años como el porcentaje de nuevos consumidores por mes, es menor al 2%,

y por ende cae dentro del error muestral. Tampoco existen diferencias significativas en la incidencia de nuevos consumidores por sexo.

**Cuadro 27. Incidencia de nuevos consumidores, por variables sociodemográficas.
(En porcentajes)**

		Incidencia Anual	Incidencia Mesual
Total		1,05	0,72
Edad			
	12 - 15	0,72	0,41
	16 - 18	0,59	0,86
	19 - 24	1,09	0,96
	25 - 30	0,72	1,06
	31 - 40	1,19	0,85
	41 - 50	1,53	0,25
	51 y más	1,22	0,45
Estrato social			
	Medio alto	2,30	
	Medio típico	1,53	0,42
	Medio bajo	0,80	0,63
	Bajo	0,85	0,87
	Pobreza	1,02	1,45

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Cuadro 27, se observa el porcentaje de nuevos consumidores anuales y mensuales, desagregados por variables sociodemográficas (edad y estrato social).

Las personas que empiezan a consumir tranquilizantes son, sobre todo, entre 25 y 30 años (incidencia mensual), y entre 31 y 50 años (incidencia anual). Respecto al estrato social, los consumidores de tranquilizantes se encuentran principalmente en los

extremos del espectro social: del estrato medio alto en la incidencia anual y del nivel de pobreza en la incidencia mensual.

Cabe resaltar que estos porcentajes son demasiado bajos, ya que caen dentro del error muestral, lo que impide analizar diferencias entre los segmentos de las variables sociodemográficas.

Cuadro 28. Incidencia de nuevos consumidores, por ciudad. (En porcentajes)

	Incidencia Anual	Incidencia Mensual
La Paz	2,02	1,55
El Alto	0,37	0,94
Cochabamba	0,18	0,06
Santa Cruz	2,04	0,65
Oruro	0,06	0,20
Potosí	0,73	0,65
Sucre	0,56	0,46
Tarija	0,62	1,32
Trinidad	2,70	
Cobija	1,28	0,92

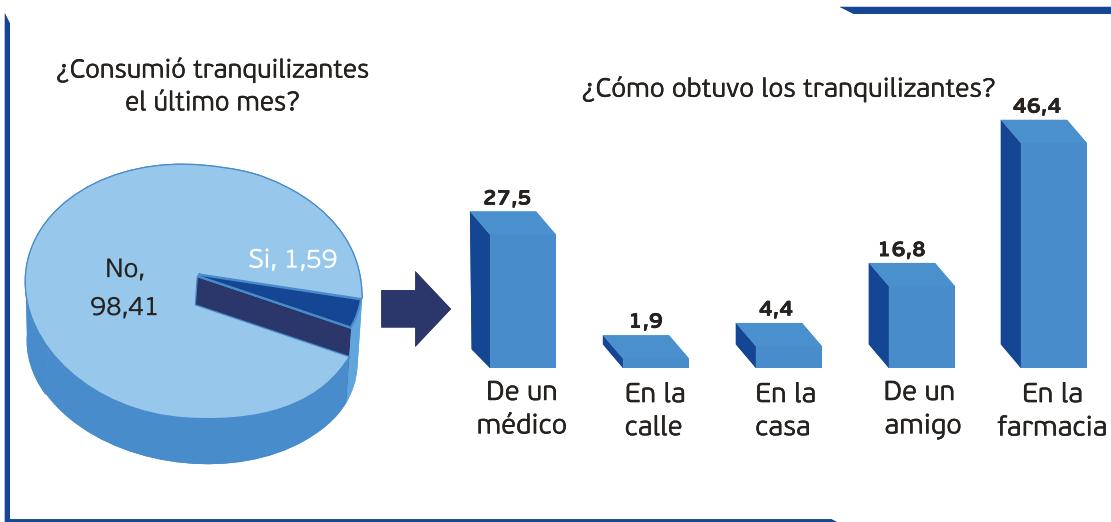
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Cuadro 28, se observa que Trinidad, Santa Cruz y La Paz son los lugares con mayor incidencia anual de nuevos consumidores de tranquilizantes sin prescripción. En el caso de la incidencia mensual, los

niveles más altos están en la ciudad de La Paz y Tarija. Trinidad no cuenta con nuevos consumidores en los últimos 30 días, a pesar de que esta última tiene el porcentaje de incidencia anual más alto.

3.4.4. Acceso a tranquilizantes

**Gráfico 24. Fuentes de abastecimiento de tranquilizantes.
(En porcentaje)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el caso de tranquilizantes y estimulantes, un factor muy importante es el acceso, ya que se trata de un consumo sin prescripción médica.

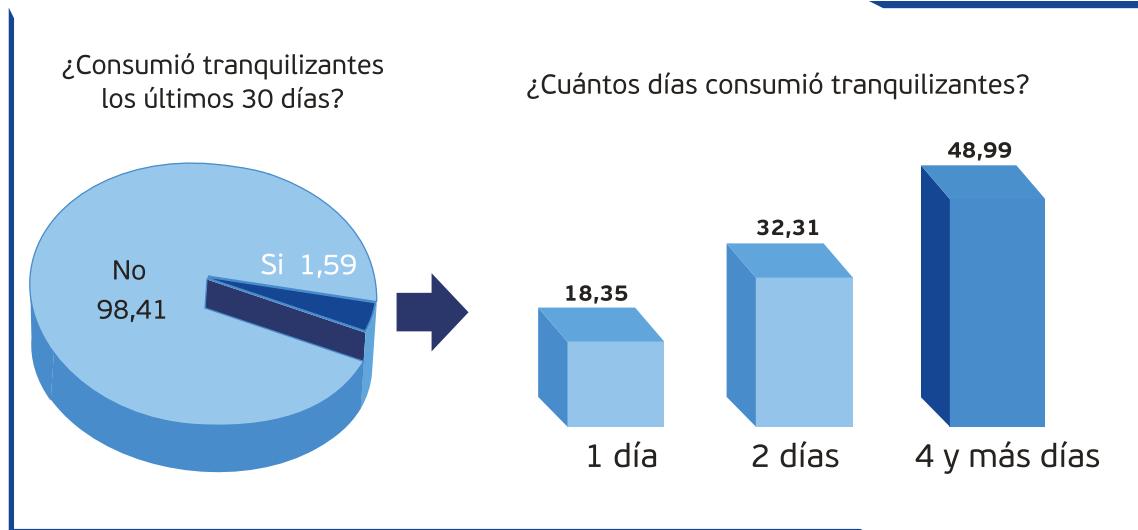
En el Gráfico 24, se observa que de aquellos que consumieron tranquilizantes sin prescripción en el último mes, el 70% lo consigue de fuentes "oficiales" (de un médico, o en la farmacia). Esto se asocia a que,

en algunos lugares, la venta de tranquilizantes se realiza sin prescripción médica, facilitando el acceso. Además, es un signo de que el consumo de tranquilizantes no es, necesariamente, una acción "clandestina".

Esto ocasiona que el acceso a tranquilizantes en espacios "informales" (y teóricamente asociados a niveles de inseguridad) no sea el más importante.

3.4.5. Frecuencia en el consumo de tranquilizantes

**Gráfico 25. Número de días en el último mes de consumo de tranquilizantes.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como dijimos anteriormente, el consumo de tranquilizantes y estimulantes tiende a ser más espaciado, por lo que una frecuencia intermedia en el consumo de otras drogas lícitas se convierte en un signo de abuso en el caso de tranquilizantes.

En el Gráfico 25, se observa que de aquellos que consumieron tranquilizantes los últimos 30 días, el

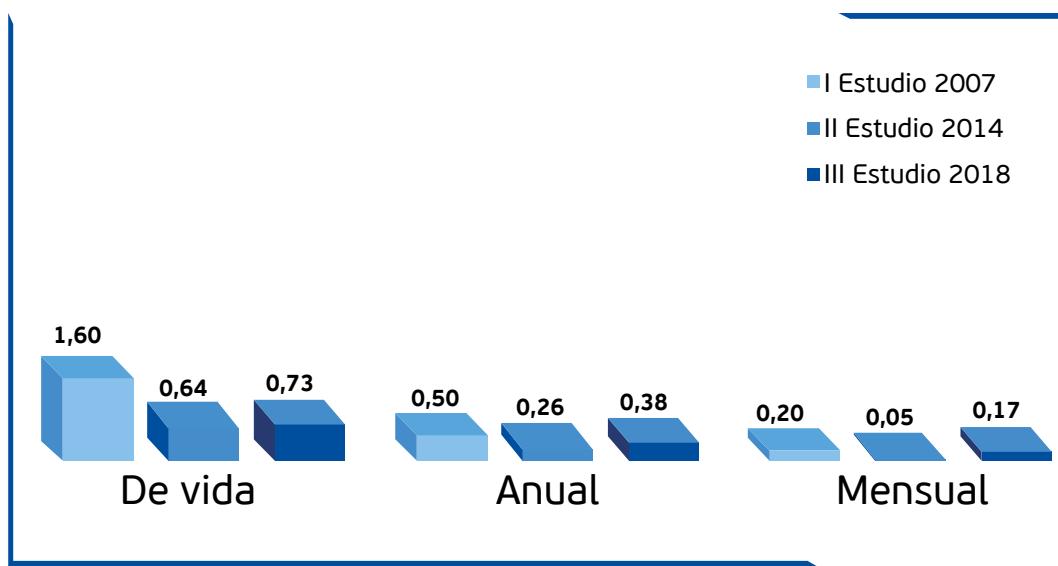
52 % muestra signos de abuso, con un consumo de tranquilizantes de 4 días o más al mes.

Esto indica que, si bien el consumo de tranquilizantes es mínimo, tiende a facilitar niveles mayores de abuso y eventual dependencia.

3.5. CONSUMO DE ESTIMULANTES

3.5.1. Prevalencia en el consumo de estimulantes

Gráfico 26. Prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de estimulantes 2007, 2014, 2018. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Al igual que los tranquilizantes, la prevalencia en el consumo de estimulantes no ha superado el 2% en ningún momento entre el 2007 y el 2018 (Gráfico 26).

Sin embargo, entre el segundo y tercer estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas, del 2014 al 2018 respectivamente, se percibe la misma tendencia en el aumento en las prevalencias, presente en los tranquilizantes.

En este caso, debido a que la diferencia entre las prevalencias del 2014 al 2018 son de 0,2%, es más correcto decir que existe un “estancamiento” en la tendencia de reducción de las prevalencias del

consumo de estimulantes, presente en todas las drogas lícitas desde el 2007.

En el 2018, las prevalencias de vida, anual y mensual en el consumo de estimulantes sin prescripción no superan el 1% de la muestra en ninguno de los casos, por lo que entran dentro del error muestral. Con niveles tan bajos en las prevalencias, el análisis por variables de interés solo se realizará a nivel de la prevalencia de vida del consumo de estimulantes.

La prevalencia de vida, en este caso, es de 0,73%. Es decir: siete de cada mil personas han consumido estimulantes alguna vez en su vida.

Cuadro 29. Prevalencia de vida del consumo de estimulantes, por variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		P. De Vida
Total		0,73
Sexo		
	Hombres	0,81
	Mujeres	0,66
Edad		
	12 - 15	0,74
	16 - 18	0,25
	19 - 24	1,17
	25 - 30	0,89
	31 - 40	0,41
	41 - 50	0,32
	51 y más	1,07
Estrato social		
	Medio alto	1,03
	Medio típico	1,22
	Medio bajo	0,39
	Bajo	0,73
	Pobreza	0,71

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Cuadro 29, podemos ver que no existen diferencias de género en el consumo de estimulantes. Las personas que consumen estimulantes son jóvenes de 19 a 24 años y adultos de más de 51 años. Pertenecen a los extremos del espectro social, pero sobre todo, se concentran en los estratos más altos.

Al igual que en los tranquilizantes, el consumo de estimulantes responde a presiones personales, proba-

blemente relacionadas a cambios en el ritmo de vida (aumento/disminución de carga laboral y profesional). Además, está asociado a mayores ingresos económicos, al igual que con los tranquilizantes.

Sin embargo, debido al bajo nivel de consumo de estimulantes, se requiere de estudios focalizados en las características del consumo de tranquilizantes y estimulantes en Bolivia.

**Cuadro 30. Prevalencia de vida del consumo de estimulantes, por ciudad.
(En porcentajes)**

	Prevalencia de Vida
La Paz	2,15
El Alto	0,69
Cochabamba	0,00
Santa Cruz	0,80
Oruro	0,13
Potosí	0,37
Sucre	0,09
Tarija	0,00
Trinidad	1,31
Cobija	1,13

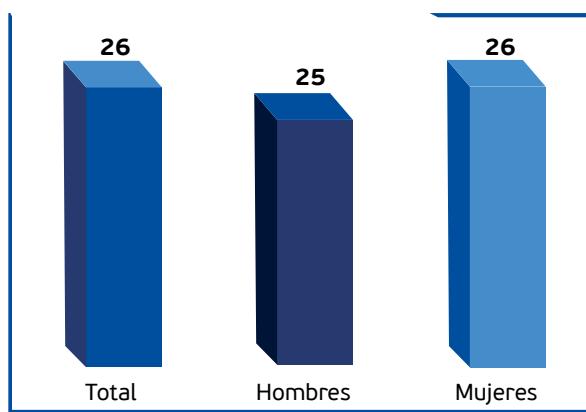
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La prevalencia de vida en el consumo de estimulantes más alto se encuentra en la ciudad de La Paz (Cuadro 30). En segundo lugar, se encuentra Trinidad, seguida

de Cobija. En las ciudades de Cochabamba y Tarija no se encontró a nadie que haya consumido estimulantes alguna vez en su vida.

3.5.2. Edad de inicio

**Gráfico 27. Edad de inicio de consumo de estimulantes.
(En años)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Al igual que en los tranquilizantes, la edad de inicio en el consumo de estimulantes es 26 años (Gráfico 27). Existe una leve diferencia de género: los hombres

tienden a consumir antes que las mujeres, pero esta no es una diferencia significativa.

**Gráfico 28. Edad de inicio de consumo de estimulantes, por ciudad.
(En años)**



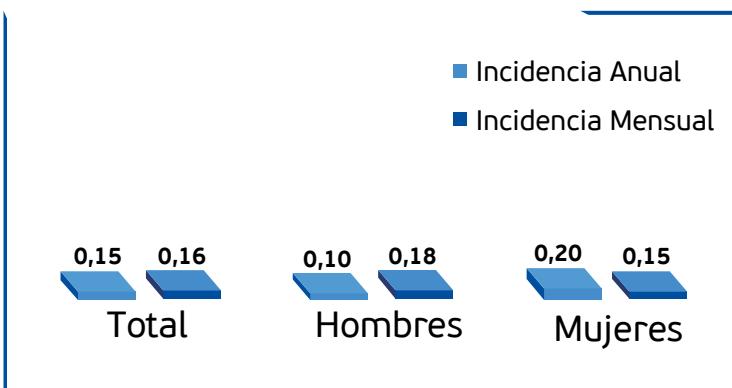
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 28, se observa que Trinidad, Santa Cruz y Cobija son las ciudades con un inicio prematuro en el consumo de estimulantes, con un promedio de 20 a 21

años. El caso de Santa Cruz es similar en el consumo de tranquilizantes.

3.5.3. Incidencia de nuevos consumidores

**Gráfico 29. Incidencia anual y mensual del consumo de estimulantes.
(En porcentajes)**



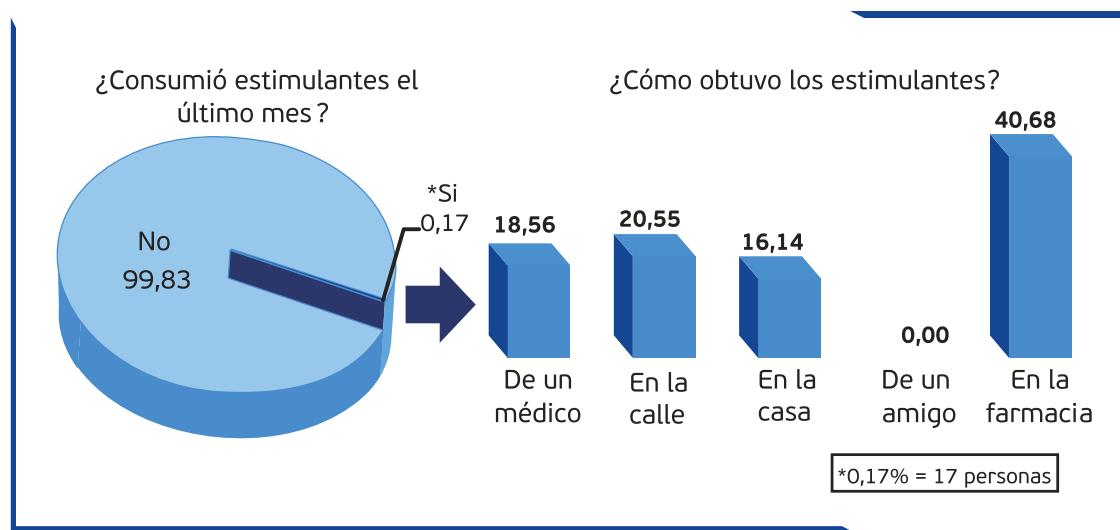
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

El porcentaje de nuevos consumidores, tanto anual como mensual es del 0,2%. Es decir que hay dos

nuevos consumidores de estimulantes por cada mil personas (Gráfico 29).

3.5.4. Acceso a estimulantes

**Gráfico 30. Fuentes de abastecimiento de estimulantes.
(En porcentaje)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Al igual que con los tranquilizantes de las personas que consumieron estimulantes el último mes, poco más del 50% los adquirió de un médico o en la farmacia (Gráfico 30). Sin embargo, el 25% los adquirió en la calle, es decir de manera “informal” y “poco segura”.

Debido a que el porcentaje de personas que consumieron estimulantes es tan bajo (0,2% de muestra), no es posible identificar frecuencia y/o niveles de abuso. Todas las personas que consumieron estimulantes el último mes indicaron que lo consumieron un día en el mes o que no recordaban.

3.6. CONCLUSIONES

La prevalencia del consumo de drogas lícitas ha disminuido notoriamente entre el estudio de 2007 y el actual estudio de 2018. El mayor periodo de disminución está entre el estudio del 2007 y el estudio del 2014. En este caso, entre el estudio del 2014 y el actual estudio de 2018 la disminución es menos pronunciada, sobre todo debido a que el periodo es menor.

En el caso del consumo de alcohol, la disminución de la prevalencia de vida y anual es del 7%. En el caso de prevalencia mensual la disminución se ha estancado. En el consumo de tabaco continúa la tendencia de disminución en todos los niveles de prevalencia, con un descenso de entre 3%, en la prevalencia mensual y 6% en la prevalencia de vida.

Se podría decir que el consumo de tranquilizantes y estimulantes es marginal. El consumo de tranquilizantes sin prescripción médica tiene casi un 2% de consumidores al mes. En cuanto a estimulantes, el consumo mensual es del 0,17%. En este caso, 17 de cada 10.000 personas consumen estimulantes mensualmente.

Debido a que la información recabada en este estudio usa la metodología cuantitativa (encuestas) no es posible precisar los factores sociales o de políticas públicas que influyen en esta disminución del consumo de drogas lícitas. Se necesita de otro tipo de estudios que ayuden a identificar estos factores, de modo que los mismos puedan ser fortalecidos para continuar con esta tendencia decreciente en el consumo o para mantener este consumo en su actual nivel marginal.

Al hablar de drogas lícitas, se pueden diferenciar dos tipos de consumo: a) consumo social (alcohol y tabaco), y consumo marginal (tranquilizante y estimulantes). Como se vio anteriormente, el consumo de tabaco se relaciona mucho con el consumo de alcohol, al menos en contextos sociales. Sin embargo, el consumo de tranquilizantes no se relaciona con el consumo de estimulantes, a pesar de que se desarrollan en los mismos contextos. Estos dos tipos de consumos responden a dos contextos diferentes:

- El contexto social y dominante en el cual el consumo se inicia alrededor de los 18 años, cuando los jóvenes están pasando de un ciclo vital (colegio) a otro, con mayor autonomía respecto de su hogar paterno (sea en la universidad, en otros estudios técnicos, o en la incorporación al mercado laboral). Este es más fuerte en el consumo de alcohol y de tabaco.

En esta situación existe menos posibilidad de desarrollar signos de abuso y dependencia en el consumo de drogas como han mostrado las pruebas CIE-10 y DSM-V.

- Un contexto más individual, que responde a presiones personales del contexto. Este se presenta con un inicio y mayor prevalencia mensual en personas de 25 años, de estratos medios y que usan el consumo de drogas como un “escape” a las presiones sociales y laborales, los cuales generan un nivel de estrés con el que no se ha lidiado anteriormente. Este contexto se presenta sobre todo en el consumo de tranquilizantes y estimulantes.

Sucre y Tarija aparecen como las ciudades con mayor prevalencia de consumo de alcohol y tabaco. En el caso del consumo de tranquilizantes y estimulantes resalta Santa Cruz, y en menor medida Trinidad y La Paz. Como se verá más adelante, el consumo de drogas ilícitas se da sobre todo en Santa Cruz, convirtiéndolo en un espacio de alta vulnerabilidad respecto del consumo de drogas. Se requiere estudios específicos para identificar las características del contexto en Santa Cruz que están contribuyendo a esta mayor prevalencia en el consumo de drogas.

Se ha observado también que el consumo de tabaco y alcohol tiende a ser un poco mayor en estratos medios y altos; probablemente por su costo y su disponibilidad. En el caso de los tranquilizantes y estimulantes, su consumo se concentra en los extremos del espectro social. Es decir que, tanto del estrato medio alto y los que viven en pobreza consumen estas drogas lícitas.

En síntesis, se puede caracterizar el consumo de drogas lícitas como un consumo social en el caso del tabaco y el alcohol, y semi marginal en el caso de tranquilizantes y estimulantes. Se requiere de mayor atención a los grupos vulnerables al consumo: principalmente adolescentes (de 12 a 16 años) y adultos jóvenes (25 a 30 años); y en ciudades como Sucre y Santa Cruz donde la prevalencia tiende a ser más alta que en las demás.

4. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS



4.1. INTRODUCCIÓN

En el anterior capítulo se analizó la prevalencia y las características del consumo de drogas lícitas. Vale decir de tabaco, alcohol, tranquilizantes y estimulantes. En este capítulo se hará el mismo análisis, pero esta vez del consumo de drogas ilícitas. El interés se centrará en el consumo de marihuana,

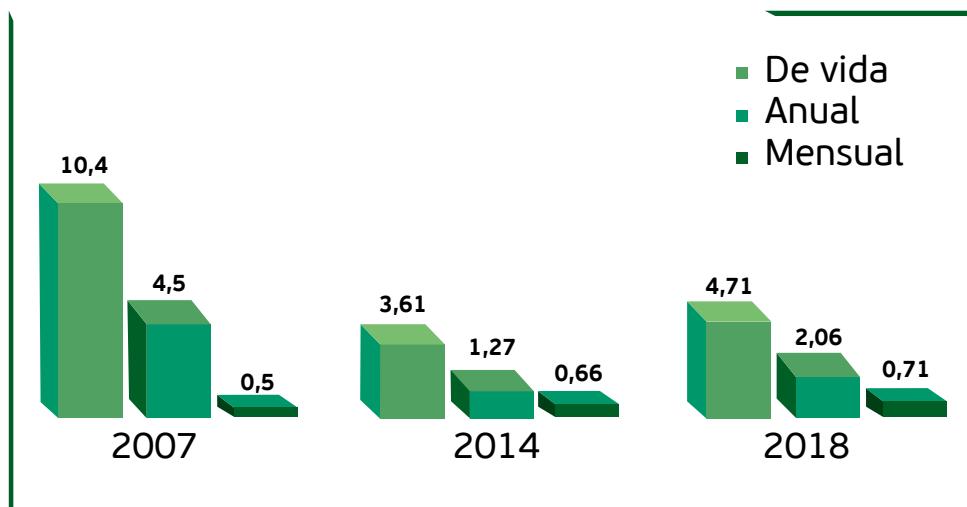
cocaína, pasta base e inhalantes. También se hará referencia al consumo de otras drogas.

Con este análisis se tendrá un panorama más o menos completo del consumo de drogas en Bolivia, a partir de este acercamiento general vía encuesta en hogares.

4.2. CONSUMO DE MARIHUANA

4.2.1. Prevalencia

**Gráfico 31. Prevalencia comparada del consumo de marihuana
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 31, se presenta de manera comparada los niveles de prevalencia de vida, anual y mensual del consumo de marihuana. Esta comparación es posible gracias a los estudios similares al presente, realizados el 2007 y el 2014. Como se ha visto con las drogas lícitas, en el caso de la marihuana se evidencia una disminución de la prevalencia, sobre todo entre el 2007 y el 2014.

Entre el 2014 y el 2018 la prevalencia tiende a estabilizarse. No es posible afirmar que exista algún

incremento en la prevalencia, ya que las diferencias entre ambas mediciones son menores a los errores muestrales identificados para este estudio.

Es posible pensar que los mismos factores que están influyendo para la disminución de la prevalencia del consumo de tabaco y de alcohol estén actuando en la disminución de la prevalencia en el caso de la marihuana. Identificar estos factores se vuelve relevante para fortalecerlos y mantener el consumo de estas drogas en niveles mínimos.

Cuadro 31. Prevalencia del consumo de marihuana en 2018, por variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		De vida	Anual	Mensual
Sexo				
Edad	Hombres	7,29	3,07	1,16
	Mujeres	2,46	1,18	0,33
Estrato social	12 - 15	1,98	1,35	0,00
	16 - 18	8,40	5,04	1,46
	19 - 24	7,01	3,56	1,90
	25 - 30	7,19	3,63	1,35
	31 - 40	4,55	1,12	0,22
	41 - 50	2,88	0,61	0,15
	51 y más	1,29	0,24	0,00
Estrato social	Medio alto	9,60	3,29	1,03
	Medio típico	6,46	2,03	0,34
	Medio bajo	5,22	2,39	1,12
	Bajo	3,25	1,75	0,44
	Pobreza	2,07	1,46	1,03

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cuando se analizan los niveles de prevalencia en el consumo de marihuana, según variables sociodemográficas, se puede observar que estos niveles son mayores entre los hombres de 16 a 30 años y en los estratos medios, más que en el estrato bajo (Cuadro 31). Es decir, se trata de un consumo

básicamente juvenil y principalmente centrado en los hombres.

Es posible que la mayor prevalencia en los estratos medios se deba a la necesidad de tener un cierto ingreso económico para obtener esta droga.

Pero llama la atención que en el estrato de pobreza se observe una importante prevalencia mensual, a pesar que las prevalencias de vida y anual sean más bajas que

en otros estratos. Es decir, en el estrato de pobreza, de 14 de cada 1.000 que han consumido marihuana en el último año, 10 lo han hecho en el último mes.

**Cuadro 32. Prevalencia del consumo de marihuana en 2018 por ciudad.
(En porcentajes)**

	De vida	Anual	Mensual
La Paz	5,12	0,55	0,15
El Alto	2,88	1,59	1,16
Cochabamba	2,25	0,59	0,30
Santa Cruz	8,99	4,89	0,80
Oruro	0,79	0,26	0,26
Potosí	5,00	2,40	1,77
Sucre	4,73	2,61	1,51
Tarija	3,79	0,54	0,54
Trinidad	4,54	1,73	0,20
Cobija	2,65	0,18	0,00

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En cuanto a la prevalencia del consumo de marihuana por ciudad, se puede constatar que en Santa Cruz hay una alta prevalencia de vida y anual (Cuadro 32). Pero, cuando se trata de la prevalencia mensual, destacan las ciudades de Potosí y Sucre y, en tercer lugar, El Alto.

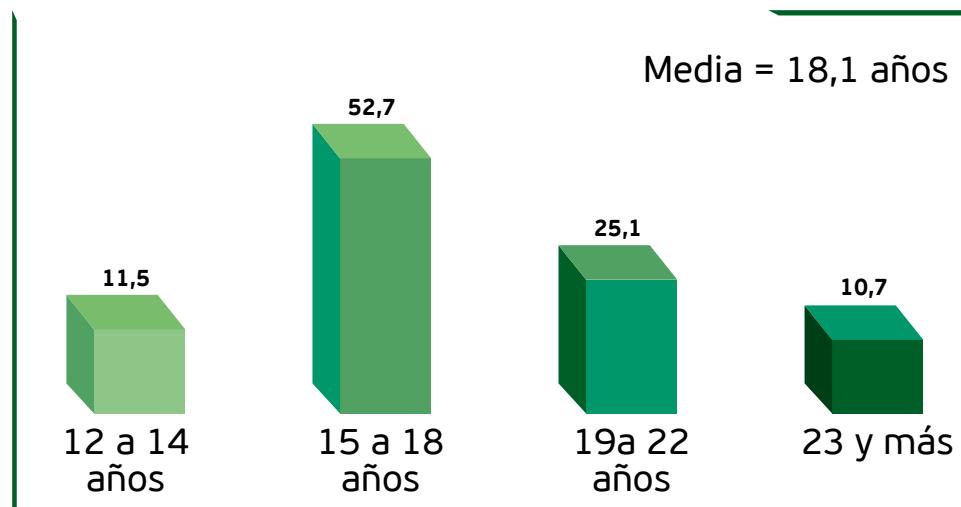
Como se ha visto en el anterior capítulo, Sucre se destaca por una mayor prevalencia de consumo de alcohol y tabaco. Ahora se puede observar también que tiene una prevalencia mensual importante en el consumo de marihuana. Es posible que estas tendencias estén influidas por la importancia de la población estudiantil universitaria en esta ciudad.

4.2.2. Edad de inicio

La edad media de inicio del consumo de marihuana es de 18,1 años (Gráfico 32). Como se recordará, es esta también la edad de inicio del consumo de alcohol y tabaco. Se trata de una etapa en la cual los y las adolescentes están terminando la secundaria y se integran al mercado laboral o ingresan a institutos

técnicos o la universidad. En esta dinámica adquiere una mayor autonomía en el uso de su tiempo libre respecto del hogar paterno. Es posible pensar que, en esta dinámica de mayor autonomía, comience el consumo tanto de drogas lícitas, como de drogas ilícitas.

**Gráfico 32. Edad de inicio del consumo de marihuana.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Siguiendo con el Gráfico 32, se puede observar que casi 5 de cada 10 personas que consumieron esta droga alguna vez en la vida comenzaron entre los 15 a 18 años. De modo que el paso de la adolescencia a la juventud

se convierte en un momento clave para comenzar o, por el contrario, para no comenzar con el consumo de marihuana. En los siguientes tramos de edad, el inicio del consumo de esta droga disminuye sustancialmente.

**Cuadro 33. Edad de inicio del consumo de marihuana por variables sociodemográficas.
(En porcentajes)**

	12 a 14 años	15 a 18 años	19 a 22 años	23 y más	Media (años)
Sexo	Hombres	11,6	51,8	26,3	18,1
	Mujeres	11,2	55,0	22,1	18,2
Estrato social	Medio alto	5,4	29,4	41,3	20,4
	Medio típico	4,2	54,5	28,8	18,8
	Medio bajo	5,0	56,4	26,1	18,4
	Bajo	28,8	55,9	14,6	16,2
	Pobreza	8,4	63,5	15,5	18,0

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

A pesar que la prevalencia en el consumo de marihuana es menor en las mujeres que en los hombres, como se ha visto antes, las mujeres están comenzando a consumir esta droga en la adolescencia, antes que los hombres (Cuadro 33).

Lo mismo sucede en el estrato bajo. Como se recordará, la prevalencia en este estrato es más baja que en los estratos medios. Pero, resulta que los consumidores de marihuana están comenzando siendo más jóvenes. Además, y como se dijo antes,

en este estrato la prevalencia mensual de consumo es mayor. Ello coloca a los adolescentes del estrato bajo en una situación de vulnerabilidad por la posibilidad de desarrollar a temprana edad conductas de abuso en el consumo de esta droga.

Por el contrario, a pesar que la prevalencia en el consumo de marihuana es mayor en el estrato medio alto, los jóvenes del mismo están comenzando a fumar esta droga a mayor edad.

**Cuadro 34. Edad de inicio del consumo de marihuana por ciudad.
(En porcentajes)**

	12 a 14 años	15 a 18 años	19 a 22 años	23 y más	Media (años)
La Paz	10,4	20,1	32,0	37,4	20,8
El Alto	0,0	44,8	44,6	10,7	19,0
Cochabamba	14,0	56,4	14,8	14,8	18,3
Santa Cruz	17,5	67,9	13,4	1,2	16,8
Oruro	0,0	50,6	33,0	16,4	19,2
Potosí	0,0	9,8	82,5	7,7	20,3
Sucre	0,0	52,4	34,4	13,2	18,8
Tarija	8,2	62,8	15,4	13,5	17,9
Trinidad	12,3	70,0	17,6	0,0	17,2
Cobija	6,8	12,9	35,2	45,1	20,7

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

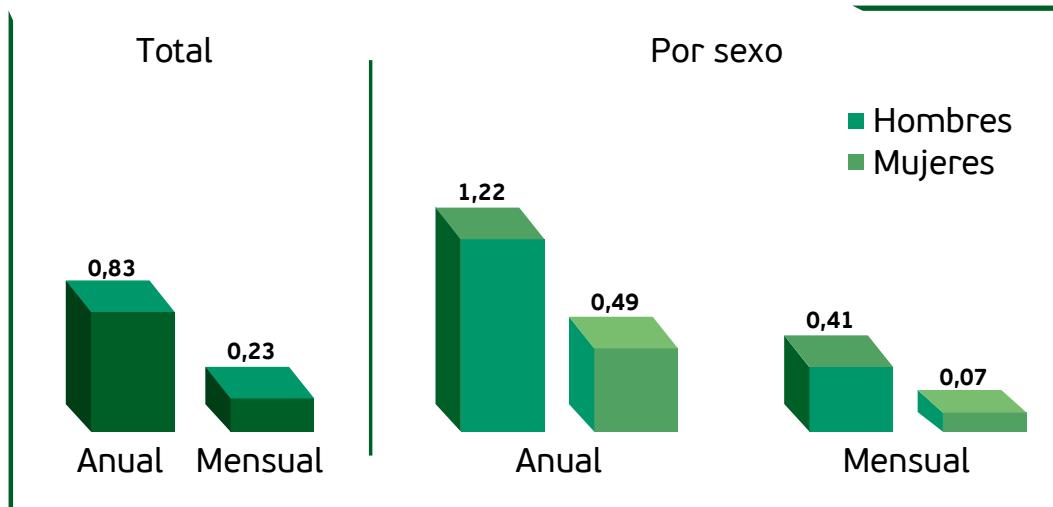
Santa Cruz se presenta como un lugar de mayor vulnerabilidad en cuanto al consumo de marihuana (Cuadro 34). Como se recordará, en esta ciudad hay una mayor prevalencia de vida y anual de consumo de esta droga. Ahora, se observa también que, en ella, los consumidores están comenzando desde una edad más temprana, en la adolescencia; incluso desde los 12 años. Esta tendencia de comenzar a consumir a menor

edad la marihuana se observa también en la ciudad de Cochabamba y Trinidad.

En cambio, en las ciudades del Altiplano (La Paz, El Alto, Oruro y Potosí), existe la tendencia a comenzar a consumir marihuana cerca de los 20 años. Esta tendencia de un inicio relativamente “tardío” se observa también en Cobija.

4.2.3. Incidencia

**Gráfico 33. Incidencia de nuevos consumidores de marihuana.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como se explicó en el anterior capítulo, la incidencia mide el porcentaje de nuevos consumidores (al mes o al año). Muestra el potencial de crecimiento del consumo de una determinada droga. En el caso del consumo de la marihuana se observa que su potencial de crecimiento anual es menor al 1% (Gráfico 33): casi 9 de cada 1.000 consumidores de esta droga se han añadido el último año. Y, de ellos, 2 por 1.000 se han añadido el último mes. Lo anterior da a entender que, si el contexto no cambia sustancialmente en las próximas gestiones, se tendrá a 9 por 1.000 nuevos consumidores por año.

En la incidencia analizada por sexo, se evidencia un mayor porcentaje de nuevos consumidores tanto al año como al mes entre los hombres, en comparación con las mujeres. De modo que los hombres no sólo tienen una mayor prevalencia de consumo, como se

observó antes, sino que también muestran un mayor potencial de crecimiento en el consumo de marihuana.

Cuando se analiza la incidencia de nuevos consumidores de marihuana por variables sociodemográficas, se puede constatar que el crecimiento del consumo se focaliza en adolescentes de 16 a 18 años (Cuadro 35). Esto coincide con la edad promedio de inicio, alrededor de los 18 años como se vio anteriormente (Cuadro 32, pág. 82).

Siguiendo con el Cuadro 35, se observa que el crecimiento potencial es mayor en los estratos medio bajo, bajo y pobreza a pesar que, como se vio antes, la prevalencia es mayor en los estratos medios. También se observa que el crecimiento potencial anual es mayor en el estrato medio típico y medio alto.

Cuadro 35. Incidencia de nuevos consumidores de marihuana por variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		Anual	Mensual
Edad	12 - 15	1,00	0,00
	16 - 18	2,57	1,07
	19 - 24	1,02	0,44
	25 - 30	1,54	0,25
	31 - 40	0,35	0,13
	41 - 50	0,23	0,00
	51 y más	0,05	0,00
Estrato social	Medio alto	1,25	0,17
	Medio típico	1,31	0,00
	Medio bajo	0,58	0,32
	Bajo	0,73	0,26
	Pobreza	0,88	0,28

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

**Cuadro 36. Incidencia de nuevos consumidores de marihuana por ciudad.
(En porcentajes)**

	Anual	Mensual
La Paz	0,27	0,00
El Alto	0,30	0,34
Cochabamba	0,13	0,25
Santa Cruz	2,20	0,30
Oruro	0,18	0,07
Potosí	0,51	0,00
Sucre	1,47	0,64
Tarija	0,26	0,12
Trinidad	0,72	0,00
Cobija	0,22	0,00

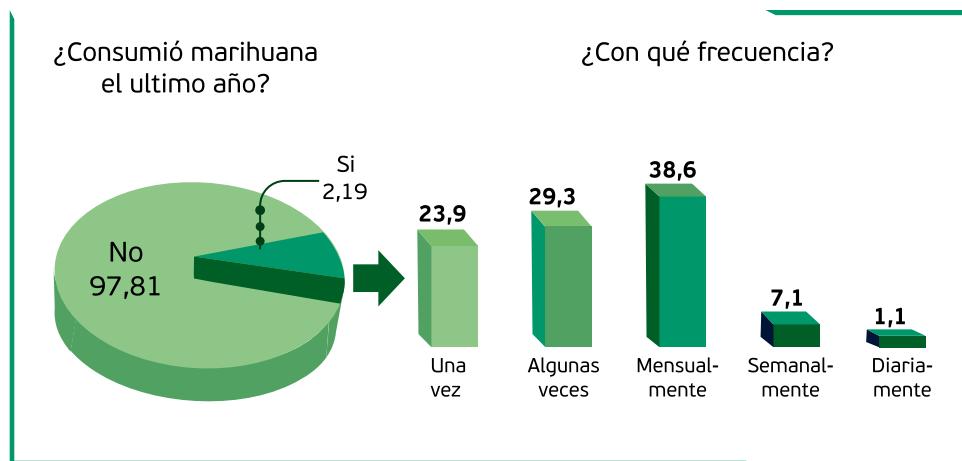
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Cuadro 36, se destaca nuevamente que las ciudades de Sucre y de Santa Cruz se tornan en espacios vulnerables frente al consumo de marihuana. No sólo son ciudades con una mayor prevalencia de

consumo de esta droga, como se vio antes, sino que también son lugares con una mayor incidencia anual y mensual de nuevos consumidores.

4.2.4. Frecuencia de consumo en el año

Gráfico 34. Personas que consumieron marihuana los últimos 12 meses: frecuencia de consumo. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 34, se muestra la frecuencia de consumo de marihuana al año. De los 22 por 1.000 consumidores al año de esta droga, cerca del 40% la consume “algunas veces al mes”, es decir, tienen un consumo mensual. Si a estos consumidores se añaden aquellos

que consumen esta droga “algunas veces al año”, se tiene que alrededor del 70% consumieron marihuana varias veces en los últimos 12 meses. Sólo el 8% de los consumidores anuales consume marihuana varias veces a la semana.

Cuadro 37. Personas que consumieron marihuana los últimos 12 meses por variables sociodemográficas según frecuencia de consumo. (En porcentajes)

		Una vez	Algunas veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente
Sexo						
	Hombres	24,8	30,9	36,1	6,5	1,7
	Mujeres	26,2	33,6	37,1	3,1	0,0
Estrato social						
	Medio alto	38,3	59,1	2,7	0,0	0,0
	Medio típico	38,7	26,1	29,2	6,1	0,0
	Medio bajo	29,5	33,3	30,8	6,4	0,0
	Bajo	11,3	22,5	57,1	5,5	3,6
	Pobreza	18,2	42,7	31,9	7,1	0,0

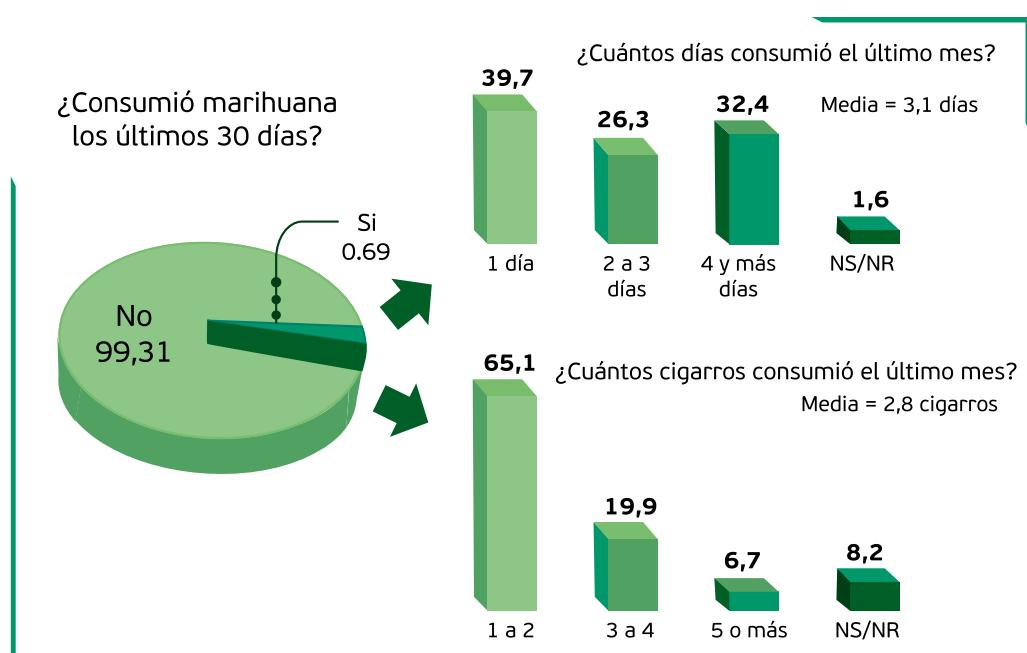
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

El consumo más frecuente de marihuana se observa entre los hombres, principalmente en las personas de estratos bajos (Cuadro 37). Como se puede apreciar, la prevalencia, la edad de inicio del consumo y la frecuencia de consumo no siempre son variables coincidentes. Esto es evidente sobre todo en el estrato

social. Los estratos bajos muestran una prevalencia menor que los estratos medios pero, al mismo tiempo, tanto la edad de inicio en el consumo como la frecuencia, son mayores. Esto da a entender que en los estratos bajos hay una mayor vulnerabilidad respecto de un consumo de riesgo de esta droga.

4.2.5. Frecuencia de consumo en el mes

Gráfico 35. Personas que consumieron marihuana los últimos 30 días: número de días y de cigarros consumidos. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

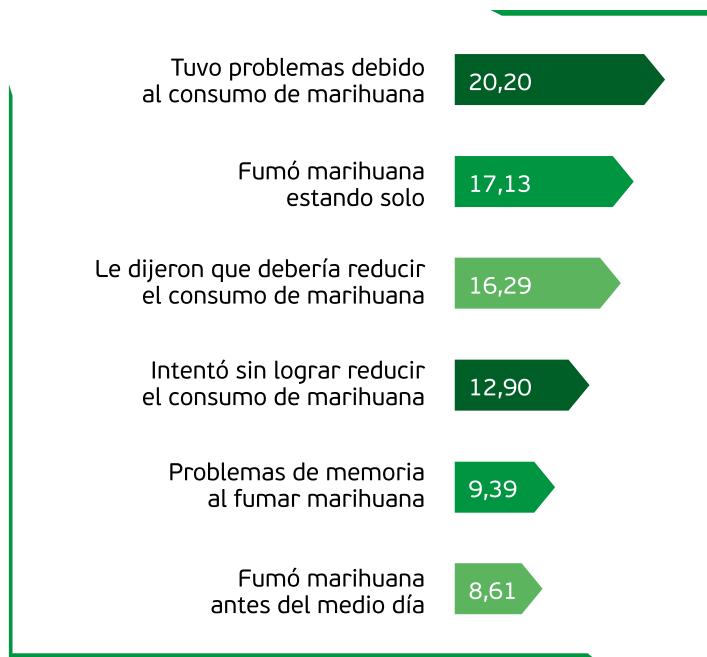
En la encuesta se preguntó a los entrevistados que consumieron marihuana en los últimos 30 días cuántos días y cuántos cigarrillos consumieron en este lapso (Gráfico 35). En promedio, estas personas consumen 2,8 cigarrillos de marihuana en 3,1 días al mes. Es decir, el consumo predominante es menor al semanal. Y cada

vez que se consume se tiende a fumar un cigarrillo.

De todas formas, un tercio de estas personas presenta una frecuencia mayor: su consumo es semanal, a razón de 2 cigarrillos por semana.

4.2.6. Consumo problemático

**Gráfico 36. Consumidores de marihuana en los últimos 30 días: personas que presentaron signos de consumo problemático “a menudo” durante los últimos 12 meses.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Entre un 15% a un 20% de los consumidores de los últimos 30 días previos a la encuesta, presentan signos de un “consumo problemático” de marihuana (Gráfico 36). “Muy a menudo” tuvieron problemas

por este consumo, fumaron esta droga estando solos, o personas de su entorno cercano les dijeron que deberían reducir el consumo de esta droga.

4.2.7. Dependencia y abuso según el CIE-10

En el presente estudio se recabó información referida a signos de dependencia y abuso del consumo de drogas, en este caso, del consumo de marihuana, empleando las herramientas de los sistemas internacionales de diagnósticos estadísticos: CIE-10 y

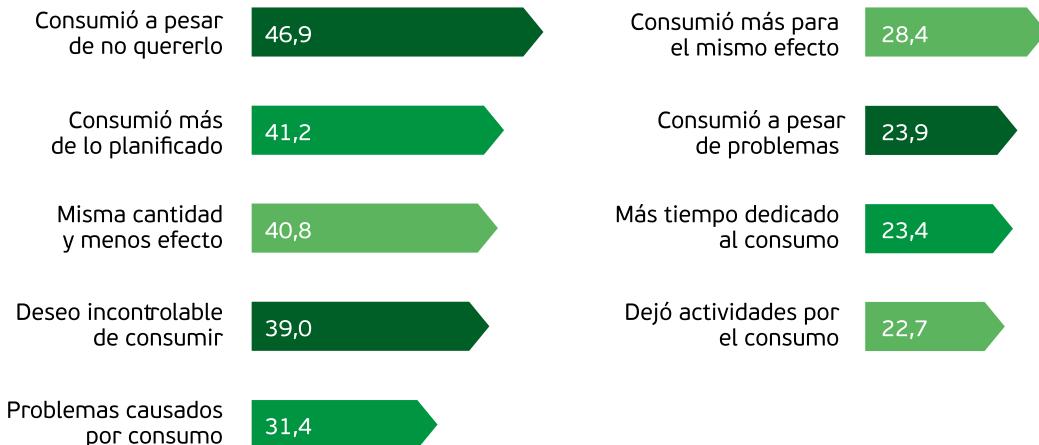
DSM-V. Estos sistemas son empleados en el Protocolo de la Encuesta Sobre Drogas en Hogares del Sistema Interamericano de Datos Uniformes Sobre Drogas (SIDUC), empleado para este y los estudios del 2007 y 2014 en Bolivia⁴.

⁴ Cfr. El capítulo introductorio de este informe, punto 1.1. Antecedente.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), publicada y actualizada periódicamente por la OMS, tiene un carácter eminentemente descriptivo

y se usa en investigaciones epidemiológicas. En el Gráfico 37, se muestra la prevalencia de conductas de riesgo según el CIE-10 en consumidores de marihuana.

Gráfico 37. Consumidores de marihuana en los últimos 30 días: signos de dependencia según CIE-10. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como se puede apreciar en el Gráfico 37, entre el 40% al 50% de los consumidores de marihuana de los últimos 30 días, manifiesta las siguientes conductas:

- Consumió marihuana a pesar de no quererlo.
- Consumió más de lo planificado.
- La misma cantidad de droga hace menos efecto que antes.

Los otros indicadores de dependencia y abuso tienen una presencia menor entre este segmento de consumidores.

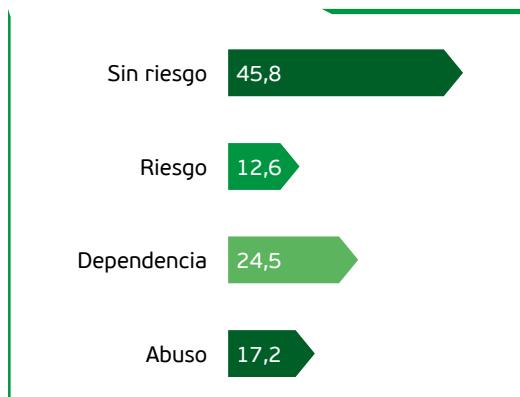
Según la metodología de clasificación del CIE-10, se tienen las siguientes categorías asociadas a la dependencia y abuso:

- Consumo sin riesgo: de 0 a 1 conducta de riesgo.
- Riesgo: de 2 a 3 conductas de riesgo.
- Dependencia: de 4 a 5 conductas de riesgo.
- Abuso: 6 o más conductas de riesgo.

Según estos criterios, se tienen las siguientes categorías de dependencia y abuso entre los consumidores de marihuana de los últimos 30 días:

4 Cfr. El capítulo introductorio de este informe, punto 1.1. Antecedente.

Gráfico 38. Consumidores de marihuana en los últimos 30 días: categorías de dependencia según CIE-10. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Un poco más de la mitad de los consumidores de marihuana en los últimos 30 días manifiesta conductas de riesgo (Gráfico 38), principalmente signos de dependencia y abuso. Esto da cuenta de una alta

posibilidad de desarrollar conductas de dependencia a pesar de la prevalencia relativamente baja del consumo de esta droga.

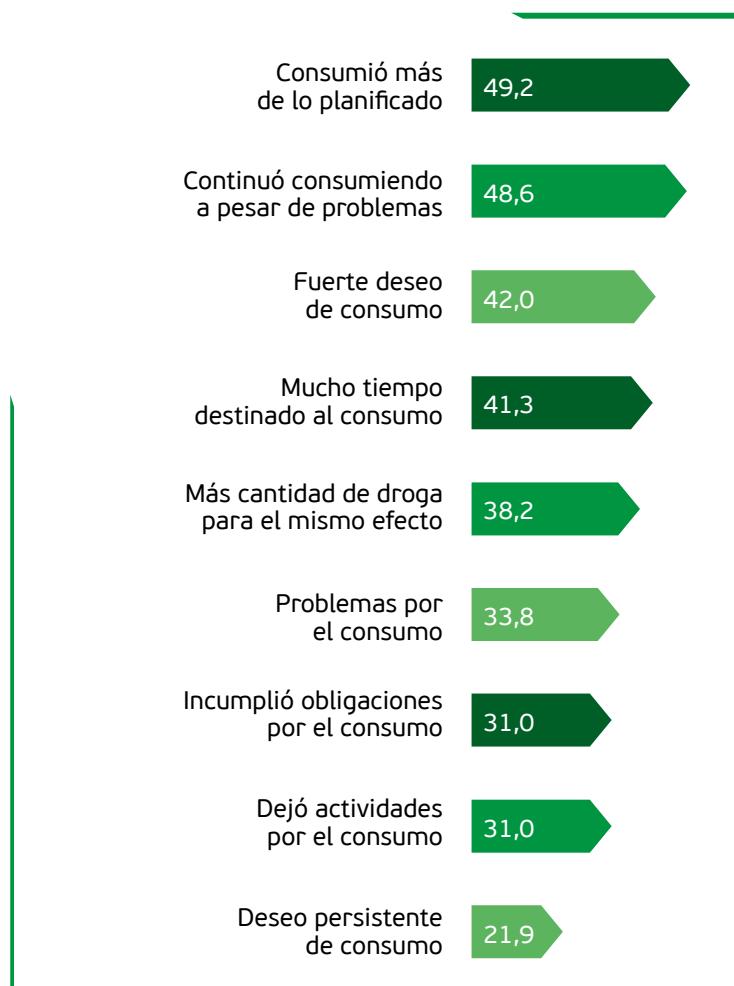
4.2.8. Trastorno en el consumo de marihuana según DSM-V

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés), es publicado y actualizado periódicamente por la Asociación Americana de Psiquiatría de EEUU. Aunque se orienta principalmente al tratamiento, es

empleado para investigaciones sobre dependencia de sustancias psicoactivas.

Los indicadores adaptados del DSM-V, en el caso de los consumidores de marihuana en los últimos 30 días, se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico 39. Consumidores de marihuana en los últimos 30 días: signos de trastorno según DSM-V. (En porcentajes)



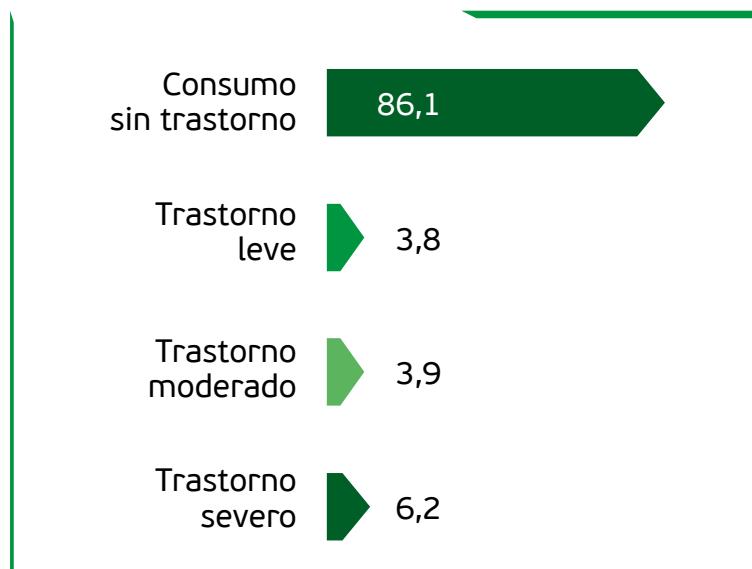
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Los signos de trastorno en el consumo de marihuana que afectan entre el 40% al 50% de los consumidores de los últimos 30 días tienen que ver con la falta de control en el consumo de esta droga (Gráfico 39). En cambio, los signos referidos a alteraciones en las relaciones sociales debidas al consumo de esta droga, tienen una prevalencia menor al 40%. Este sistema de clasificación DSM-V es similar a lo observado en el sistema CIE-10, incluye las siguientes categorías:

- Consumo sin trastorno: 0 a 1 conducta de riesgo.
- Trastorno leve: 2 a 3 conductas de riesgo.
- Trastorno moderado: 4 a 5 conductas de riesgo.
- Trastorno severo: 6 o más conductas de riesgo.

En el siguiente gráfico se muestra la distribución porcentual de categorías de trastorno en el consumo de marihuana:

Gráfico 40. Consumidores de marihuana en los últimos 30 días: categorías de abuso según DSM-V (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

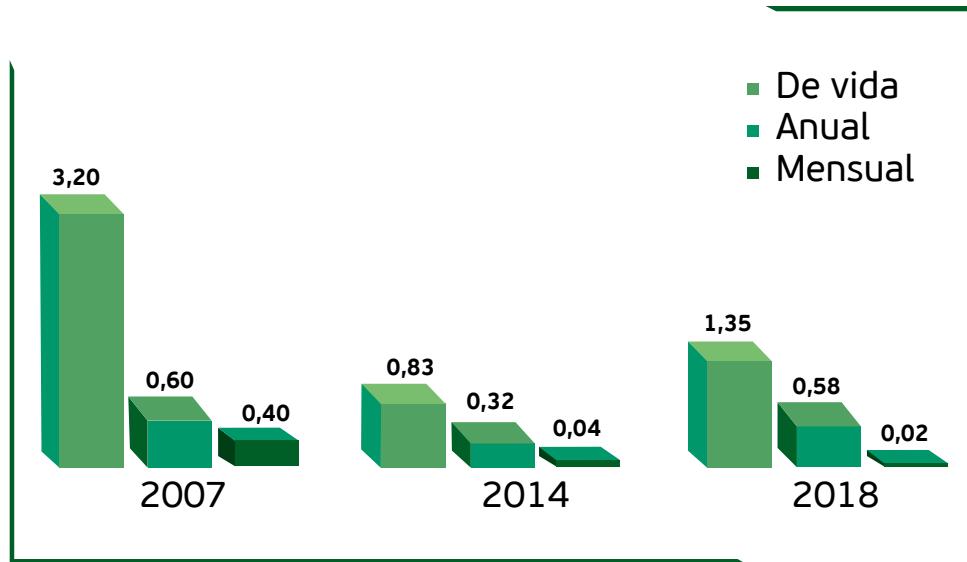
En las categorías del sistema de clasificación DSM-V se observa menos riesgo de abuso y dependencia, en comparación con el sistema CIE-10 (Gráfico 40).

Casi 9 de cada 10 consumidores de marihuana de los últimos 30 días no muestran signos de abuso en el consumo de esta droga.

4.3. CONSUMO DE COCAÍNA

4.3.1. Prevalencia

**Gráfico 41. Prevalencia comparada del consumo de cocaína.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como en el caso de la mayoría de las drogas analizadas hasta ahora, en la prevalencia del consumo de cocaína se evidencia una dinámica de disminución entre el 2007 al 2018 (Gráfico 41). La disminución se observa principalmente en el lapso de 2007 a 2014. A partir de ahí, la tendencia es más bien de cierta estabilización en el consumo. Las diferencias de la prevalencia del consumo entre 2014 y 2018 están dentro de los márgenes del error muestral. De modo que lo más prudente es afirmar una cierta estabilización del consumo en este último periodo.

La prevalencia de la cocaína en cuanto a sexo, edad y estrato social sigue los mismos patrones que la

prevalencia de marihuana (Cuadro 38). Se observa una mayor prevalencia de vida, anual y mensual entre hombres. Obsérvese que la diferencia en la prevalencia por sexo son relevantes. De manera consistente, los hombres consumen más cocaína que las mujeres.

El consumo es básicamente juvenil (16 a 24 años). Hay una mayor prevalencia en los estratos medio típico y medio alto, tal vez por la necesidad de una mayor capacidad de compra para acceder a esta droga. Sin embargo, también en el estrato bajo se evidencia una prevalencia anual y mensual relevante.

**Cuadro 38. Prevalencia del consumo de cocaína en 2018, por variables sociodemográficas.
(En porcentajes)**

		De vida	Anual	Mensual
Sexo				
	Hombres	1,88	0,80	0,05
	Mujeres	0,89	0,38	0,00
Edad				
	12 - 15	0,73	0,55	0,00
	16 - 18	2,74	2,03	0,00
	19 - 24	2,56	1,11	0,13
	25 - 30	1,86	0,61	0,00
	31 - 40	1,14	0,27	0,01
	41 - 50	0,21	0,09	0,00
	51 y más	0,44	0,05	0,00
Estrato social				
	Medio alto	2,50	0,56	0,00
	Medio típico	1,27	0,68	0,00
	Medio bajo	1,60	0,40	0,01
	Bajo	1,15	0,72	0,06
	Pobreza	0,77	0,39	0,00

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

**Cuadro 39. Prevalencia del consumo de cocaína en 2018, por ciudad.
(En porcentajes)**

	De vida	Anual	Mensual
La Paz	1,00	0,00	0,00
El Alto	1,15	0,00	0,00
Cochabamba	0,71	0,17	0,17
Santa Cruz	3,07	2,11	0,00
Oruro	0,14	0,00	0,00
Potosí	0,23	0,00	0,00
Sucre	0,64	0,13	0,00
Tarija	0,00	0,00	0,00
Trinidad	1,64	0,55	0,00
Cobija	0,36	0,18	0,18

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

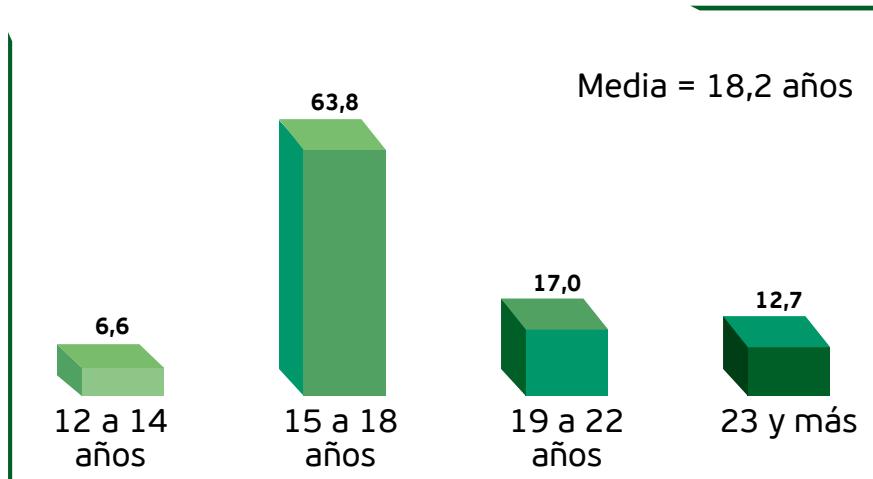
En cuanto a la prevalencia por ciudad, Santa Cruz aparece nuevamente como un espacio de mayor vulnerabilidad en el consumo de cocaína (Cuadro 39). Recuérdese que, en el caso de la prevalencia de marihuana, esta ciudad, junto a Sucre, manifestaban los porcentajes más altos. Ahora, en el caso de la cocaína, su peso es aún mayor: 30 entrevistados por

cada 1.000 consumieron cocaína en su vida y 21 por cada 1.000 consumieron esta droga en el último mes.

En cuanto a la prevalencia de consumo mensual, destaca Cobija. Esto da a entender que las ciudades de los llanos y la Amazonía aparecen como especialmente vulnerables para el consumo tanto de marihuana como de cocaína.

4.3.2. Edad de inicio

**Gráfico 42. Edad de inicio del consumo de cocaína
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La edad promedio de inicio del consumo de cocaína es de 18,2 años, similar a lo observado en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana (Gráfico 42); 7 de cada 10 consumidores de esta droga iniciaron con su consumo entre los 15 y 18 años. Esta similitud en la edad de inicio del consumo de drogas da a entender que existen factores comunes que influyen en esta dinámica.

Como se dijo antes, uno de estos factores es la mayor autonomía respecto del hogar paterno al salir de secundaria, especialmente en los hombres.

Como en el caso de la marihuana, en el consumo de cocaína, a pesar que en el estrato bajo hay, en general, una menor prevalencia, la edad de inicio es menor (Cuadro 40).

También llama la atención que en las mujeres la prevalencia es menor, pero algunas de ellas están comenzando el consumo de cocaína entre los 12 a 14 años, más que en los hombres. Esto implica situaciones de riesgo que, incluso, pueden implicar relaciones de violencia asociadas al inicio de consumo de esta droga.

**Cuadro 40. Edad de inicio del consumo de cocaína, por variables sociodemográficas.
(En porcentajes)**

		12 a 14 años	15 a 18 años	19 a 22 años	23 y más	Media (años)
Sexo	Hombres	3,1	67,1	16,5	13,3	18,5
	Mujeres	12,8	57,8	17,8	11,5	17,6
Estrato social	Medio alto	0,0	17,0	11,1	71,9	23,3
	Medio típico	0,0	57,4	35,2	7,4	18,9
	Medio bajo	0,0	72,9	22,2	4,9	18,0
	Bajo	17,5	75,6	5,2	1,8	16,1
	Pobreza	17,6	50,0	12,9	19,5	18,5

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Junto con Potosí, Santa Cruz presenta la edad de inicio más baja respecto de las demás ciudades (Cuadro 41). El 77% de los consumidores de esta droga inició su consumo entre los 15 a 18 años. Ello reafirma

las situaciones de riesgo asociadas al consumo de drogas que parecen actuar de manera relevante en esta ciudad.

**Cuadro 41. Edad de inicio del consumo de cocaína, por ciudad.
(En porcentajes)**

	12 a 14 años	15 a 18 años	19 a 22 años	23 y más	Media (años)
La Paz	0,0	14,0	79,8	6,3	19,7
El Alto	0,0	61,9	0,0	38,1	19,8
Cochabamba	0,0	43,8	28,1	28,1	21,2
Santa Cruz	10,9	76,7	8,0	4,4	16,9
Oruro	0,0	53,5	46,5	0,0	18,4
Potosí	0,0	100,0	0,0	0,0	16,1
Sucre	0,0	50,3	35,2	14,5	19,7
Tarija	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trinidad	12,3	58,9	18,7	10,1	18,3
Cobija	0,0	0,0	49,5	50,5	24,0

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

4.3.3. Incidencia

En los últimos doce meses antes del estudio, comenzaron a consumir cocaína 4 personas por cada 1.000 de la muestra (Cuadro 42). Se trata de una incidencia y, por tanto, de un potencial de crecimiento más bajo en comparación con la marihuana. Ningún

nuevo consumidor de cocaína se añadió en el último mes, lo que reafirma el poco potencial de incremento del consumo de esta droga, por lo menos en el nivel de los hogares.

Cuadro 42. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de cocaína, por variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		Anual	Mensual
Total		0,36	0,00
Sexo			
	Hombres	0,42	0,00
	Mujeres	0,30	0,00
Edad			
	12 - 15	0,46	0,00
	16 - 18	1,17	0,00
	19 - 24	0,44	0,00
	25 - 30	0,78	0,00
	31 - 40	0,11	0,00
	41 - 50	0,00	0,00
	51 y más	0,00	0,00
Estrato social			
	Medio alto	0,92	0,00
	Medio típico	0,43	0,00
	Medio bajo	0,11	0,00
	Bajo	0,45	0,00
	Pobreza	0,24	0,00

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La mayor incidencia de nuevos consumidores de cocaína en el último año se observa en la población de 16 a 18 años y en personas de los estratos con mayor poder adquisitivo: medio típico y medio alto (Cuadro 42). Recuérdese que este segmento (adolescentes de estratos medios y altos) es el que muestra una mayor prevalencia en el consumo de esta droga.

Santa Cruz aparece nuevamente con la mayor incidencia anual de nuevos consumidores (Cuadro 43). En los últimos doce meses previos al estudio, 10 personas por cada 1.000 comenzaron a consumir esta droga. Ello reafirma una vez más las condiciones que implican una mayor vulnerabilidad respecto del consumo de drogas en aquella ciudad.

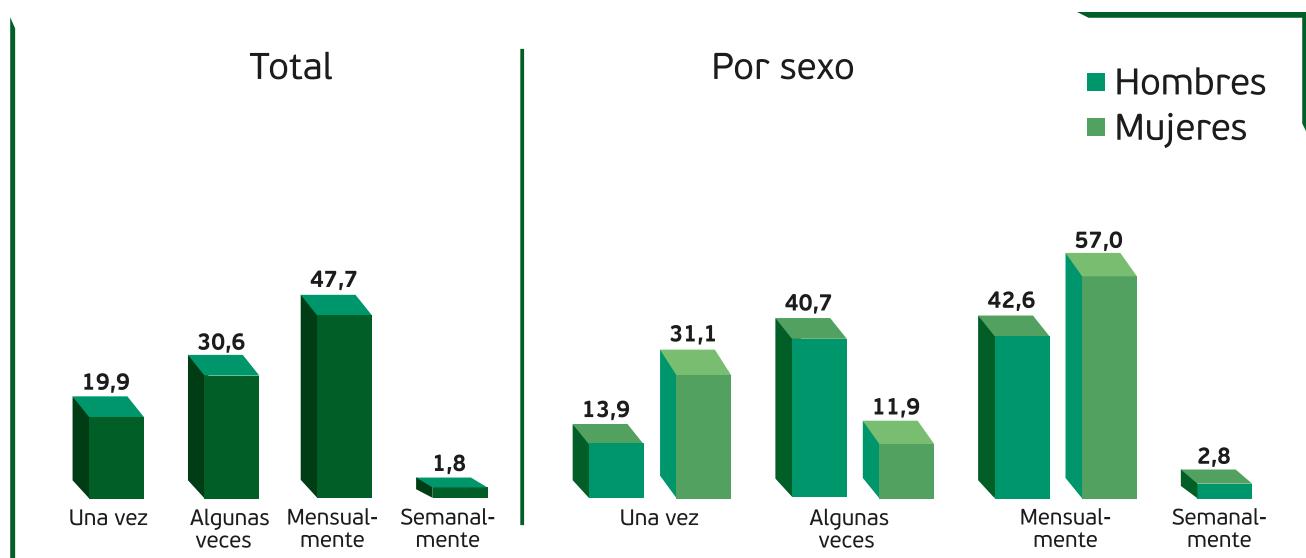
**Cuadro 43. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de cocaína, por ciudad.
(En porcentajes)**

	Anual	Mensual
La Paz	0,00	0,00
El Alto	0,22	0,00
Cochabamba	0,17	0,00
Santa Cruz	1,09	0,00
Oruro	0,00	0,00
Potosí	0,00	0,00
Sucre	0,13	0,00
Tarija	0,00	0,00
Trinidad	0,00	0,00
Cobija	0,18	0,00

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

4.3.4. Frecuencia de consumo en el año

**Gráfico 43. Frecuencia de consumo de cocaína al año.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cerca de la mitad de los consumidores de cocaína el último año consumieron esta droga “algunas veces” mensualmente (Gráfico 43). Se trata de una proporción

similar a lo observado con la marihuana. Gran parte de los demás consumidores anuales tiene una frecuencia menor (una vez o algunas veces al año).

A pesar que la prevalencia en el consumo de cocaína es menor que en los hombres, en términos de frecuencia anual, son las mujeres las que tienden a mostrar una

mayor frecuencia. Tienden a consumir más que ellos con una periodicidad regular.

**Cuadro 44. Frecuencia anual del consumo de cocaína por estrato social.
(En porcentajes)**

	Una vez	Algunas veces	Mensualmente	Semanalmente
Medio típico + m. alto	29,2	17,7	53,1	0,0
Estrato medio bajo	10,1	34,9	55,0	0,0
Bajo + pobreza	22,0	30,3	43,8	4,0

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Son los consumidores de los estratos con mayor poder adquisitivo quienes consumen, al año, más frecuentemente cocaína (Cuadro 44). Sin embargo,

en el estrato bajo destacan los que consumen semanalmente esta droga lo que se asocia, de alguna manera, a procesos de abuso y dependencia.

4.3.5. Dependencia y trastorno en el consumo (CIE-10 y DSM-V)

En el siguiente cuadro se muestra la clasificación de los consumidores de cocaína en los últimos 30 días, según los sistemas CIE-10 y DSM-V. Sin embargo, como el error muestral en la prevalencia de consumo

mensual y anual de esta y de las siguientes drogas ilícitas es amplio, esta información sólo es de carácter referencial más que estadístico.

**Cuadro 45. Consumidores de cocaína en los últimos 30 días: dependencia y abuso.
(En porcentajes)**

CIE - 10	%	DSM - V	%
Sin riesgos	0,0	Sin riesgos	96,03
Riesgo	100,0	Riesgo	3,97
Dependencia	0,0	Dependencia	0,00
Abuso	0,0	Abuso	0,00

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

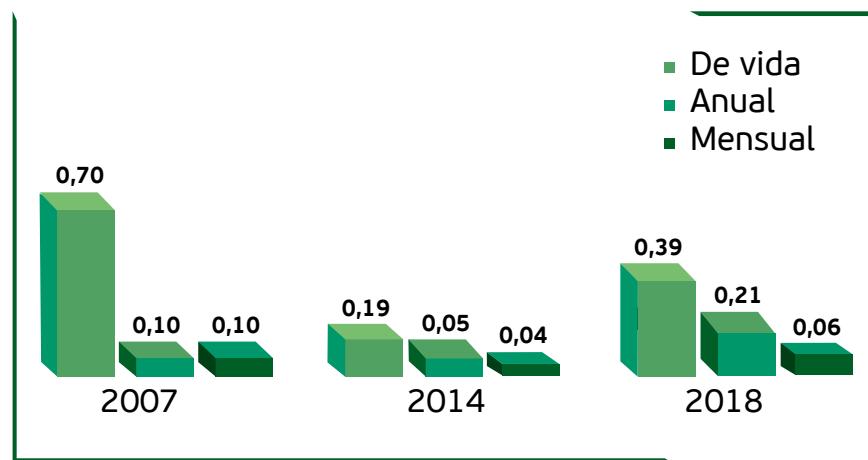
Según los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-V, entre los consumidores de cocaína de los últimos 30 días no se evidencia un alto riesgo de abuso y dependencia (Cuadro 45). En el sistema CIE-10 todos

los consumidores están en un nivel inicial de riesgo. En cambio, en el sistema DSM-V, casi la totalidad de consumidores se clasifica como “sin riesgo”.

4.4. CONSUMO DE PASTA BASE

4.4.1. Prevalencia

**Gráfico 44. Prevalencia comparada del consumo de pasta base.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La prevalencia del consumo de pasta base es más baja que la prevalencia del consumo de cocaína (Gráfico 44). Ya en el estudio de 2007 la prevalencia de vida era menor al 1%. Y entre el 2007 y el 2018 la misma ha bajado: de 7 a 4 por 1.000. Como se ha visto en el caso de la marihuana y la cocaína, se puede afirmar que entre el 2014 y el 2018 el consumo se ha estabilizado. Si el 2014 la prevalencia mensual era de 4 por cada 10.000, el 2018 esta prevalencia es de 6 por cada 10.000. En términos estadísticos no hay diferencia.

El consumo de pasta base, sigue pautas similares al consumo de marihuana y cocaína entre los diferentes segmentos del estudio (Cuadro 46). Hay más consumidores hombres en comparación con las mujeres. El consumo se centra entre los 16 a los 24 años. Es decir, es un consumo básicamente juvenil. Sin embargo, y a diferencia de lo observado con la marihuana y la cocaína, hay un mayor consumo en estratos bajos, sobre todo, en la prevalencia anual y mensual.

Cuadro 46. Prevalencia del consumo de pasta base en 2018, por variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		De vida	Anual	Mensual
Sexo				
	Hombres	0,64	0,40	0,12
	Mujeres	0,18	0,06	0,01
Edad				
	12 - 15	0,00	0,00	0,00
	16 - 18	0,87	0,78	0,00
	19 - 24	0,75	0,47	0,27
	25 - 30	0,55	0,21	0,08
	31 - 40	0,49	0,18	0,00
	41 - 50	0,06	0,00	0,00
	51 y más	0,00	0,00	0,00
Estrato social				
	Medio alto	0,27	0,27	0,00
	Medio típico	0,45	0,21	0,00
	Medio bajo	0,39	0,07	0,03
	Bajo	0,39	0,29	0,12
	Pobreza	0,39	0,36	0,04

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

**Cuadro 47. Prevalencia del consumo de pasta base en 2018, por ciudad.
(En porcentajes)**

	De vida	Anual	Mensual
La Paz	0,14	0,00	0,00
El Alto	0,44	0,11	0,11
Cochabamba	0,23	0,23	0,23
Santa Cruz	0,88	0,60	0,00
Oruro	0,07	0,00	0,00
Potosí	0,13	0,00	0,00
Sucre	0,00	0,00	0,00
Tarija	0,00	0,00	0,00
Trinidad	0,70	0,39	0,20
Cobija	0,18	0,00	0,00

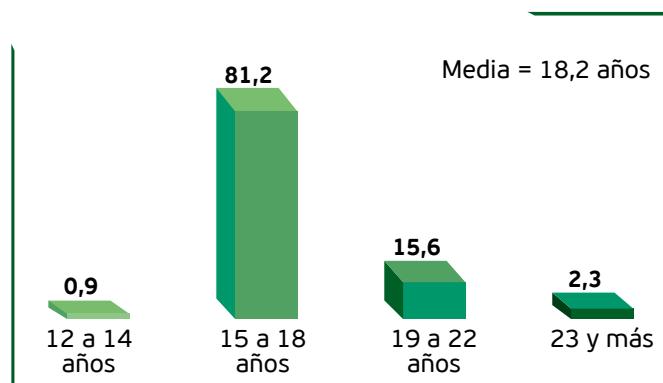
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Si se analiza la prevalencia de consumo según ciudad, se constata que Santa Cruz continúa siendo la ciudad de mayor vulnerabilidad respecto del consumo de drogas, y la pasta base no es la excepción (Cuadro 47). Esta ciudad se destaca por una mayor prevalencia de vida y anual en el consumo de pasta base. También Trinidad tiene una mayor prevalencia de consumo que el resto de las ciudades. Esta tendencia ya se observó también en el caso de la cocaína.

Lo anterior quiere decir que tanto la cocaína como la pasta base comparten las mismas dinámicas de edad (drogas juveniles) y geográficas (sobre todo en los Llanos y Amazonía). Lo que las diferencia un poco es un mayor consumo de cocaína en estratos medios y un mayor consumo de pasta base en estratos bajos.

4.4.2. Edad de inicio

Gráfico 45. Edad de inicio del consumo de pasta base. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cuadro 48. Edad de inicio del consumo de pasta base, por variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		12 a 14 años	15 a 18 años	19 a 22 años	23 y más	Media (años)
Sexo						
	Hombres	0,0	87,4	9,5	3,1	17,3
	Mujeres	3,3	63,7	33,0	0,0	18,1
Estrato social						
	Medio alto	0,0	0,0	100,0	0,0	19,5
	Medio típico	0,0	86,3	13,7	0,0	18,0
	Medio bajo	0,0	87,6	2,0	10,4	17,9
	Bajo	0,0	93,0	7,0	0,0	16,8
	Pobreza	8,4	55,5	36,1	0,0	17,2

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.



Como se recordará, las personas del estrato bajo presentan una mayor prevalencia de consumo anual y mensual de pasta base. También en este estrato bajo se comienza a consumir esta droga más temprano

(Cuadro 48), un poco antes de los 17 años; todavía en la adolescencia. También se evidencia que los hombres son los que comienzan a consumir a menor edad la pasta base, en comparación con las mujeres.

4.4.3. Incidencia

Cuadro 49. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de pasta base, por variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		Anual	Mensual
Total		0,12	0,04
Sexo			
	Hombres	0,22	0,06
	Mujeres	0,04	0,02
Edad			
	12 - 15	0,00	0,00
	16 - 18	0,68	0,10
	19 - 24	0,19	0,13
	25 - 30	0,08	0,06
	31 - 40	0,10	0,00
	41 - 50	0,00	0,00
	51 y más	0,00	0,00
Estrato social			
	Medio alto	0,00	0,00
	Medio típico	0,20	0,00
	Medio bajo	0,04	0,03
	Bajo	0,13	0,08
	Pobreza	0,33	0,00

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como se dijo antes, la prevalencia del consumo de pasta base prácticamente se ha estabilizado, o se ha mantenido en márgenes bastante similares entre el 2014 y el 2018. Esto se comprueba también con la baja incidencia de nuevos consumidores de esta droga (Cuadro 49). En el último año, se han añadido 12 nuevos consumidores por cada 10.000 personas. De estas, 12 personas 6 se han añadido en el último mes.

La mayor incidencia de nuevos consumidores se da en aquellos segmentos con mayor prevalencia: jóvenes (16 a 24 años) y en los estratos bajo y pobreza.

Cuando se analiza la incidencia de nuevos consumidores por ciudad, se observa nuevamente que Santa Cruz es la ciudad donde hay más consumidores recurrentes, junto con Cochabamba (Cuadro 50).

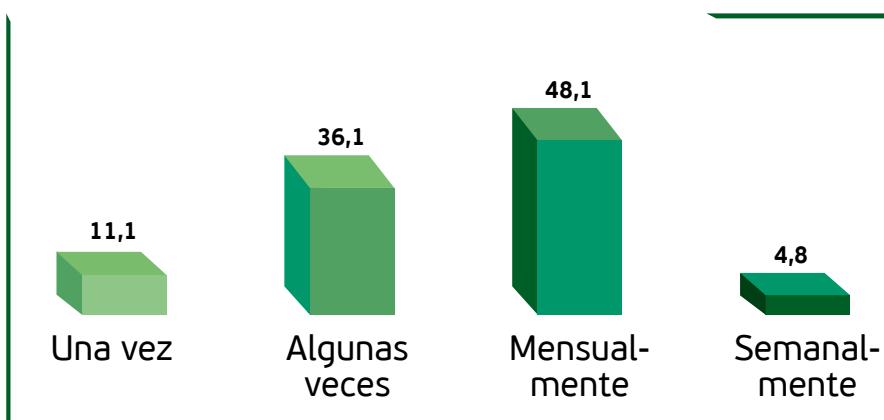
**Cuadro 50. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de pasta base, por ciudad.
(En porcentajes)**

	Anual	Mensual
La Paz	0,00	0,00
El Alto	0,00	0,00
Cochabamba	0,00	0,23
Santa Cruz	0,48	0,03
Oruro	0,00	0,00
Potosí	0,00	0,00
Sucre	0,00	0,00
Tarija	0,00	0,00
Trinidad	0,00	0,00
Cobija	0,00	0,00

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

4.4.4. Frecuencia de Consumo en el Año

Gráfico 46. Frecuencia de consumo de pasta base al año. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La frecuencia de consumo de pasta base es muy similar a lo observado en el caso de la cocaína (Gráfico 46). El 82% de los consumidores de esta

droga lo hace mensualmente o algunas veces al año. Es decir, lo predominante es un consumo ocasional, antes que semanal.

4.4.5. Dependencia y trastorno en el consumo (CIE-10 y DSM-V)

**Cuadro 51. Consumidores de pasta base en los últimos 30 días: dependencia y abuso.
(En porcentajes)**

CIE - 10	%	DSM - V	%
Sin riesgos	43,3	Sin trastorno	77,2
Riesgo	41,6	Trastorno leve	11,2
Dependencia	15,1	Trastorno moderado	11,6
Abuso	0,0	Trastorno severo	0,0

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

A pesar del bajo nivel de prevalencia y del consumo ocasional de esta droga, los niveles de abuso y dependencia (entre los consumidores del último mes), son notoriamente más altos que en el caso de la cocaína (Cuadro 51). Como se recordará, en el caso de la cocaína más del 80% no presentaba signos de abuso o dependencia. En cambio, en el caso de la pasta base, los niveles de consumo de riesgo y de consumo con trastorno leve y moderado son más altos.

Esto da a entender que, aunque los consumidores mensuales de pasta base son menos que los

consumidores mensuales de cocaína, aquellos tienden a presentar más signos de abuso y dependencia de esta droga. Hay que recordar aquí que los que consumen más la pasta base en el año, y en el mes, son los jóvenes del estrato bajo. Ello los coloca en una situación de vulnerabilidad respecto de esta droga. Finalmente, hay que recalcar que dado que los errores muestrales del consumo de pasta base son mayores (como se vio en el capítulo de metodología en este informe) y que, por tanto, los test CIE-10 y DSM-V se realizaron sobre muy pocos casos, la información del Cuadro 51 tiene un carácter referencial y no estadístico.

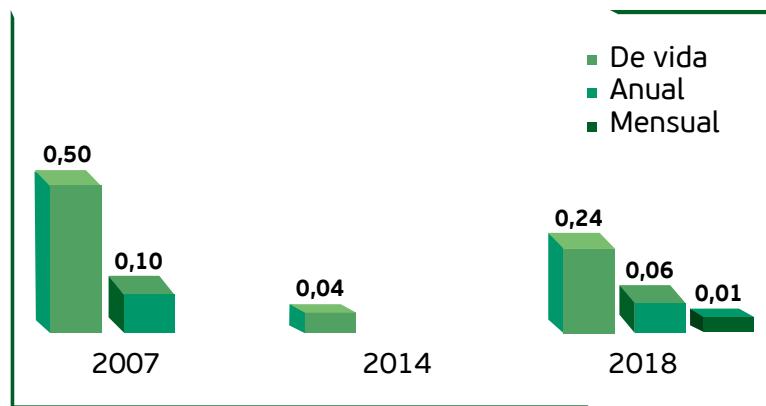
4.5. CONSUMO DE ÉXTASIS

En este punto se realizará un somero análisis de la información sobre el consumo de éxtasis. Al ser su prevalencia muy baja, el error muestral en estos

indicadores es muy alto. Lo que limita la posibilidad de hacer cálculos estadísticos muy detallados.

4.5.1. Prevalencia

Gráfico 47. Prevalencia comparada del consumo de éxtasis. (En porcentajes)



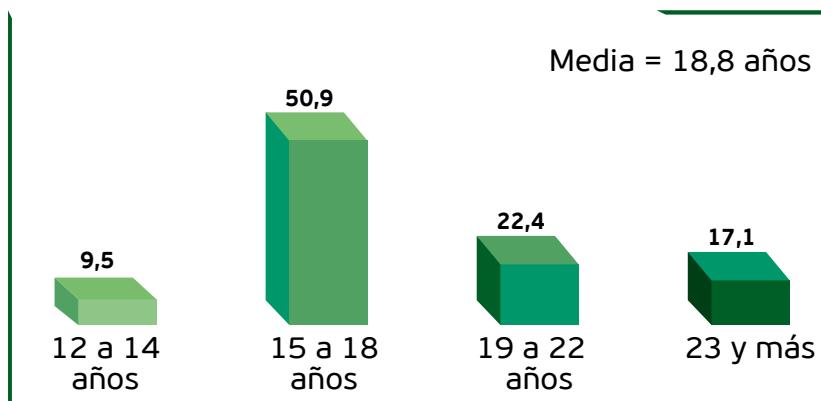
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como en las demás drogas, el consumo de éxtasis ha disminuido entre el 2007 y el 2018 (Gráfico 47). A tal punto que, en el último estudio, la prevalencia

mensual del consumo de esta droga es de, apenas, 1 por cada 10.000 personas. Se trata, por tanto, de un consumo marginal.

4.5.2. Edad de inicio del consumo de éxtasis

Gráfico 48. Edad de inicio del consumo de éxtasis. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

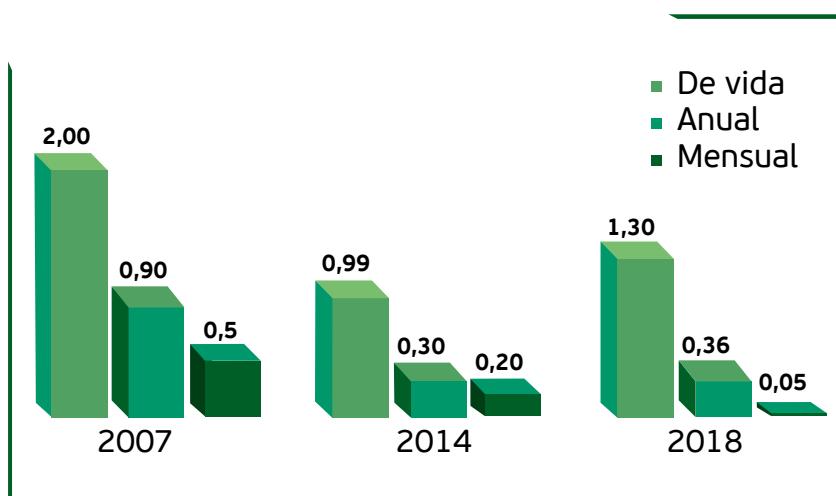
La edad de inicio del consumo de éxtasis es un poco posterior a lo observado hasta ahora (Gráfico 48). La misma se acerca a los 19 años, mientras que en la

mayoría de las demás drogas está alrededor de los 18 años.

4.6. CONSUMO DE INHALABLES

4.6.1. Prevalencia

**Gráfico 49. Prevalencia comparada del consumo de inhalables.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La prevalencia de consumo de inhalables es menor que la de marihuana, se acerca más bien a lo observado en el caso de la cocaína. Es decir, llega a 13 por 1.000 personas en el 2018 (Gráfico 49). Como en las demás drogas, en el caso de los inhalables se observa una disminución de 20 a 13 por 1.000 entre el 2007 y el 2018. También se constata que esta prevalencia se ha estabilizado entre el 2014 y el 2018.

Cuando la indagación se hace a través de hogares, el uso de inhalables se vuelve marginal. Es posible suponer que, en otro tipo de población, por ejemplo, en personas en situación de calle, esta prevalencia sea considerablemente mayor.

Como en las demás drogas, los hombres muestran una mayor prevalencia que las mujeres (Cuadro 52). Algo que diferencia el consumo de esta droga con las demás es que es menos una droga típicamente juvenil y su consumo se centra más en la adolescencia (hasta los 18 años). Es posible que esto sea así, porque el acceso a los inhalables en términos económicos es más amplio.

El uso de inhalables se concentra principalmente en el estrato de pobreza en el cual los niveles de la prevalencia de vida, anual y mensual son mayores. Esto concuerda con la asociación que generalmente se hace del consumo de inhalables con personas en

situación de precariedad social y económica. De modo que, en términos generales, en cuanto a drogas ilícitas, se tienen dos drogas con mayor consumo en estratos medios: marihuana y cocaína, seguramente porque su costo dificulta el consumo en estratos bajos. Por otro

lado, los inhalables son drogas típicamente del estrato bajo. La pasta base se coloca en una situación más o menos intermedia. El mayor consumo de esta droga se observa en el estrato medio bajo.

Cuadro 52. Prevalencia del consumo de inhalables en 2018, por variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		De vida	Anual	Mensual
Sexo				
	Hombres	1,83	0,48	0,09
	Mujeres	0,85	0,25	0,02
Edad				
	12 - 15	1,49	0,90	0,00
	16 - 18	2,04	0,50	0,25
	19 - 24	1,53	0,56	0,12
	25 - 30	1,09	0,35	0,09
	31 - 40	1,11	0,22	0,00
	41 - 50	1,35	0,31	0,00
	51 y más	1,01	0,00	0,00
Estrato social				
	Medio alto	1,51	0,55	0,00
	Medio típico	1,55	0,32	0,08
	Medio bajo	1,26	0,25	0,03
	Bajo	1,09	0,41	0,05
	Pobreza	1,76	0,46	0,15

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La mayor prevalencia de vida del consumo de inhalables está en las ciudades de La Paz y El Alto (que hasta el momento no se destacaron por un mayor consumo en las otras drogas), y nuevamente aparece la ciudad de Santa Cruz (Cuadro 53). En la medida en que en estas tres ciudades se produce la mayor concentración poblacional en Bolivia, se entiende también que exista en ellas una mayor desigualdad social y que las personas del estrato bajo se concentren

en estas ciudades. De ahí que la prevalencia de vida de inhalables sea mayor en estas ciudades.

Se confirma una vez más que la ciudad de Santa Cruz es el espacio de mayor consumo de drogas a nivel de las ciudades capitales de departamento y El Alto. En esta ciudad la prevalencia de vida, anual y mensual en el consumo de inhalables es la más alta. Llama la atención que en Cobija la prevalencia mensual de uso de inhalables sea también alta.

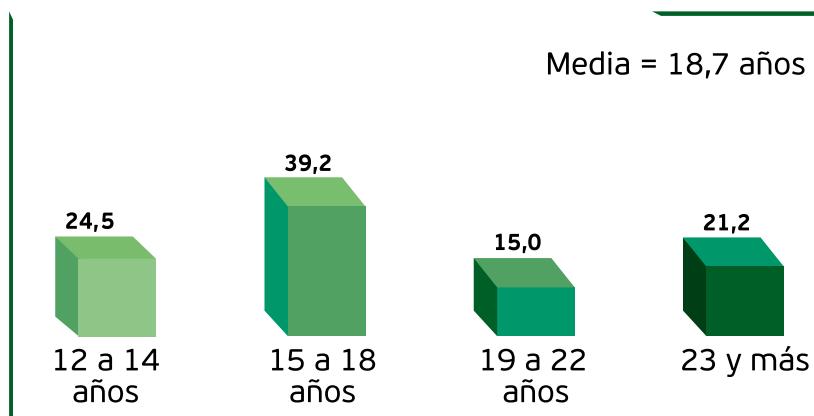
**Cuadro 53. Prevalencia del consumo de inhalables en 2018, por ciudad.
(En porcentajes)**

	De vida	Anual	Mensual
La Paz	1,74	0,00	0,00
El Alto	1,81	0,38	0,06
Cochabamba	0,56	0,00	0,00
Santa Cruz	1,99	1,02	0,16
Oruro	0,38	0,00	0,00
Potosí	0,49	0,38	0,00
Sucre	0,46	0,00	0,00
Tarija	0,00	0,00	0,00
Trinidad	0,20	0,00	0,00
Cobija	0,35	0,18	0,18

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

4.6.2. Edad de inicio

**Gráfico 50. Edad de inicio del consumo de inhalables.
(En porcentaje)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

A pesar que son los adolescentes quienes más usan los inhalables, la edad promedio de inicio de consumo de estas drogas está alrededor de los 18,7 años, como promedio (Gráfico 50). Obsérvese que un quinto de los consumidores inició el uso de inhalables después de los 23 años.

Lo preocupante en el uso de inhalables es que, el 24,5% de consumidores que comenzaron a usar estas drogas en la adolescencia, son los que la consumen de manera más frecuente.

**Cuadro 54. Edad de inicio del consumo de inhalables, por variables sociodemográficas.
(En porcentajes)**

		12 a 14 años	15 a 18 años	19 a 22 años	23 y más	Media (años)
Sexo						
	Hombres	15,1	48,2	12,5	24,2	18,9
	Mujeres	31,1	34,3	17,8	16,8	18,5
Estrato social						
	Medio alto	0,0	22,1	19,1	58,9	23,0
	Medio típico	8,4	50,3	13,1	28,1	19,4
	Medio bajo	23,3	37,7	15,5	23,5	19,4
	Bajo	26,6	52,1	13,3	7,9	16,5
	Pobreza	36,6	35,1	13,4	14,9	19,3

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Un importante 31,1% de mujeres que usan inhalables iniciaron el consumo entre los 12 y 14 años (Cuadro 54), ello implica situaciones de alta vulnerabilidad en este segmento. Lo mismo se puede decir de los

estratos bajos, que son los que más usan estas drogas. La mayor parte de los consumidores de estos estratos comenzaron el uso de inhalables en la pre adolescencia (12 a 14 años).

4.6.3. Incidencia

**Cuadro 55. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de inhalables,
por variables sociodemográficas. (En porcentajes)**

		Anual	Mensual
Total		0,19	0,06
Sexo			
	Hombres	0,26	0,08
	Mujeres	0,14	0,04
Edad			
	12 - 15	0,71	0,10
	16 - 18	0,72	0,00
	19 - 24	0,23	0,07
	25 - 30	0,08	0,19
	31 - 40	0,04	0,00
	41 - 50	0,07	0,00
	51 y más	0,00	0,05
Estrato social			
	Medio alto	0,00	0,00
	Medio típico	0,06	0,05
	Medio bajo	0,04	0,07
	Bajo	0,37	0,07
	Pobreza	0,35	0,00

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Los niveles de incidencia de nuevos consumidores de inhalables son relativamente bajos (Cuadro 55). Se ha identificado a 2 x 1.000 nuevos consumidores al año,

y a 6 por 10.000 nuevos consumidores al mes. Esto da a entender que el potencial de crecimiento en el consumo de inhalables es, por lo pronto, bajo.

**Cuadro 56. Incidencia anual y mensual de nuevos consumidores de inhalables por ciudad.
(En porcentajes)**

	Anual	Mensual
La Paz	0,00	0,00
El Alto	0,00	0,10
Cochabamba	0,07	0,00
Santa Cruz	0,73	0,15
Oruro	0,00	0,00
Potosí	0,00	0,00
Sucre	0,00	0,00
Tarija	0,00	0,00
Trinidad	0,00	0,00
Cobija	0,00	0,00

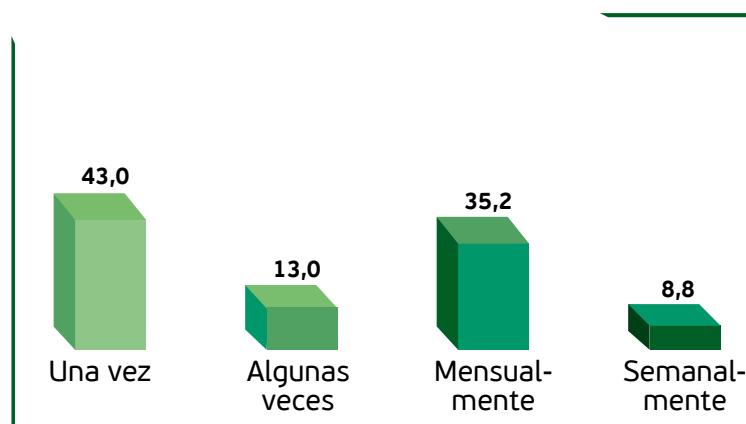
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La mayor incidencia de nuevos consumidores de inhalables se observa en las ciudades de El Alto y Santa Cruz (Cuadro 56). Excepto en Cochabamba,

en las demás ciudades prácticamente no se han identificado nuevos consumidores de estas drogas en el último año y el último mes.

4.6.4. Frecuencia de consumo en el año

**Gráfico 51. Frecuencia de consumo de inhalables al año.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

De acuerdo con el Gráfico 51, la frecuencia del uso de inhalables es relativamente baja. El 91% usa estas drogas

entre una vez al año y una vez al mes. El uso semanal de inhalables llega a 1 de cada 10 consumidores.

4.6.5. Tipo de inhalables usados la última vez

**Gráfico 52. Sustancia utilizada para drogarse la última vez.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como se observa en el Gráfico 52, las pinturas son los inhalables que más usan como droga. Cerca de 4 de cada 10 consumidores recurren a las pinturas.

En segundo lugar, se tiene una variedad de inhalables (líquido de encendedores, desodorantes,

disolventes). La gasolina ocupa el último lugar en el uso de inhalables.

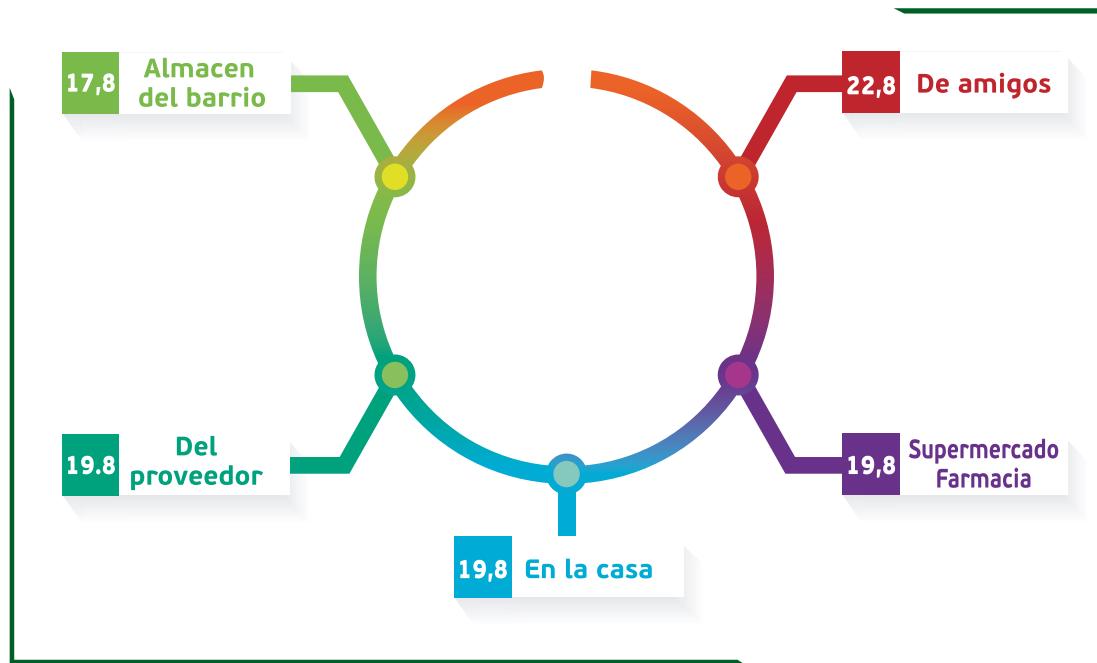
En esta lista no aparece, los pegamentos (la clefa, por ejemplo), que es ampliamente usada por población en situación de calle. Esto muestra una vez más los patrones de uso de inhalables en personas

4.6.6. Lugar de abastecimiento

Se consultó a los consumidores de inhalables en qué lugar se abastecían de estas sustancias para usarlas como droga. En el Gráfico 53, se observa que hay una amplia variedad de lugares de abastecimiento. Ninguno de ellos ocupa algún primer lugar. Los entrevistados

mencionan proveedores personales (amigos, proveedor específico), así como establecimientos públicos (supermercados, farmacias, almacenes de barrio). Nótese que un quinto de los consumidores usa inhalables disponibles en sus propios hogares.

**Gráfico 53. Lugar de abastecimiento de inhalables la última vez.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

4.7. CONSUMO DE OTRAS DROGAS

Cuadro 57. Prevalencia de consumo de vida de otras drogas y edad promedio de inicio de consumo.

	De vida (porcentaje)	Edad promedio de inicio de consumo (años)
Analgésicos	1,40	18,9
Hachís	0,21	18,2
Relevón	0,19	16,8
Heroína	0,19	17,0
Alucinógenos	0,17	21,1
Anfetaminas	0,14	20,2
Popper	0,14	17,9
Ketamina	0,11	21,5
Crack	0,08	18,7
GHB	0,04	20,3

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Finalmente, se consultó a los entrevistados si habían probado alguna vez otras drogas, tal como se muestra en el Cuadro 57. Obsérvese que los niveles de prevalencia de vida de otras drogas son muy bajos. Se tiene, por un lado, a 14 por 1.000 entrevistados que han consumido analgésicos como la prevalencia más alta. Pero lo más común es encontrar a 2 por 1.000

que han consumido alguna vez en la vida drogas como heroína, anfetaminas y otras.

El promedio de edad de inicio en el consumo de estas otras drogas está entre los 18 y 20 años. Lo que confirma una vez más que la etapa de salir del colegio es un periodo especialmente vulnerable para el inicio de consumo de drogas en general.

4.8. CONCLUSIONES

Como en el caso de las drogas lícitas, la prevalencia del consumo de drogas ilícitas ha disminuido notoriamente entre el estudio de 2007 y el actual estudio de 2018. El mayor periodo de disminución está entre el estudio de 2007 y el estudio de 2014. Más bien, entre el estudio de 2014 y el actual estudio de 2018 se evidencia una tendencia a la estabilización del consumo. Incluso, en algunos casos, a un leve incremento.

Se puede afirmar que el consumo de algunas drogas ilícitas ha llegado a ser marginal. Esto es cierto, sobre

todo con drogas como la cocaína, la pasta base, el éxtasis y, de alguna manera, los inhalables (en población en hogares). En estos casos, la prevalencia mensual de consumo es menor a 6 por 10.000.

Como se mencionó en el anterior capítulo, por la información recabada en el presente estudio no es posible precisar cuáles son los factores de contexto y/o las políticas públicas que están influyendo para esta notoria disminución de las prevalencias de consumo de drogas ilícitas. Se necesita de otro tipo de estudios

que ayuden a identificar estos factores, de modo que los mismos puedan ser fortalecidos para continuar con esta tendencia decreciente en el consumo, o para mantener este consumo en su actual nivel marginal.

Sin embargo, el hecho de que el consumo, en términos de prevalencia sea marginal, no significa que no implique ciertos riesgos. Se ha podido constatar que mientras más temprano se inicie el consumo de las drogas ilícitas (por ejemplo, entre los 12 y 14 años, o entre los 15 y 16 años), existe mayor riesgo para una mayor prevalencia y/o para una mayor frecuencia de consumo.

En este sentido cabría distinguir entre dos contextos de inicio del consumo:

- El contexto dominante en el cual el consumo se inicia alrededor de los 18 años, cuando los jóvenes están pasando de un ciclo vital (colegio) a otro, con mayor autonomía respecto de su hogar paterno (sea en la universidad, en otros estudios técnicos, o en la incorporación al mercado laboral).

En esta situación existe menos posibilidad de desarrollar signos de abuso y dependencia en el consumo de drogas como han mostrado las pruebas CIE-10 y DSM-V.

- Un contexto que podría denominarse como más problemático y de mayor vulnerabilidad, en el cual el consumo de drogas ilícitas (y también de drogas lícitas como el alcohol) comienza antes de los 16 años, a veces en la pre adolescencia (12-14 años). En estos casos, el inicio de consumo de drogas parece estar condicionado por situaciones problemáticas en términos emocionales, relaciones y/o de precariedad económica.

En estas circunstancias aumenta la probabilidad de desarrollar una mayor prevalencia del consumo en la adolescencia, junto con una mayor frecuencia y con signos de dependencia y abuso.

Como se ha visto en las drogas lícitas, en cuanto al consumo de drogas ilícitas, Santa Cruz aparece como la ciudad con mayor prevalencia de consumo. Se constituye por tanto en un espacio de alta vulnerabilidad respecto del consumo de drogas. Se requieren estudios específicos para identificar las características del contexto en Santa Cruz que están contribuyendo a esta mayor prevalencia en el consumo de drogas.

Junto con Santa Cruz, algunas ciudades muestran algunas prevalencias llamativas en cuanto a algunas drogas. Por ejemplo, Trinidad para el consumo de cocaína y pasta base. Sucre en el consumo de marihuana (así como también en el consumo de alcohol y tabaco, como se ha visto en el anterior capítulo). La Paz y El Alto en el uso de inhalables.

Se ha observado también que el consumo de algunas drogas como marihuana y cocaína tiende a ser un poco mayor en estratos medios, probablemente por su costo. En cambio, el uso de inhalables se observa más en estratos bajos. La pasta base tiene una situación más o menos intermedia: su mayor prevalencia está en el estrato medio bajo. Así, hay una especie de segmentación socio económica en el consumo de las drogas ilícitas.

En síntesis, se puede caracterizar el consumo de drogas ilícitas como marginal y focalizado que merece la atención en segmentos específicos. Principalmente adolescentes (de 12 a 16 años) y en ciudades como Santa Cruz donde la prevalencia tiende a ser más alta que en las otras ciudades.

5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES EN EL CONSUMO DE DROGAS



5.1. INTRODUCCIÓN

Después de analizar la prevalencia, la edad de inicio, la incidencia, la frecuencia y los indicadores de abuso y dependencia en el consumo de drogas lícitas y de drogas ilícitas en los capítulos anteriores, en éste se estudiarán los factores de riesgo que están asociados al consumo de drogas.

Especificamente se analizará la correlación de los siguientes factores con el consumo de drogas:

- Percepción de riesgo del consumo de drogas.
- Exposición a la oferta de drogas.
- Consumo de drogas en el entorno cercano de los entrevistados.

Una vez hecho este análisis, se estudiarán algunos posibles efectos del consumo de drogas:

- El policonsumo.
- Efectos en el estado de salud.
- Problemas con el entorno.
- Experiencias de tratamiento por el consumo de drogas.

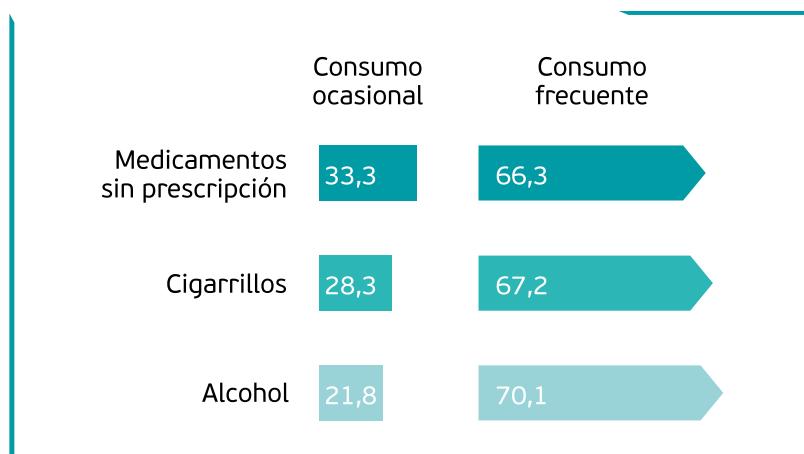
Con este análisis se espera tener un panorama lo más completo posible, no sólo de los niveles de consumo de drogas, sino de los factores asociados a este consumo.

5.2. PERCEPCIONES DE RIESGO

El primer factor a ser analizado serán las percepciones de riesgo asociado al consumo de drogas. La hipótesis de partida es que, a menor

percepción de riesgo en el consumo de drogas, mayor la probabilidad de consumirlas.

**Gráfico 54. Percepción de “alto riesgo” del consumo de drogas lícitas.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Se consultó a los entrevistados si tanto el consumo “ocasional”, así como el consumo “frecuente” de las drogas lícitas significa un riesgo alto, moderado o leve para la persona. En el Gráfico 54, se muestra únicamente el porcentaje de entrevistados que afirmaron que el consumo de drogas implica un “alto riesgo”, sea este ocasional o frecuente.

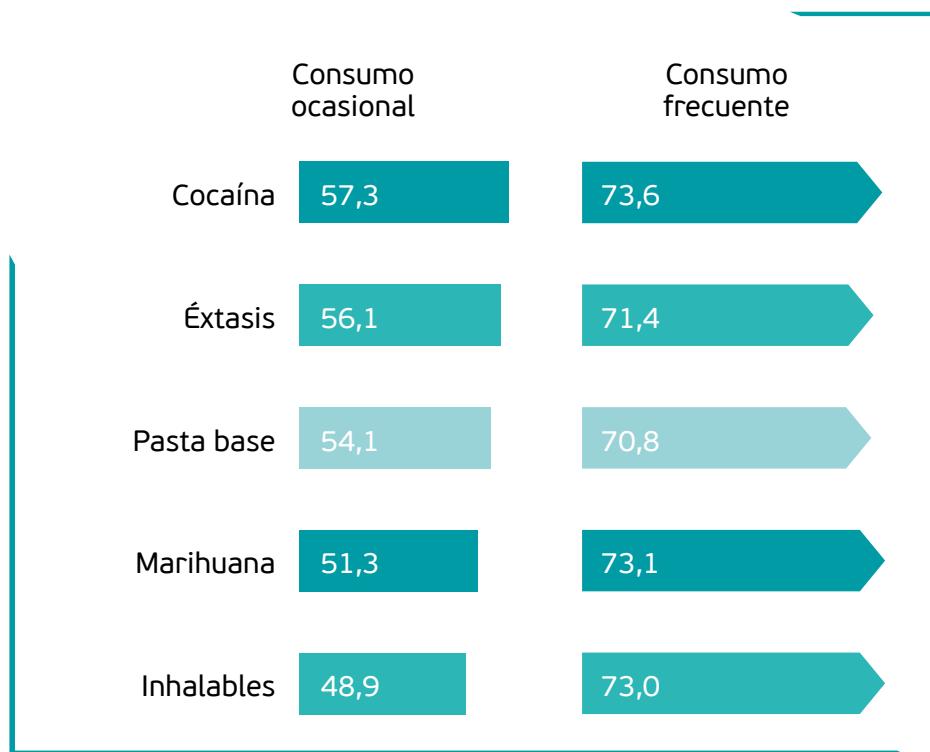
Como se puede observar en el mencionado gráfico, en cuanto al consumo ocasional, el mayor riesgo percibido se refiere al “consumo de medicamentos sin prescripción médica”. Al menos, 1 de cada 2 entrevistados cree que hay un alto riesgo en este consumo ocasional de medicamentos. En cambio, el consumo ocasional de alcohol y tabaco implica menos riesgo. El porcentaje que percibe “alto riesgo”, en este consumo ocasional, baja a un quinto de la muestra. Como se verá más adelante, varios de los entrevistados están expuestos al consumo de alcohol y tabaco en su entorno. De ahí que no se perciba que el consumo ocasional de estas drogas implique un alto riesgo para la salud.

Sin embargo, cuando se habla de “consumo frecuente”, las diferencias entre medicamentos y alcohol/tabaco desaparecen. Para 2 de cada 3 entrevistados, este consumo frecuente implica un “alto riesgo” para las personas.

Esta misma diferencia de percepción de riesgo entre “consumo ocasional” y “consumo frecuente”, se observa respecto de las drogas ilícitas (Gráfico 55). Sin embargo, las diferencias de percepción de riesgo entre ambos tipos de consumo son menores, en comparación con las drogas lícitas. La mitad de los entrevistados cree que el consumo ocasional de las drogas ilícitas es riesgoso y, de esta mitad, se sube a las tres cuartas partes en la percepción de riesgo, cuando se habla del consumo frecuente.

Sin embargo, llama la atención que una cuarta parte de los entrevistados no vea como alto riesgo el consumo frecuente de las drogas ilícitas. Esto quiere decir que hay cerca de un 25% de personas para quienes este consumo frecuente no representa una amenaza para la salud.

**Gráfico 55. Percepción de alto riesgo del consumo de drogas ilícitas.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Hay una mayor percepción de riesgo en el consumo ocasional de la cocaína y el éxtasis. En cambio, el consumo ocasional de la marihuana y los inhalables tienen una percepción de riesgo un poco menor. Como en el caso de las drogas lícitas, estas diferencias desaparecen en cuanto al consumo frecuente, donde el consumo de todas las drogas implica el mismo nivel de riesgo.

Cuando se analiza la percepción de riesgo en el consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas, según variables sociodemográficas, se observa que en todos

los casos son los hombres quienes tienen una menor percepción de riesgo (Cuadro 58).

En cuanto a la edad, son los segmentos que más consumen estas drogas los que enfatizan menos el riesgo en su consumo. Vale decir de 16 a 40 años en el caso de las drogas lícitas, y de 16 a 24 años en el caso de las drogas ilícitas. Es decir que se puede observar una correlación entre menor percepción de riesgo y consumo. En efecto, los que menos percepción de riesgo manifiestan son los que más consumen estas drogas (hombres, jóvenes de mediana edad y de estratos medio y medio alto).

Cuadro 58. Percepción de alto riesgo del consumo de drogas, según variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		Drogas lícitas		Drogas ilícitas	
		Consumo ocasional	Consumo frecuente	Consumo ocasional	Consumo frecuente
Total		38,6	67,9	53,5	72,4
Sexo					
	Hombres	36,5	64,6	51,7	71,3
	Mujeres	40,3	70,7	55,1	73,3
Edad					
	12 - 15	45,8	70,2	55,6	74,5
	16 - 18	41,7	70,4	52,7	74,8
	19 - 24	37,7	69,3	52,0	73,7
	25 - 30	37,7	67,7	50,8	73,1
	31 - 40	34,3	66,2	54,5	70,4
	41 - 50	40,4	71,0	58,8	77,6
	51 y más	38,8	63,8	51,8	66,7
Estrato social					
	Medio alto	34,5	62,9	55,2	74,8
	Medio típico	38,4	70,4	53,9	77,8
	Medio bajo	38,3	71,7	56,5	76,4
	Bajo	41,2	67,8	52,9	70,3
	Pobreza	31,3	53,4	44,7	55,8

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

**Cuadro 59. Percepción de alto riesgo del consumo de drogas, según ciudad.
(En porcentajes)**

	Drogas lícitas		Drogas ilícitas	
	Consumo ocasional	Consumo frecuente	Consumo ocasional	Consumo frecuente
La Paz	26,6	78,6	57,5	82,0
El Alto	27,7	77,2	61,9	81,8
Cochabamba	24,9	81,3	58,3	85,5
Santa Cruz	30,1	53,2	49,8	62,1
Oruro	13,5	44,7	33,4	44,1
Potosí	30,0	79,7	52,5	83,2
Sucre	25,4	66,2	55,9	71,0
Tarija	30,0	90,2	58,0	85,2
Trinidad	24,5	58,0	42,6	59,6
Cobija	36,6	70,2	62,6	75,1

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Esta correlación, entre menor percepción de riesgo y mayor consumo, se observa también en el caso de las ciudades (Cuadro 59). Como se recordará, en los capítulos anteriores se identificó que, en términos generales, tres ciudades son más vulnerables al consumo de drogas: Santa Cruz en el consumo de drogas lícitas e ilícitas, Sucre en el consumo de drogas

lícitas y marihuana, y Trinidad en el consumo de drogas ilícitas (especialmente cocaína).

Ahora bien, son precisamente en estas ciudades donde hay una menor percepción de riesgo respecto del consumo de drogas. A estas ciudades se añade Oruro que, aunque no tiene altos niveles de consumo, sí presenta una menor percepción de riesgo.

**Cuadro 60. Percepción de alto riesgo del consumo de drogas, según tipo de consumidores.
(En porcentajes)**

	Drogas lícitas		Drogas ilícitas	
	Consumo ocasional	Consumo frecuente	Consumo ocasional	Consumo frecuente
No consumidores	82,2	87,7	81,1	86,7
De alcohol (mes)	25,4	65,6	54,0	73,0
De tabaco (mes)	22,9	65,0	44,8	58,5
Policonsumo	34,8	63,3	48,2	68,3

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

También se analizó la percepción de riesgo en el consumo de drogas, según tipo de consumidores (Cuadro 60). Se tomaron en cuenta cuatro segmentos de consumidores:

- Los “no consumidores”, Son los que no han consumido ni una vez en su vida alguna droga ilícita y que, al mismo tiempo, no han consumido alcohol o tabaco en el último año.
- Los consumidores de alcohol, que han probado esta droga lícita en el último mes.
- Los consumidores de tabaco, que han fumado en el último mes.
- Y quienes tienen policonsumo, es decir, personas que en el último año han consumido alcohol y/o tabaco y que, además, han consumido alguna vez en su vida alguna droga ilícita.

En términos generales, los “no consumidores” tienen una mayor percepción de riesgo, tanto en el consumo de drogas lícitas como ilícitas. Al menos 8 de cada 10 de ellos perciben un alto riesgo, independientemente si el consumo es ocasional o frecuente.

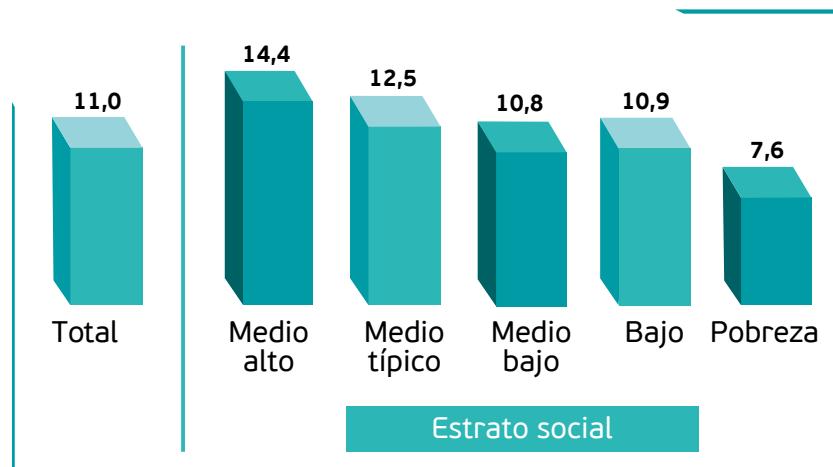
En cambio, entre los consumidores de alguna droga (lícita o ilícita), la percepción de riesgo disminuye, sobre todo cuando se trata del consumo ocasional. Esto muestra una vez más que hay correlación entre percepción de bajo riesgo del consumo de drogas y el propio consumo.

No hay diferencias significativas entre los segmentos de consumidores. A lo sumo se puede decir que aquellos que consumen más de una droga son los que muestran una percepción más baja sobre el riesgo que implica este consumo, sobre todo, en cuanto al consumo frecuente de drogas lícitas como ilícitas.

5.3. EXPOSICIÓN A LA OFERTA DE DROGAS

5.3.1. Conocimiento de lugares de venta de drogas

Gráfico 56. Personas que conocen lugares en sus barrios donde venden drogas según estrato social. (En porcentajes)



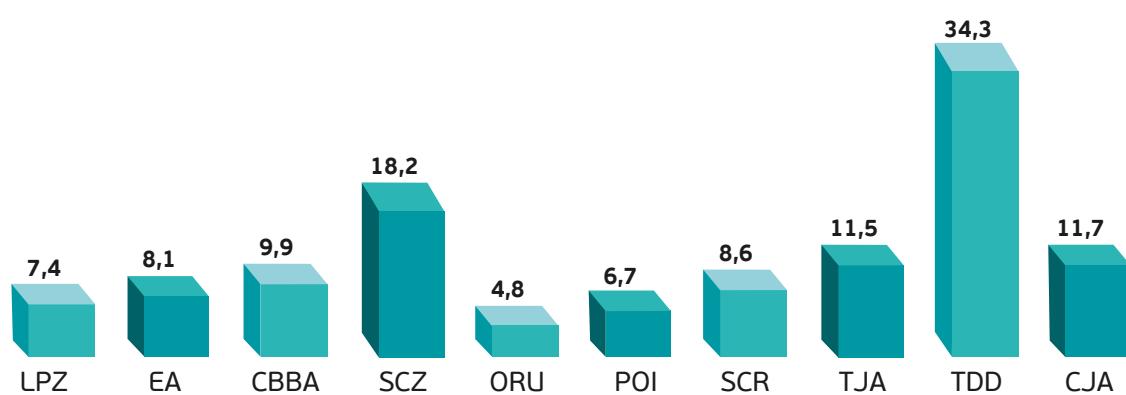
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Se consultó a los entrevistados si conocían lugares de venta de drogas en sus barrios. Cabe resaltar aquí que la venta de droga en los barrios no es el único espacio de expendio, tal vez ni siquiera es el más importante en varios casos. El que una persona no conozca lugares de venta de drogas en su barrio no significa necesariamente que esté menos expuesta a la oferta de estas sustancias. Es posible que pueda tener contacto con lugares de venta en el centro de su ciudad, o en otras zonas que no sean su barrio. Sin embargo, este primer indicador nos acerca un poco a la exposición frente a la oferta de drogas.

Como se observa en el Gráfico 56, el 11% de los entrevistados conoce lugares de venta de droga en sus barrios. Cuando se analiza este conocimiento según estrato social, se constata que las personas de estratos medios conocen más lugares de venta de droga en sus barrios, en comparación con las personas del estrato bajo o pobreza.

Esto también implica una cierta correlación con los niveles de consumo. Como se mencionó en los capítulos anteriores, en el estrato medio y medio alto existe una mayor prevalencia de consumo de algunas drogas como alcohol, tabaco, marihuana y cocaína.

**Gráfico 57. Personas que conocen lugares en sus barrios donde venden drogas
según ciudad. (En porcentajes)**



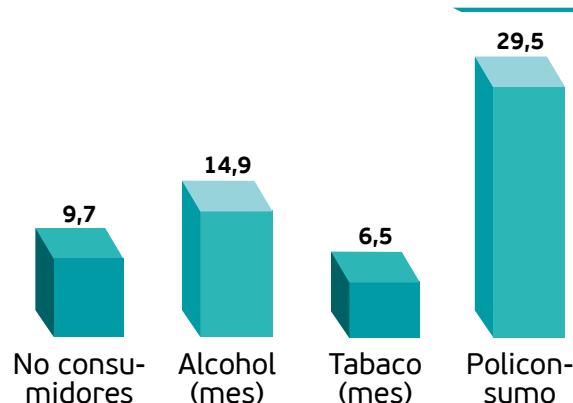
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el conocimiento de lugares de venta de droga por ciudad destaca Trinidad (Gráfico 57). Al menos, 1 de cada 3 personas conoce, en esta ciudad, lugares de venta de droga. Esto da a entender que en esta ciudad hay una mayor exposición a la oferta de drogas ilícitas. Es posible que esto esté asociado a circuitos de tráfico de droga (cocaína y pasta base) hacia Brasil. También destaca el mayor conocimiento de lugares de venta de drogas en la ciudad de Santa Cruz.

Esta ciudad muestra varios indicadores de mayor vulnerabilidad para el consumo de drogas, sea por el lado de la prevalencia, como de la oferta de estas sustancias.

Las ciudades con menor conocimiento de venta de drogas son Oruro y Potosí. Como se recordará, estas ciudades no se destacan por una mayor prevalencia en el consumo de drogas (salvo inhalables en Potosí).

Gráfico 58. Personas que conocen lugares en sus barrios donde venden drogas, según tipo de consumidores. (En porcentajes)



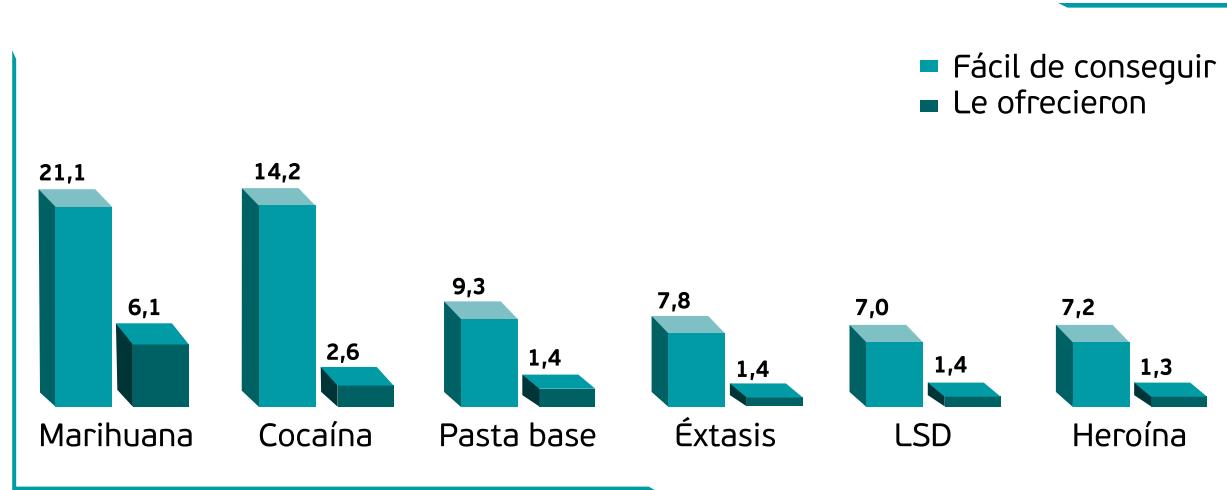
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Las personas que consumen más de una droga, son las que más conocen lugares de venta de drogas en sus barrios (Gráfico 58). Hay pues una correlación entre mayor exposición a la venta de estas sustancias

y mayor consumo de las mismas. No siempre es posible establecer una relación de causalidad, pero sí de presencia simultánea de ambos indicadores (conocimiento y consumo).

5.3.2. Exposición a la oferta de drogas

Gráfico 59. Personas que creen que es fácil conseguir drogas y a quienes les ofrecieron drogas en el último año. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 59, se muestra el porcentaje de quienes creen que es fácil conseguir determinadas drogas y quienes estuvieron expuestos a la oferta de las mismas en el último año. Como se puede apreciar, tanto la percepción de facilidad de acceso, como la mayor exposición a la oferta se centra en la marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis. Y es precisamente estas drogas, y en ese orden, las que tienen una mayor prevalencia de consumo.

Otra vez se observa una correlación entre consumo y exposición efectiva a la oferta de estas drogas.

Quienes creen que es más fácil conseguir drogas ilícitas y quienes estuvieron expuestos a la oferta de las mismas durante el último año, son los segmentos que hasta el momento han mostrado una mayor prevalencia de consumo (Cuadro 61): hombres de 16 a 30 años, de estratos medios.

Cuadro 61. Personas que creen que es fácil conseguir drogas y a quienes les ofrecieron drogas el último año, según variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		Marihuana		Otras drogas	
		Fácil de conseguir	Le ofrecieron	Fácil de conseguir	Le ofrecieron
Sexo	Hombres	24,1	8,8	10,1	2,2
	Mujeres	18,4	3,8	8,3	1,1
Edad	12 - 15	13,1	5,6	4,6	1,4
	16 - 18	26,2	13,4	10,1	3,6
	19 - 24	27,7	14,1	11,1	2,6
	25 - 30	26,9	5,4	12,2	1,7
	31 - 40	18,1	3,1	8,1	1,1
	41 - 50	20,9	2,2	9,8	0,8
	51 y más	14,8	2,1	6,9	0,9
Estrato social	Medio alto	24,0	7,6	7,4	1,7
	Medio típico	28,4	7,4	14,1	2,4
	Medio bajo	23,5	6,6	10,0	1,5
	Bajo	17,0	5,6	7,2	1,4
	Pobreza	14,7	3,2	5,6	1,6

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cuadro 62. Personas que creen que es fácil conseguir drogas y a quienes les ofrecieron drogas el último año, según ciudad. (En porcentajes)

	Marihuana		Otras drogas	
	Fácil de conseguir	Le ofrecieron	Fácil de conseguir	Le ofrecieron
La Paz	26,6	8,8	10,8	1,5
El Alto	22,7	5,9	11,2	1,0
Cochabamba	18,2	4,8	7,2	1,0
Santa Cruz	23,8	6,1	10,5	3,2
Oruro	6,7	2,5	3,3	0,6
Potosí	22,3	8,0	9,3	2,2
Sucre	18,0	10,2	5,5	1,0
Tarija	20,7	5,2	5,7	0,8
Trinidad	32,5	4,2	17,6	1,2
Cobija	23,9	2,9	5,4	0,3

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En cuanto a las ciudades, esta correlación entre exposición a la oferta y mayor prevalencia de consumo tiende a desdibujarse un poco (Cuadro 62). Aparece La Paz con una importante exposición a la oferta, aunque en términos de prevalencia esta ciudad no se ha destacado de manera relevante. A pesar de lo anterior, sí se evidencian algunos indicios de correlación geográfica. Aparecen ciudades

como Santa Cruz, Sucre y Trinidad, que en términos de prevalencia han mostrado mayores niveles de consumo. Obsérvese que, en cuanto a la facilidad de conseguir “otras drogas”, se destaca Trinidad. Esto está asociado a que, como se vio antes, una tercera parte de los entrevistados de esta ciudad conoce lugares de venta de droga en sus barrios.

Cuadro 63. Personas que creen que es fácil conseguir drogas y a quienes les ofrecieron drogas el último año, según tipo de consumidores. (En porcentajes)

	Marihuana		Otras drogas	
	Fácil de conseguir	Le ofrecieron	Fácil de conseguir	Le ofrecieron
No consumidores	14,0	3,6	6,7	0,6
De alcohol (mes)	28,9	10,8	12,4	3,5
De tabaco (mes)	30,8	14,2	10,9	1,4
Policonsumo	53,6	41,0	29,1	17,1

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

La mayor relación entre exposición a la oferta de drogas y consumo se observa en el Cuadro 63. Está claro que aquellos que consumen dos o más drogas son los que afirman que más fácilmente se las puede conseguir y quienes han estado más expuestos a la oferta de las mismas. Obsérvese que la diferencia entre estos “consumidores múltiples” respecto de los otros segmentos, tanto en percepción de facilidad de conseguir drogas, como en la exposición efectiva a la oferta de las mismas, es de aproximadamente 20 puntos porcentuales. Se trata de una diferencia muy

importante. Por otro lado, los consumidores de alcohol y tabaco tienen, notablemente, una mayor exposición a la oferta de drogas (ilícitas) que los no consumidores.

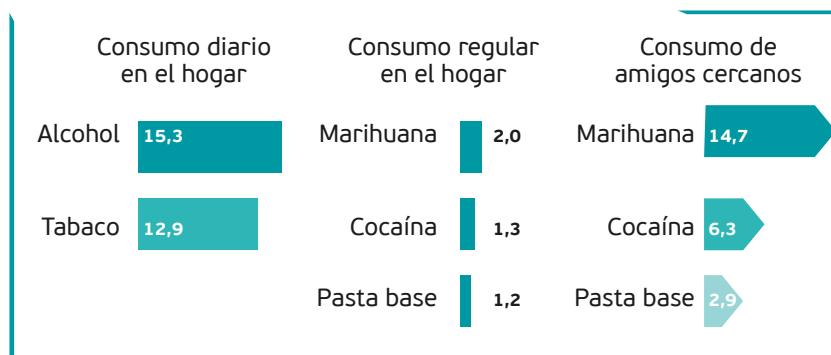
Nuevamente hay que recalcar que no se trata de una relación “causal”. Es decir, que una mayor exposición a la oferta no necesariamente es “la causa” para un mayor consumo. Existe la posibilidad de una relación inversa: que un mayor consumo lleve a la persona al conocimiento y a la exposición de una mayor oferta.

5.4. CONSUMO EN EL ENTORNO

Después de haber encontrado correlación entre menores percepciones de riesgo y exposición a la oferta, con una mayor prevalencia en el consumo de

drogas, en este punto se analizará un tercer factor: el consumo de drogas en el entorno familiar y entre amigos cercanos.

Gráfico 60. Consumo de drogas en el entorno. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Un 15% de los entrevistados viven en hogares donde se consume diariamente alcohol y/o tabaco (Gráfico 60). Este porcentaje baja notablemente al 2% cuando se trata de consumo regular de drogas ilícitas en el hogar. Es decir, que la mayor experiencia

de consumo frecuente en el hogar tiene que ver con las drogas lícitas.

Es en el entorno de los amigos cercanos donde el contacto con el consumo de drogas ilícitas, especialmente la marihuana, es mayor.

Cuadro 64. Consumo de drogas en el hogar, según tipo de consumidores. (En porcentajes)

	Consumo diario		Consumo regular		
	Tabaco	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta base
No consumidores	9,3	7,9	0,4	0,1	0,1
De alcohol (mes)	21,0	16,7	3,7	2,4	2,1
De tabaco (mes)	12,0	14,3	2,3	1,1	1,1
Policonsumo	26,0	22,9	15,6	11,0	8,0

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Son los consumidores de dos o más drogas (policonsumo) los que están más en contacto con familiares que consumen diariamente alcohol y tabaco, y regularmente otras drogas ilícitas. Nuevamente se puede observar una importante correlación entre consumo de drogas y un entorno familiar donde existen hábitos de consumo de las mismas.

En el caso de los consumidores de alcohol y tabaco, también se observa esta correlación, aunque los niveles de asociación son menores en comparación con los consumidores múltiples de drogas. Finalmente, los no consumidores están menos expuestos al consumo frecuente de drogas en sus hogares.

**Cuadro 65. Consumo de drogas por amigos cercanos, según tipo de consumidores.
(En porcentajes)**

	Marihuana	Cocaína	Pasta base
No consumidores	14,2	6,1	3,7
De alcohol (mes)	19,3	9,7	4,8
De tabaco (mes)	26,1	8,6	2,4
Policonsumo	41,9	28,6	16,8

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Pero donde se observa una correlación más alta entre consumo del entrevistado y consumo en el entorno, es en el consumo de amigos cercanos (Cuadro 65). En este caso se observan diferencias más amplias entre los consumidores múltiples de drogas respecto

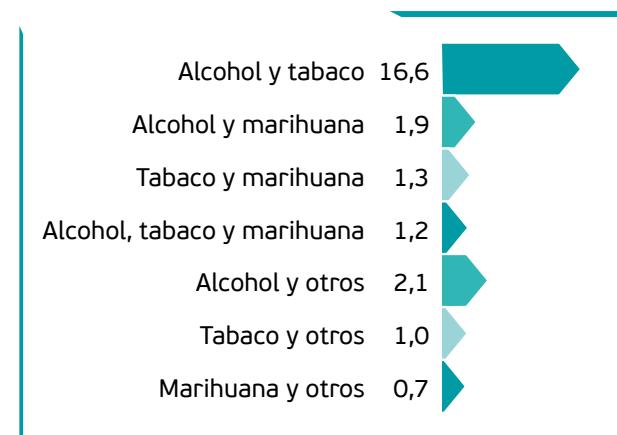
de los otros tipos de consumidores. Está claro que estos consumidores se mueven en círculos donde se consumen drogas ilícitas. Este contacto con amigos consumidores probablemente refuerza el propio consumo del entrevistado.

5.5. POLICONSUMO

Una vez que en los puntos anteriores se estudiaron tres factores de riesgo (percepción de menor riesgo en el consumo, exposición a la oferta y consumo

de drogas en el entorno), a partir de este punto se estudiarán algunos “efectos” asociados al consumo de drogas. Se comienza por describir el policonsumo.

**Gráfico 61. Consumo múltiple de drogas.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.



En el Gráfico 61, se puede observar que la combinación más relevante es el consumo de alcohol y tabaco, cerca del 17% de la población realiza esta combinación. Es decir que, en términos generales, el policonsumo tiende a restringirse a las drogas lícitas.

Como se recordará, los niveles de prevalencia del consumo anual de drogas ilícitas son menores al

2% y los niveles de prevalencia mensual de este consumo son menores al 1%. Es por esta razón que el policonsumo que involucra a drogas ilícitas es muy bajo, menor al 2%. En este policonsumo destaca, entre las drogas ilícitas, la marihuana que es la que tiene mayor prevalencia en comparación con la cocaína, pasta base y los inhalables.

**Cuadro 66. Policonsumo de drogas según variables sociodemográficas.
(En porcentajes)**

		Alcohol y tabaco	Alcohol y otros	Tabaco y otros
Total		16,6	4,0	2,3
Sexo				
	Hombres	26,2	5,5	3,8
	Mujeres	8,3	2,6	1,0
Edad				
	12 - 15	2,9	2,1	2,0
	16 - 18	9,4	7,0	5,1
	19 - 24	23,0	6,9	4,3
	25 - 30	24,9	5,7	3,7
	31 - 40	17,5	3,3	1,2
	41 - 50	19,5	1,6	0,9
	51 y más	10,7	1,5	0,3
Estrato social				
	Medio alto	30,2	5,7	1,9
	Medio típico	24,3	4,4	2,6
	Medio bajo	20,0	4,1	2,8
	Bajo	10,2	3,4	1,9
	Pobreza	8,9	3,6	2,0

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como era de esperarse, el policonsumo involucra a los segmentos con mayor prevalencia de consumo (Cuadro 66) hombres de 19 a 30 años, de los estratos medios.

En términos de policonsumo que incluye a drogas ilícitas, destaca Santa Cruz (Cuadro 67). En cambio, un policonsumo más tradicional, que combina alcohol y tabaco, se presenta sobre todo en el occidente de Bolivia, básicamente en las ciudades de Sucre y Potosí.

Cuadro 67. Policonsumo de drogas según ciudad. (En porcentajes)

	Alcohol y tabaco	Alcohol y otros	Tabaco y otros
La Paz	19,1	2,7	1,4
El Alto	14,1	2,4	1,6
Cochabamba	15,6	1,1	0,6
Santa Cruz	15,0	9,3	5,3
Oruro	10,0	0,5	0,4
Potosí	23,0	3,3	2,3
Sucre	36,3	3,4	2,6
Tarija	18,6	1,9	0,6
Trinidad	15,6	4,9	2,9
Cobija	16,5	0,5	0,7

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

5.6. PROBLEMAS DE SALUD

5.6.1. Valoración del estado de salud

Cuadro 68. Calificación del propio estado de salud en el último año, según tipo de consumidores. (En porcentajes)

	Bueno	Regular	Malo
Total	66,0	28,2	5,8
No consumidores	73,9	18,7	7,5
De alcohol (mes)	69,3	24,0	6,7
De tabaco (mes)	67,1	17,7	15,2
Policonsumo	58,6	29,3	12,1

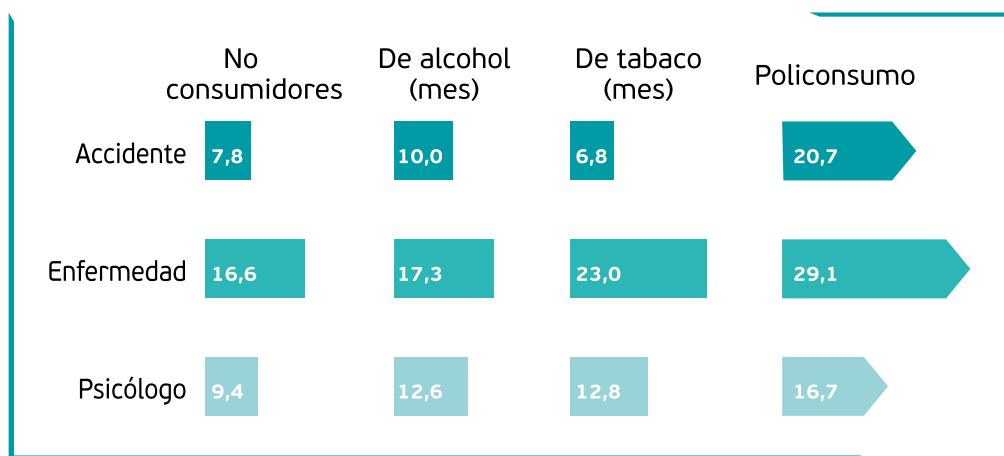
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Se pidió a los entrevistados que valoraran su estado de salud en el último año (Cuadro 68). Obsérvese que los consumidores de tabaco, y quienes consumen dos o más drogas, son los que tienden a valorar su estado de salud más negativamente. Inversamente, los no consumidores tienden a valorar su estado de salud de manera más positiva.

Esto da a entender que, de alguna manera, el consumo de drogas estaría teniendo algún impacto en el estado de salud de los entrevistados o, por lo menos, tendría un impacto en la percepción y valoración sobre el estado de salud.

5.6.2. Problemas físicos y emocionales en el último año

Gráfico 62. Personas que en el último año sufrieron algún accidente que les obligó a estar en cama, que tuvieron una enfermedad con reposo y que consultaron a un psicólogo por problemas emocionales, por tipo de consumidores. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Para tratar de entender mejor la relación entre consumo de drogas y salud física y emocional, se consultó a los entrevistados si en el último año tuvieron alguna enfermedad (seria) que implique estar en cama algunos días, o un accidente que les haya mandado a la cama, o tuvieron que consultar a un profesional sobre problemas emocionales (Gráfico 62).

Como se puede apreciar, la enfermedad en realidad no es un factor que ayuda a entender la relación entre estado de salud y consumo de drogas. Existen porcentajes entre el 15% al 20% en todos los segmentos de consumidores, aunque este indicador sube más (se acerca al 30%) entre los consumidores múltiples de drogas. Es posible que los entrevistados hayan referido todo tipo de enfermedad (desde un simple resfriado hasta cosas más serias), aspecto que no necesariamente se relaciona con el consumo de drogas.

Donde se observa una mayor relación es entre sufrir algún accidente el último año, y consultar con un psicólogo por problemas emocionales y el consumo de drogas. En efecto, los consumidores múltiples refieren, en un porcentaje notoriamente mayor, haber sufrido accidentes el año pasado. De igual manera, este segmento de consumidores fue un poco más al psicólogo que los demás segmentos (aunque la diferencia es menor, en comparación con el accidente).

En todos los casos, los no consumidores refieren, en menor porcentaje, problemas en su salud física o emocional. Y los consumidores de alcohol y/o tabaco, están en un punto intermedio entre los niveles bajos de los no consumidores y los niveles más altos de los consumidores múltiples.

Cuadro 69. Experiencia de accidente, enfermedad y/o consulta por problemas emocionales el último año, según frecuencia de consumo de alcohol y marihuana. (En porcentajes)

No. de días de consumo de alcohol (último mes)		Accidente	Enfermedad	Psicólogo
Frecuencia consumo marihuana (último año)	1 día	7,9	17,1	11,3
	2 a 5 días	12,3	18,6	14,8
	4 a 5 días	14,5	20,2	18,5
	6 y más días	10,7	15,9	10,2
	Una vez	17,1	34,4	10,0
	Algunas veces	13,4	20,3	7,8
	Mensualmente	26,4	16,6	15,1
	Semanal/diariamente	24,4	8,1	16,3

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

También se analizó las experiencias referidas a accidentes, enfermedad y consultas por problemas emocionales, con frecuencia de consumo de alcohol (mensual) y de marihuana (anual). Aquí nuevamente se confirma que el indicador de enfermedad no ayuda a discriminar adecuadamente la información. Por otro lado, se evidencia que no hay una correlación consistente entre alta frecuencia de consumo mensual de alcohol y los indicadores de accidente o consulta con el psicólogo.

Sin embargo, sí hay una correlación más consistente de la experiencia de accidente y/o consulta con el psicólogo, con una mayor frecuencia del consumo de la marihuana. Los consumidores más frecuentes de esta droga tuvieron notoriamente más accidentes el último año y consultaron con el especialista en mayor medida por problemas emocionales.

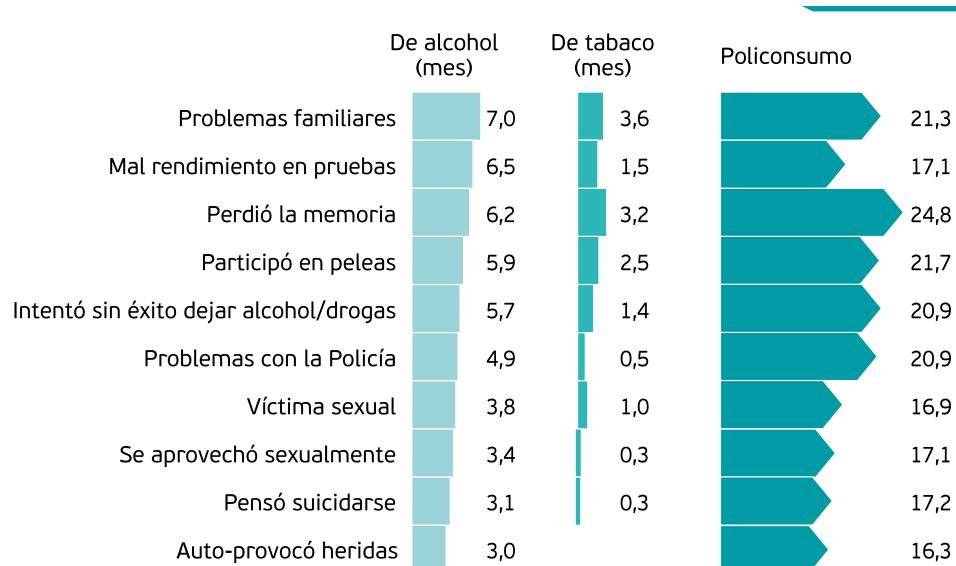
En suma, mayores problemas de salud (accidentes, problemas emocionales) se asocian con el consumo de drogas ilícitas (sobre todo marihuana), que con el consumo de drogas lícitas (alcohol).

5.7. PROBLEMAS CON EL ENTORNO

Otro efecto que podría estar asociado al consumo de drogas es la existencia de problemas con el entorno, aspecto que se analizará en este punto. En el Gráfico

63, se muestran los problemas que las personas vivieron “muy a menudo” en el último año, según tipos de consumidores:

Gráfico 63. Personas que en el último año tuvieron “muy a menudo” problemas socio afectivos, por tipo de consumidores. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como se observa en el Gráfico 63, el consumo de tabaco en el último mes es el que menos se asocia a problemas relacionales en el último año. Los porcentajes de personas que consumen tabaco, y refieren haber vivido estos problemas, son muy bajos (menores al 4%).

La relación sube un poco más, aunque sigue siendo relativamente baja, entre consumidores de alcohol (del último mes), y problemas relacionales. Entre un 3% a un 7% de estos consumidores vivieron “muy a menudo” los problemas analizados. Sobre todo, los consumidores de alcohol refieren haber tenido “muy a menudo” problemas familiares, fracasos en pruebas (exámenes) y pérdida de memoria en el último año.

Pero donde hay una mayor correlación entre problemas relacionales y consumo de drogas es en el segmento de los que consumen dos o más drogas. En este segmento de policonsumo los porcentajes suben, de menos del 4% entre los consumidores de tabaco, a cerca del 22% entre los consumidores múltiples.

Los problemas mencionados por más del 20% de estos consumidores tienen que ver con pérdida de la memoria, problemas familiares y participación en peleas fuertes. Es decir, se evidencian relaciones conflictivas a nivel familiar y en grupos más amplios en estos consumidores, además de problemas de salud (como la pérdida de memoria).

Cuadro 70. Personas que en el último año tuvieron “muy a menudo” problemas socioafectivos, según frecuencia de consumo de alcohol y marihuana. (En porcentajes)

	Problemas familiares	Fracaso prueba	Perdió la memoria	Pelea fuerte	Trató de cesar drogas	Problema Policía	Víctima sexual	Agresor sexual	Pensó suicidio	Auto lesiones
No. de días de consumo de alcohol (último mes)										
1 día	3,3	6,2	2,8	3,4	4,2	2,5	1,9	1,7	1,5	1,6
2 a 5 días	6,6	6,5	7,4	7,7	6,7	7,2	4,1	4,8	3,6	3,7
4 a 5 días	12,2	7,9	11,4	7,3	5,8	7,5	7,5	4,1	5,5	4,7
6 y más días	19,2	6,9	14,7	12,6	10,1	9,2	9,2	8,3	7,0	6,1
Frecuencia consumo marihuana (último año)										
Una vez	23,6	9,1	18,8	8,8	11,8	5,3	12,2	4,6	4,9	4,1
Algunas veces	14,3	13,2	19,4	10,6	9,4	10,2	14,3	12,2	16,3	10,7
Mensualmente	36,1	28,8	37,2	39,0	26,2	27,9	29,9	38,7	27,7	30,5
Semanal/diariamente	51,3	57,3	67,4	57,1	51,4	73,2	52,3	40,7	43,2	43,2

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cuando se analiza la presencia de estos problemas según frecuencia de consumo de alcohol y de marihuana se observa que, a mayor frecuencia de este consumo, la presencia de estos problemas es notoriamente mayor (Cuadro 70). Esto es especialmente cierto en cuanto a la frecuencia de consumo de marihuana.

Obsérvese que la presencia de problemas recurrentes entre los que consumen mensual o semanalmente marihuana, se incrementa hasta alrededor del 50% de estos consumidores (siendo que es menor al 4% entre los consumidores de tabaco). Nótese cómo

los problemas con la Policía son los que están más presentes en los consumidores frecuentes de marihuana. En segundo lugar, está la pérdida de memoria. También tiene una presencia mayor al 50% el fracaso en alguna prueba, peleas fuertes, agresiones sexuales, problemas familiares y el haber tratado sin éxito de dejar el consumo de la droga.

En estos casos, la alta presencia de problemas relacionales, está relacionada con indicadores de abuso y dependencia en el consumo de la marihuana.

Cuadro 71. Consumidores de drogas (alguna vez en la vida). Problemas asociados al consumo de drogas en el último año. (En porcentajes)

	No	Sí, por alcohol	Sí, por drogas	Sí, por alcohol y drogas
Detenido por consumo	94,1	4,8	0,6	0,5
Detenido por tráfico	97,6	1,1	0,7	0,5
Faltó a clases/trabajo por malestar por consumo	91,3	7,3	0,9	0,5
Dejó trabajo o estudio por problemas con drogas	96,6	1,7	1,2	0,4
Fue al médico por problemas asociados al consumo	96,5	2,3	0,9	0,4

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Cuadro 71, se observa que más del 90% de quienes alguna vez en su vida consumieron drogas, no tuvieron problemas sociales y de salud asociados al consumo de drogas. Esto da a entender que la existencia de problemas explícitamente relacionados al consumo de drogas es focalizada a alrededor del 10% de consumidores.

Por otro lado, hay que recalcar que varios de los problemas reportados durante el año pasado tienen que ver con el consumo de alcohol, más que con el consumo de drogas ilícitas. Son dos los problemas asociados al consumo de alcohol: haber faltado a

clases o al trabajo y haber sido detenidos por la Policía por consumo de alcohol.

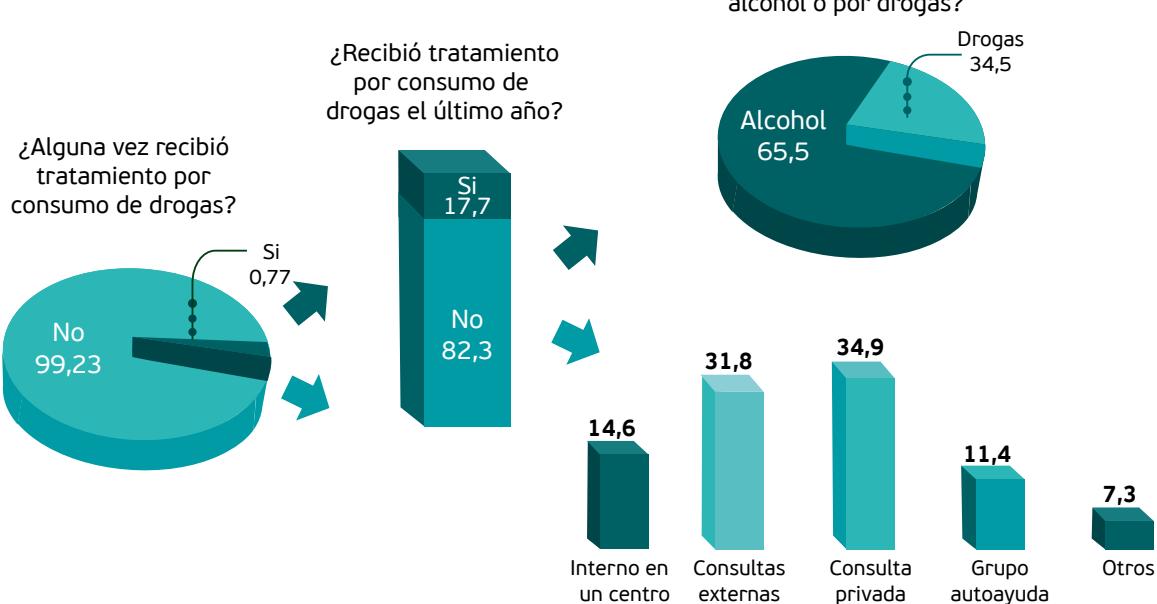
En cuanto a problemas específicos relacionados con el consumo de drogas, es haber sido expulsado del colegio o haber sido despedido de algún trabajo por este consumo. Es decir, los problemas asociados al consumo de drogas, aunque tienen una notoria menor presencia, tienden a ser más graves. Inversamente, los problemas asociados al consumo de alcohol, aunque tienen una mayor presencia, al parecer son menos graves en términos relacionales y de salud.

5.8. TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE DROGAS

Para finalizar este capítulo referido a factores de riesgo y consecuencias del consumo de drogas, se analizará

la experiencia de algunos entrevistados, en cuanto al tratamiento sobre el consumo de drogas:

**Gráfico 64. Personas que recibieron tratamiento por consumo de drogas.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 64, se observa al porcentaje de entrevistados que alguna vez recibieron tratamiento por consumo de drogas. Se constata que sólo 8 por cada 1.000 entrevistados recibieron algún tratamiento en su vida y, de esas 8 por 1.000, 1 recibió tratamiento el último año.

Es decir, un ínfimo porcentaje de consumidores recibe tratamiento por consumo de drogas. Es posible que este bajo porcentaje esté asociado a las limitaciones generales de acceso al sistema de salud en Bolivia. Al menos 2 de cada 3 personas que recibieron tratamiento por consumo de drogas el último año lo

hicieron por problemas con el consumo de alcohol. En cambio 1 de cada 3 recibió tratamiento por consumo de otras drogas. La mayor parte acude por problemas con el alcohol, lo que refleja también la notable mayor prevalencia del consumo mensual de alcohol (23%), frente al consumo mensual marginal de la marihuana por ejemplo (0,7%).

Cuando las personas reciben tratamiento por consumo de drogas, la internación suele ser la excepción. El tratamiento consiste en consultas externas, sea en el sistema público de salud o en establecimientos privados.

5.9. CONCLUSIONES

Los tres factores de riesgo analizados en el presente capítulo (percepciones de riesgo de consumo, exposición a la oferta y consumo de drogas en el entorno), tienen correlación con el consumo de drogas (lícitas e ilícitas). Esto quiere decir que, una menor percepción de riesgo, una mayor exposición a la oferta y un mayor consumo de drogas en el entorno, se correlacionan con mayores niveles de consumo de drogas.

Ahora bien, las mayores diferencias entre consumidores y no consumidores de drogas se observan en orden de importancia en los siguientes factores:

- Primero está el consumo de drogas en el círculo de amigos. Aquí se evidencia la mayor correlación.
- En segundo lugar está el consumo regular de drogas en la familia.
- En tercer lugar está la menor percepción de riesgo en el consumo frecuente de drogas.

- En cuarto lugar está la exposición a la oferta de drogas.
- Finalmente, en quinto lugar está el conocimiento de venta de drogas en el barrio.

Una manera de explicar cómo interactúan estos factores de riesgo con el consumo de drogas es la siguiente:

- La existencia de procesos disfuncionales (sociales, económicos y/o culturales), junto con escasas habilidades de resiliencia, se asocian al “inicio temprano” de consumo de drogas, entre los 12 a 16 años.
- Cuando en la familia no hay un consumo regular de drogas, es menos probable que el adolescente recurra al consumo de drogas para superar situaciones problemáticas en contextos disfuncionales. Pero cuando el consumo de drogas es habitual en el entorno familiar, entonces el adolescente tenderá a ver como natural el inicio del consumo de drogas para hacer frente a las tensiones y problemas.

- Cuando las personas comienzan el consumo de drogas en la adolescencia existe mayor probabilidad de abuso y dependencia en este consumo.
- Cuando existe un consumo problemático de drogas (lícitas o ilícitas) las personas tienden a integrarse a grupos de pares que comparten este tipo de consumo. De ahí que entre los que consumen dos o más drogas el 42% tiene amigos cercanos que consumen marihuana, por ejemplo.
- El consumo de drogas lleva a un mayor contacto con la oferta de las mismas.
- De paso, un mayor consumo de drogas se relaciona con una percepción de bajo riesgo de este consumo.

Por lo general, el policonsumo (consumo de dos o más drogas), y el consumo frecuente de drogas ilícitas (marihuana, cocaína), se relaciona con problemas en el estado de salud, accidentes el último año y problemas frecuentes relacionales (peleas, problemas familiares y conflictos con la ley).

Es necesario recordar aquí que se está hablando de un “consumo altamente frecuente” de drogas ilícitas y/o (más “y” que “o”), consumo frecuente de alcohol el último mes. Es decir, se trata de abuso y, en algunos casos, de dependencia de estas drogas.

Por el contrario, cuando las personas comienzan “tarde” el consumo de drogas (lícitas e ilícitas), después de los 18 años, la probabilidad de desarrollar un consumo asociado al abuso y a la dependencia es menor. En este escenario, por lo general, el consumo de drogas no está relacionado a serios problemas de salud o a problemas relacionales con el entorno.

6. PERCEPCIONES SOBRE DROGAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

6.1. INTRODUCCIÓN

Hasta el momento se ha visto en el presente informe las características del consumo tanto de las drogas lícitas (alcohol, tabaco, tranquilizantes, estimulantes), como de las drogas ilícitas (sobre todo marihuana, cocaína, pasta base, inhalables). Además, se ha podido estudiar la correlación entre consumo de drogas y algunos factores de riesgo.

Para completar la exposición de los resultados de la encuesta de este III Estudio Sobre el Consumo de Drogas en Hogares, en este capítulo se analizarán las percepciones generales sobre la problemática de las drogas y el apoyo o no de los entrevistados frente a algunas posibles políticas públicas dirigidas a prevenir y/o reducir el consumo de estas drogas.

En primer lugar, se analizarán las percepciones sobre el incremento o no del consumo de drogas en Bolivia

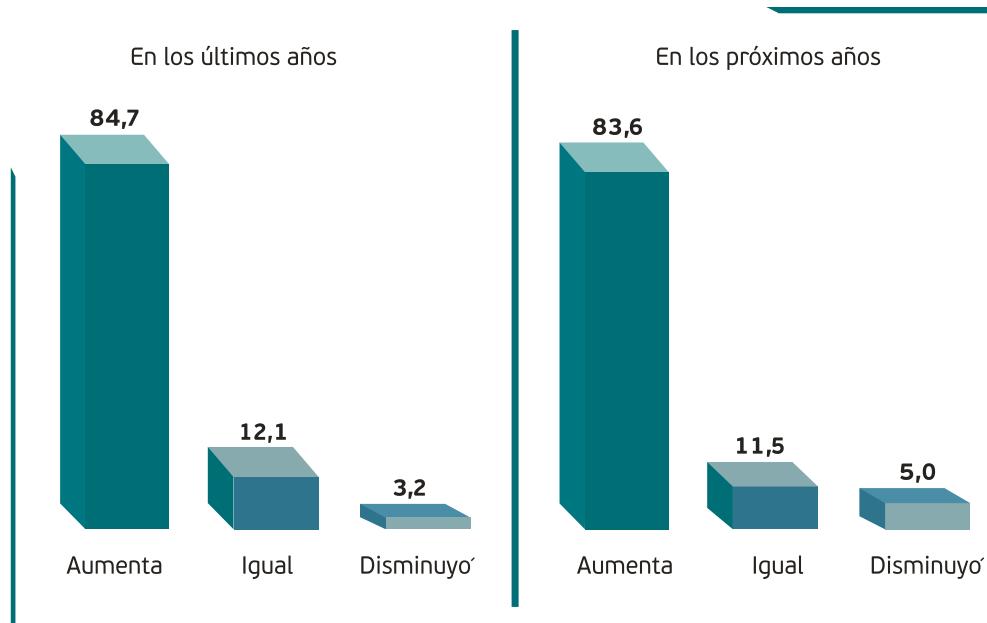
y en los barrios donde viven los entrevistados. Luego se analizará la experiencia de los entrevistados en cuanto a agresiones sufridas por personas que, según ellos, estaban bajo los efectos del alcohol o drogas. Se estudiará en detalle las actitudes de apoyo, o no, frente a políticas públicas destinadas a prevenir el consumo de drogas, tanto a nivel general, como respecto de drogas específicas como el alcohol, el tabaco y las drogas ilícitas (marihuana, cocaína, pasta base).

En cuarto lugar, se presentarán resultados sobre el conocimiento de las personas respecto de programas de prevención del consumo de drogas en sus barrios y la valoración consiguiente de estos programas. Finalmente, se detallará si los padres y madres están dialogando con sus hijos respecto de los peligros del consumo de drogas lícitas o ilícitas.

6.2. PERCEPCIONES GENERALES SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

6.2.1. Percepciones sobre el incremento del consumo de drogas

**Gráfico 65. Percepción sobre la evolución del consumo de drogas en Bolivia.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 65, se presentan las percepciones generales sobre la evolución del consumo de drogas en los últimos años y en los próximos años. Se puede apreciar que 8 de cada 10 personas creen que el consumo de drogas aumentó en los últimos años, y que aumentará en los próximos años. Es decir que, a pesar de la disminución efectiva del consumo de drogas identificada en esta investigación, la percepción generalizada es que, el mismo, está aumentando.

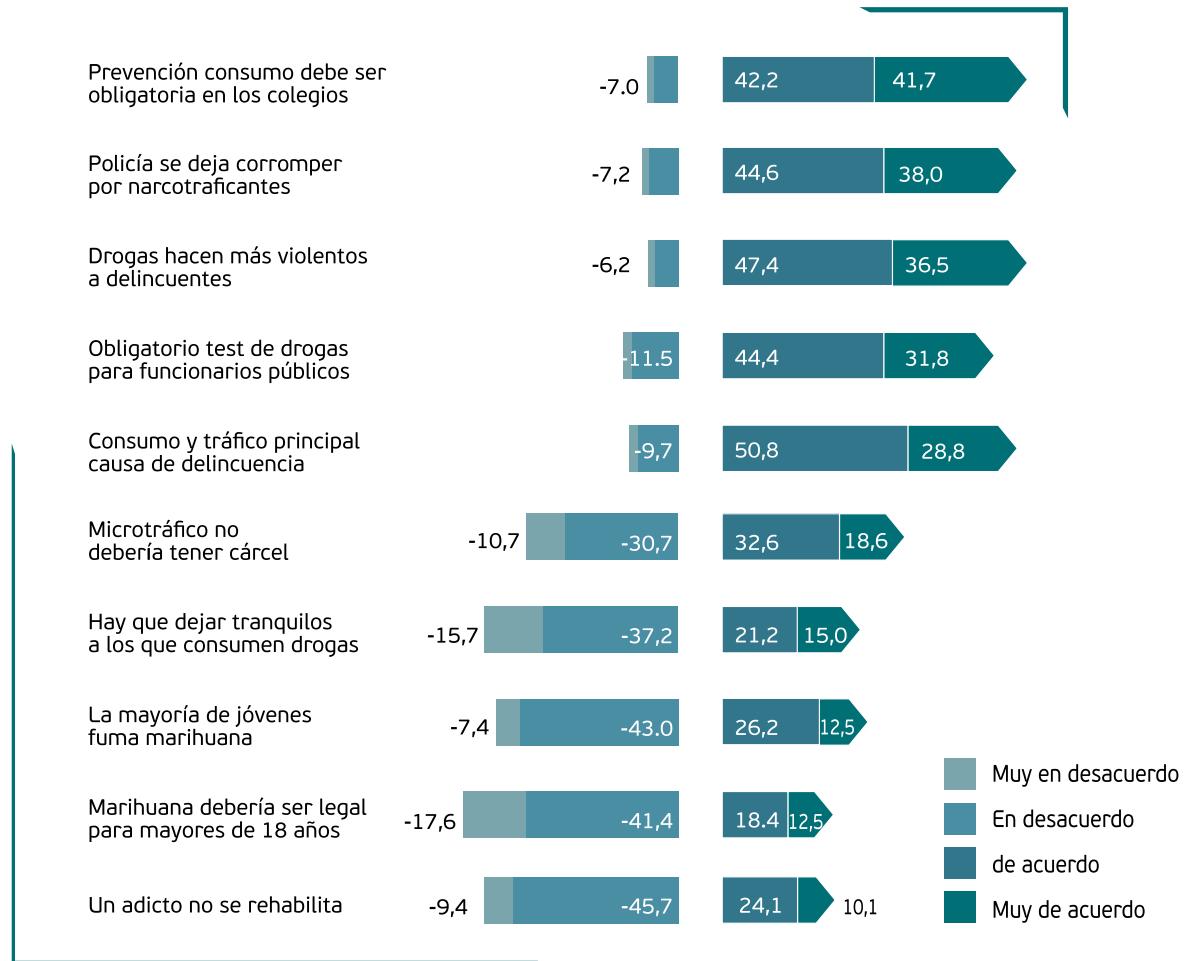
Como se verá más adelante, y en concordancia con otros estudios de opinión que realiza Diagnosis como otras empresas de investigación, la percepción general es que la delincuencia está aumentando en Bolivia. Es una amenaza y una preocupación importante

para la mayoría de las personas, sobre todo en el área urbana. La mayoría puede contar experiencias propias, o de sus allegados, de haber sido víctimas de actos delincuenciales. Ahora bien, en la percepción generalizada de las personas hay una estrecha relación entre delincuencia y consumo de drogas, como se verá enseguida.

A partir de esta asociación: incremento de la delincuencia y consumo de drogas, la mayoría de las personas sostiene que este consumo ha aumentado en los últimos años y que se incrementará en los próximos. Esta percepción se ha vuelto casi en parte del sentido común de la mayoría de la población urbana.

6.2.2. Percepciones generales sobre el consumo de drogas

**Gráfico 66. Acuerdo con frases generales sobre consumo de drogas.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En la encuesta se expuso ante los entrevistados un conjunto de frases relativas a varios aspectos generales del consumo de drogas. Se les pidió que expresen sus opiniones “de acuerdo” o “en desacuerdo” con cada una de las mismas. En el Gráfico 66 se presentan los resultados de este ejercicio.

De las 10 frases probadas, 5 tienen un respaldo de cerca del 80% de la población. Es decir, reflejan creencias ampliamente extendidas. Las restantes 5 frases no tienen respaldo, es más, producen una actitud de rechazo a las mismas. En términos generales, las 5 frases que expresan un amplio consenso en la

población traducen una postura que criminaliza el consumo y que se inclina por acciones de control y, como se verá más adelante, de carácter punitivo (castigo y cárcel). En otras palabras, el consumo de drogas se percibe, de manera espontánea, sobre todo como un “acto criminal” relacionado con el aumento de la delincuencia.

Por el contrario, aquellas frases que tratan de ubicar el consumo de drogas en el ámbito de “salud pública”, generan el desacuerdo mayoritario de la población:

sólo cerca del 35% está de acuerdo con estas frases, en tanto que cerca del 50% no está de acuerdo con ellas.

Esta postura se repite a lo largo de todo este capítulo. Las personas ubican el consumo de drogas en el ámbito “criminal” y apoyan soluciones de carácter “punitivo”. En cambio, se resisten a percibir esta problemática en el ámbito de la “salud pública” y, por tanto, no apoyan o apoyan menos políticas desde esta perspectiva. Es en este marco que las personas tienden a rechazar propuestas de “legalizar” el consumo de la marihuana, por ejemplo, o de no criminalizar el microtráfico de drogas.

Cuadro 72. Acuerdo con frases sobre consumo y tráfico de drogas, según variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		Drogas hacen más violentos a delincuentes	Drogas principal causa delincuencia	Microtráfico sin cárcel	Marihuana legal a partir de 18 años
Sexo					
	Hombres	83,6	77,6	50,3	31,5
	Mujeres	84,3	81,4	52,0	30,5
Edad					
	12 - 15	84,0	78,9	52,4	30,3
	16 - 18	85,2	83,1	50,7	31,6
	19 - 24	86,0	83,8	51,0	31,7
	25 - 30	87,0	81,7	52,7	31,0
	31 - 40	81,2	75,8	52,1	32,5
	41 - 50	89,9	84,4	54,5	32,7
	51 y más	77,4	73,3	46,2	26,9
Estrato social					
	Medio alto	87,2	73,0	50,3	28,8
	Medio típico	88,0	84,9	51,7	31,7
	Medio bajo	88,5	85,1	48,8	35,7
	Bajo	81,8	77,7	53,8	28,1
	Pobreza	67,8	63,4	47,8	26,9

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Cuadro 72, se presentan los porcentajes de la población que está de acuerdo con cuatro frases: 2 de ellas que ubican el consumo de drogas en el ámbito

criminal y que lo relacionan con la delincuencia y otras 2 que ubican el consumo en el ámbito de la salud pública.

Como se puede apreciar, quienes más apoyan las frases que ubican el consumo de drogas en el ámbito criminal son mujeres. También están los jóvenes y personas de mediana edad de los “estratos sociales intermedios” de la escala social: medio típico y medio bajo.

En cambio, quienes respaldan un poco más, una mirada a partir de la salud pública, son personas de los “estratos superiores” de la escala social: medio típico y medio alto. Más adelante se verá que las personas de

los estratos medio típico y medio alto son las que más conocen programas de prevención del consumo de drogas en sus barrios y quienes tienden a calificar más positivamente estos programas. Así que, de manera inicial, se puede establecer la hipótesis de una cierta correlación entre exposición a programas educativos de prevención del consumo de drogas y una inicial eventual tendencia a ubicar esta problemática un poco más en el ámbito de la salud pública, antes que en el ámbito puramente criminal.

**Cuadro 73. Acuerdo con frases sobre consumo y tráfico de drogas, según ciudad.
(En porcentajes)**

	Drogas hacen más violentos a delincuentes	Drogas principal causa delincuencia	Microtráfico sin cárcel	Marihuana legal a partir de 18 años
La Paz	89,3	77,2	45,2	32,5
El Alto	87,9	83,4	47,3	27,4
Cochabamba	93,9	87,0	52,7	23,6
Santa Cruz	82,2	84,0	60,6	40,3
Oruro	52,3	49,9	61,7	32,4
Potosí	90,4	86,9	50,9	28,4
Sucre	89,0	80,5	62,8	28,8
Tarija	92,6	86,3	32,1	10,7
Trinidad	87,1	82,5	53,3	25,5
Cobija	85,3	78,7	55,3	22,3

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cuando se analiza el respaldo a estas frases según ciudad, se observa que la actitud que tiende a criminalizar el consumo de drogas está un poco más presente en Cochabamba (Cuadro 73). Esta postura será una constante a lo largo del capítulo. Sólo tomando en cuenta la información de la encuesta, es difícil saber porqué en Cochabamba hay esta mayor postura que tiende a criminalizar el consumo de drogas.

Por otro lado, en Santa Cruz es donde, como se ha visto en los capítulos anteriores, hay una mayor prevalencia del consumo de drogas lícitas (alcohol), como ilícitas (marihuana, cocaína); hay una mayor tendencia a ubicar este consumo en el ámbito de la salud pública. De ahí que el 60% de los entrevistados apoyan la postura de que el microtráfico de drogas no debería tener cárcel y el 40% está de acuerdo que la tenencia de pequeñas dosis de marihuana debería ser legal para mayores de 18 años.

Una postura similar se observa también en la ciudad de Sucre donde, como se ha visto en los anteriores capítulos, hay una prevalencia mayor en el consumo de algunas drogas (alcohol, marihuana).

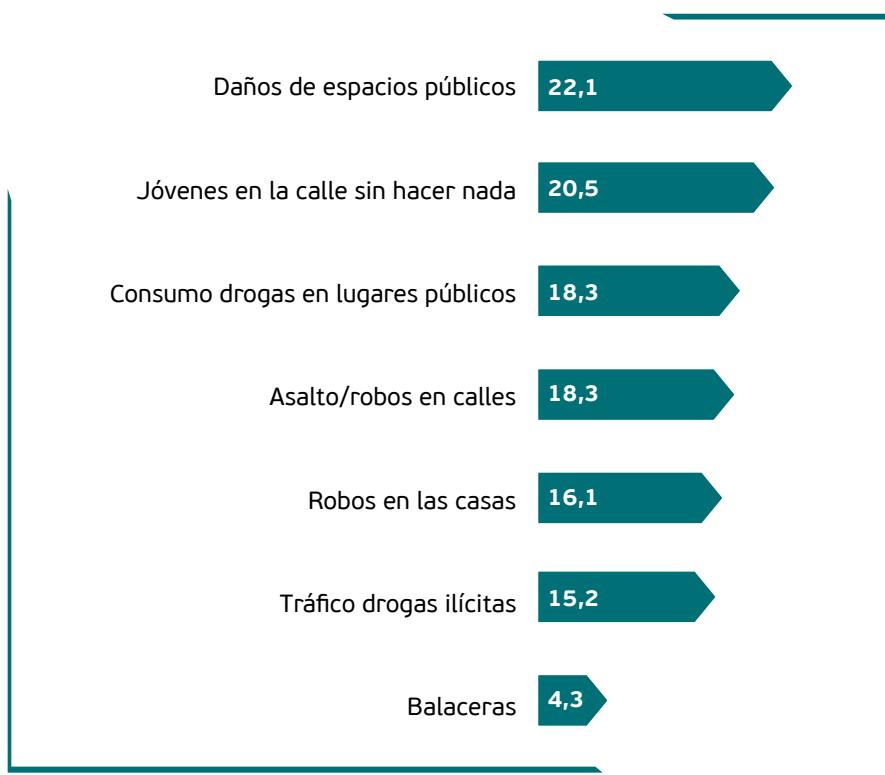
Se necesita estudiar a futuro si en aquellos lugares donde hay una mayor prevalencia se están formando actitudes que apoyan un poco más respuestas en el ámbito de la salud pública, antes que sólo políticas de carácter punitivista.

6.3. PERCEPCIONES SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN EL BARRIO

En el punto anterior se analizaron percepciones generales sobre el consumo de drogas en Bolivia. En este punto se indagará sobre algunas percepciones en el espacio más pequeño del barrio.

6.3.1. Situaciones de riesgo en los barrios

Gráfico 67. Importante presencia de situaciones de riesgo en los barrios de los entrevistados. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cerca del 20% de las personas afirma que en sus barrios hay algunas señales y/o situaciones de riesgo que podrían estar asociadas al consumo de

drogas (Gráfico 67). Las señales de alerta que más se mencionan son: daños a espacios públicos (destrozos, rayado de paredes) y jóvenes en las calles “sin hacer

nada". No son situaciones de riesgo por sí mismas pero podrían ser "señales" de peligro. Luego vienen las prácticas relacionadas con consumo de drogas y

delincuencia en las calles (robos/asaltos), referidas por el 18% de la población. Finalmente, en niveles más bajos está el tráfico de drogas y balaceras.

Cuadro 74. Importante presencia de situaciones de riesgo en los barrios de los entrevistados, según tipo de consumidores. (En porcentajes)

	Tráfico drogas ilícitas	Consumo droga en lugares públicos	Asaltos, robos en las calles
No consumidores	22,1	20,7	19,5
De alcohol (mes)	20,5	20,3	21,7
De tabaco (mes)	20,6	18,8	19,7
Policonsumo	44,2	36,3	40,0

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cuando se analizan estas situaciones de riesgo en los barrios según tipos de consumidores, se observa que hay una alta correlación entre "barrios inseguros" y consumo de drogas (Cuadro 74). Mientras que alrededor del 20% de la población percibe situaciones de riesgo en sus barrios, este porcentaje se duplica a alrededor del 40% entre consumidores de drogas ilícitas. Es decir que 4 de cada 10 personas que consumen drogas ilícitas vive en contextos barriales donde se consumen drogas y donde, además, hay asaltos y robos en las calles.

Esta información es coherente con lo observado en el anterior capítulo, que los que consumen drogas ilícitas por lo general tienen amigos (probablemente en sus barrios) que sí las consumen. También esta tendencia se ha visto en otros estudios: es decir que barrios donde hay tráfico y consumo de drogas son un importante factor de riesgo, asociado al consumo de drogas⁵.

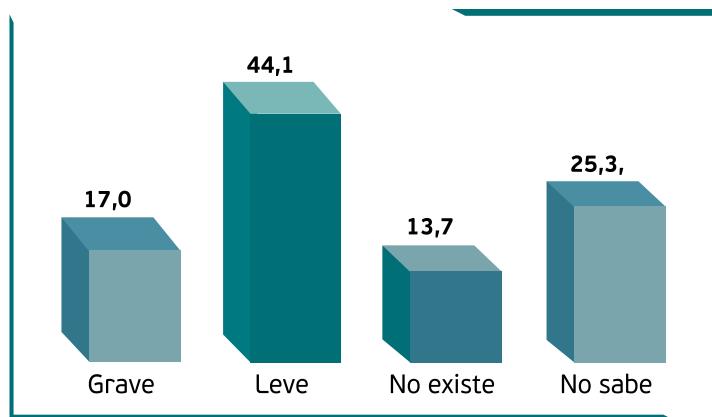
6.3.2. Percepciones sobre el consumo de drogas en los barrios

Se consultó a los entrevistados si en sus barrios el consumo de drogas es grave o leve (Gráfico 68). Un porcentaje similar a quienes perciben situaciones de riesgo en sus barrios, es decir el 17%, afirma que

este consumo es "grave". Es decir que, en términos generales, la percepción sobre el consumo de drogas como un problema serio está asociado a la percepción de situaciones de riesgo en el barrio.

⁵ Cfr. Agustín Salvia y Juan Bonfiglio Solange Rodríguez Espinola (2015). Aumento del tráfico de drogas en los barrios, problemas de adicciones severas en las familias y poblaciones en riesgo. Barómetro del Narcotráfico y las Adicciones en la Argentina. Serie del Bicentenario (2010-2016), Informe N°1, 2015. Documento de Trabajo, informe Técnico. En: <https://www.aacademica.org/agustin.salvia/330>.

Gráfico 68. Percepciones sobre la gravedad del consumo de drogas en el barrio de los entrevistados. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cuadro 75. Percepciones sobre la gravedad del consumo de drogas en el barrio de los entrevistados, según variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		Grave	Leve	No existe	No sabe
Sexo					
	Hombres	14,7	47,7	13,7	23,9
	Mujeres	19,0	40,9	13,6	26,5
Edad					
	12 - 15	19,5	43,2	12,3	25,1
	16 - 18	21,1	44,0	11,4	23,5
	19 - 24	15,3	50,5	10,7	23,5
	25 - 30	16,9	48,6	10,5	23,9
	31 - 40	19,5	38,9	19,6	22,0
	41 - 50	15,5	41,9	12,5	30,1
	51 y más	13,3	42,1	14,7	29,9
Estrato social					
	Medio alto	11,5	52,7	16,3	19,5
	Medio típico	14,1	48,8	12,7	24,3
	Medio bajo	14,6	43,4	17,3	24,7
	Bajo	21,7	39,4	11,9	27,0
	Pobreza	13,9	51,3	8,9	25,9

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Quienes más afirman que el consumo de drogas en sus barrios es un problema “grave” son las mujeres (Cuadro 75). También está un segmento vulnerable respecto del propio consumo: adolescentes del estrato bajo. Como se recordará, aunque los adolescentes del estrato bajo no se caracterizan por una mayor prevalencia en el consumo de varias drogas (marihuana, cocaína, pasta base) por su menor poder adquisitivo, cuando algunos de ellos inician desde temprana edad a consumirlas

tienden a desarrollar más que otros segmentos el abuso de estas drogas.

Ahora bien, es precisamente este segmento el que afirma que en sus barrios el consumo de drogas es grave. Lo que muestra una vez más la correlación entre situaciones de inseguridad en los barrios y una mayor vulnerabilidad frente al posible consumo de drogas.

Cuadro 76. Percepciones sobre la gravedad del consumo de drogas en el barrio de los entrevistados, según ciudad. (En porcentajes)

	Grave	Leve	No existe	No sabe
La Paz	11,1	48,1	19,0	21,9
El Alto	13,1	48,2	13,2	25,6
Cochabamba	12,2	42,3	13,7	31,9
Santa Cruz	28,1	45,9	5,0	21,0
Oruro	18,7	28,8	25,8	26,8
Potosí	9,0	40,3	26,2	24,5
Sucre	5,4	48,8	14,6	31,2
Tarija	17,2	49,1	8,3	25,3
Trinidad	34,1	29,0	4,1	32,8
Cobija	15,9	31,5	18,7	33,9

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Es en las ciudades de Santa Cruz y Trinidad donde hay una mayor percepción de la gravedad del consumo de drogas en los barrios (Cuadro 76). Mientras que, a nivel general, el 17% afirma que el consumo de drogas en sus barrios es “grave”, este porcentaje tiende a duplicarse en ambas ciudades: alrededor del 30% percibe que este consumo es grave en sus barrios.

En el caso de Santa Cruz, esta información es coherente con los mayores niveles de prevalencia de consumo de drogas ilícitas en esta ciudad. En el caso de Trinidad, como se recordará, cerca del 30% de los entrevistados en esta ciudad afirma que es fácil conseguir drogas en sus barrios, y a varios

les ofrecieron drogas (especialmente marihuana y cocaína) en sus barrios. Es decir que, en esta ciudad hay un problema serio de tráfico de drogas asociadas a su consumo (sobre todo en el caso de cocaína y pasta base).

No sólo los consumidores de drogas ilícitas afirman más que el promedio que sus barrios son inseguros, sino que también perciben que el consumo de drogas es grave en ellos (Cuadro 77). Mientras que, a nivel general, el 17% cree que el consumo de drogas es grave en sus barrios, este porcentaje sube al 41% en el caso de los consumidores de drogas ilícitas.

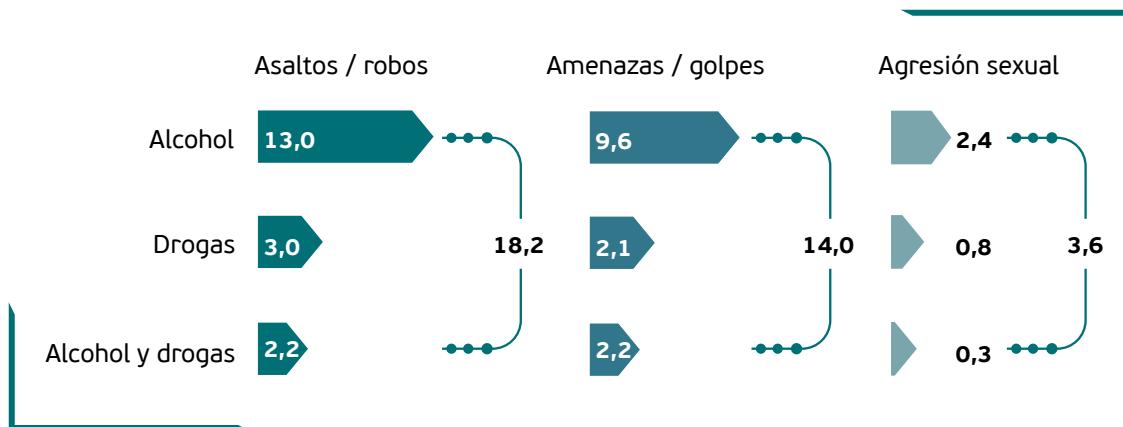
Cuadro 77. Percepciones sobre la gravedad del consumo de drogas en el barrio de los entrevistados, según tipo de consumidores. (En porcentajes)

	Grave	Leve	No existe	No sabe
No consumidores	23,9	35,2	13,9	27,0
De alcohol (mes)	18,1	44,7	13,2	23,9
De tabaco (mes)	10,8	53,1	11,3	24,8
Policonsumo	41,3	40,6	8,4	9,6

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

6.4. AGRESIONES DE PERSONAS BAJO INFLUENCIA DE DROGAS

Gráfico 69. Personas que en el último año fueron víctimas de agresores bajo influencia de drogas. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cerca de 1 de cada 6 personas ha sufrido alguna agresión por personas bajo la influencia del alcohol, principalmente, en el último año (Gráfico 69). Estas agresiones tienen que ver con asaltos y amenazas/golpes. Obsérvese que los agresores bajo influencia de drogas son pocos, en comparación con los agresores bajo la influencia del alcohol (según la percepción de los entrevistados). Esta información es coherente con

la mayor prevalencia en el consumo de alcohol como se vio en el Capítulo 3 del presente informe.

El porcentaje de personas que sufrieron alguna agresión sexual en el marco del consumo de drogas es del 4%. Esta agresión va desde el acoso callejero, hasta la propia violación. Nuevamente en este caso, la incidencia del consumo de alcohol es mayor al consumo de otras drogas.

Cuadro 78. Víctimas de agresores bajo influencia de drogas en el último año, según variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		Asaltos/ robos	Amenazas/ golpes	Agresión sexual
Sexo				
	Hombres	18,8	16,4	3,7
	Mujeres	17,7	11,9	3,4
Edad				
	19 - 24	20,0	15,7	3,9
	25 - 30	19,9	17,1	3,6
	31 - 40	23,9	14,3	2,9
	41 - 50	15,9	14,1	4,4
	51 y más	11,0	8,8	2,3
Estrato social				
	Medio alto	22,3	18,7	4,9
	Medio típico	19,3	16,1	4,5
	Medio bajo	23,4	14,6	2,7
	Bajo	13,1	12,4	3,8
	Pobreza	13,0	9,7	3,1

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Quienes enfatizan más el haber sido víctimas de agresores bajo la influencia de drogas en el último año, son las personas de los estratos medios (Cuadro 78). Los adultos se refieren más a robos y asaltos.

En cambio, los jóvenes enfatizan en amenazas y golpes. Es probable que, en este último caso, las agresiones se hayan producido en el marco de grupos de pares.

**Cuadro 79. Víctimas de agresores bajo influencia de drogas en el último año, según ciudad.
(En porcentajes)**

	Asalto/robos	Amenazas/golpes	Agresion sexual
La Paz	14,5	18,5	2,2
El Alto	15,6	19,7	3,3
Cochabamba	22,3	9,1	1,2
Santa Cruz	17,6	12,8	7,4
Oruro	21,6	5,0	1,0
Potosí	16,9	10,1	0,8
Sucre	27,6	19,0	4,6
Tarija	14,7	15,5	1,2
Trinidad	19,7	12,9	3,8
Cobija	7,6	5,6	1,2

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Sucre aparece como la ciudad con más agresiones de parte de personas bajo influencia de drogas (Cuadro 79). Recuérdese que esta ciudad, junto con Santa Cruz, presenta también prevalencias relativamente altas en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana. Las agresiones sexuales son mayores en las ciudades

donde, a su vez, hay mayor prevalencia en el consumo de drogas: Santa Cruz y Sucre. Como se puede apreciar en el Cuadro 80, hay una importante correlación entre consumo de drogas y haber sido víctima de agresiones sexuales.

Cuadro 80. Víctimas de agresores bajo influencia de drogas en el último año, según tipo de consumidores. (En porcentajes)

	Asaltos/ robos	Amenazas/ golpes	Agresión sexual
No consumidores	12,4	10,2	3,3
De alcohol (mes)	22,3	18,4	5,2
De tabaco (mes)	23,4	26,7	0,0
Policonsumo	30,9	36,3	22,2

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Si en el anterior punto se evidenció una alta correlación entre consumo de drogas y señales de peligro en el barrio, aquí se observa también una importante correlación entre consumo de drogas y el ser víctima de agresores influenciados por el consumo de estas

sustancias (Cuadro 80). Como se dijo antes, es posible que, en el caso de consumidores de drogas ilícitas, las agresiones se hayan dado en el marco del grupo de pares donde se consumen estas drogas.

6.5. PERCEPCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

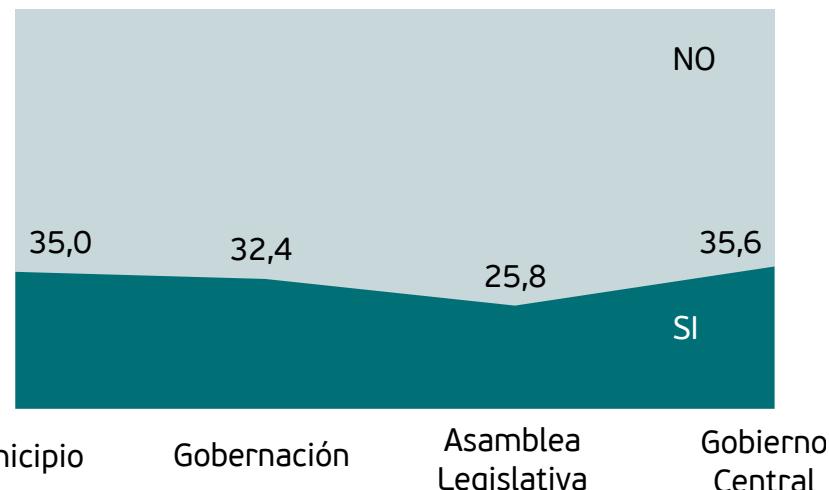
Después de haber analizado algunas percepciones generales sobre el consumo de drogas, y las experiencias de agresiones en el marco del consumo de drogas, en este punto se analizará las actitudes

de apoyo o rechazo hacia ciertas políticas públicas relacionadas con la prevención y sanción por la tenencia y consumo de drogas.

6.5.1. Importancia de las drogas para el Estado según los entrevistados

En primer lugar se analizarán las percepciones de los entrevistados respecto de la importancia del tema de las drogas para los diferentes niveles estatales (Gráfico 70).

Gráfico 70. Personas que afirman que el tema de las drogas es una preocupación importante para autoridades del Estado. (En porcentajes)



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cerca de un tercio de los entrevistados cree que el tema de las drogas es prioritario para los diferentes niveles del Estado (Gráfico 70). Esto quiere decir que dos tercios perciben que este tema no es importante para el Estado. Estos dos tercios no encuentran una sintonía entre sus preocupaciones personales (droga y delincuencia) y las políticas y acciones de los diferentes organismos del Estado “preocupados por otras cosas”.

A las personas les cuesta relacionar la actividad de la Asamblea Legislativa Plurinacional con acciones

específicas de prevención y/o sanción por la tenencia y consumo de drogas. Es la instancia con menor porcentaje de percepciones que la relacionan con la lucha contra las drogas.

Por el contrario, es la instancia estatal más cercana a los entrevistados (el Gobierno Municipal) a la que más se atribuye una preocupación por las drogas. En el otro extremo, el Gobierno Nacional también es una instancia asociada a acciones de prevención y sanción en el ámbito de las drogas.

6.5.2. Apoyo a políticas generales sobre drogas

**Gráfico 71. Apoyo a políticas para afrontar la problemática del consumo de drogas.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Se puso en consideración de los entrevistados un conjunto de políticas que se podrían aplicar para hacer frente a la problemática del consumo de drogas. De esta lista se les pidió que escogen 3 medidas que les parecen más oportunas. En el Gráfico 71, se muestran los resultados de este ejercicio. Como se puede observar, los entrevistados respaldan básicamente dos tipos de políticas generales:

- Una política orientada más hacia la “represión”. Por eso, la medida de “aumentar castigos” a los narcotraficantes es la que más respaldo de la población suscita (63%). A este respaldo hay que sumar el apoyo a medidas como: “cárcel para los consumidores” y “más dinero para la Policía”.

- Como se dijo líneas arriba, la actitud espontánea de la mayoría de los entrevistados tiende a asociar consumo de drogas con delincuencia. Por tanto, la postura se inclina en primer lugar a apoyar medidas que criminalicen la problemática.
- Un segundo tipo de políticas que cuenta con el respaldo de la población tiene que ver con “campañas de prevención”, sobre todo en los colegios y en los medios de comunicación.

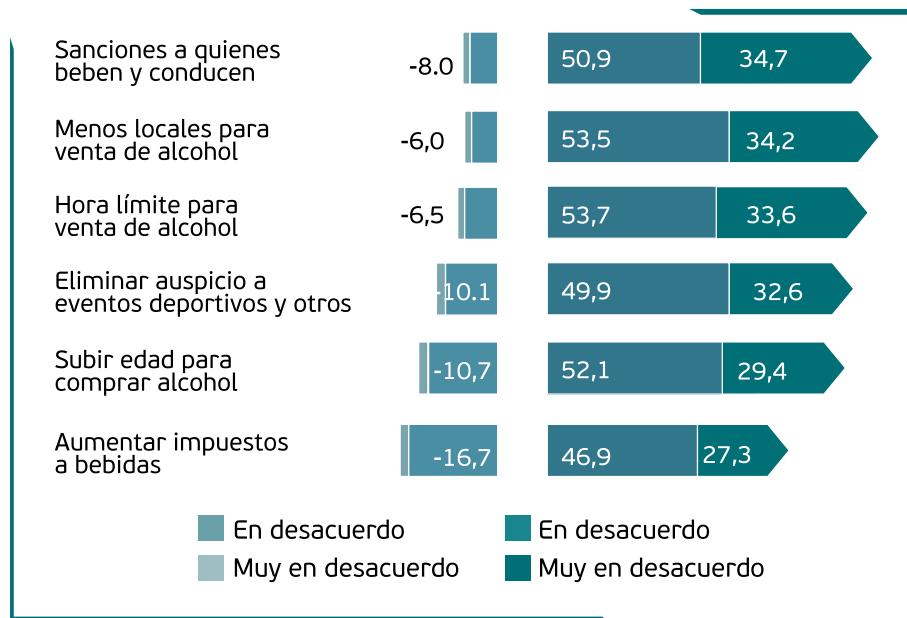
Acciones orientadas a la rehabilitación de personas adictas, a promover el desarrollo socioeconómico de zonas que dependen económicamente de la producción y tráfico de drogas y, peor aún, legalizar el consumo de drogas, que se enmarcan en un enfoque de salud pública, cuentan con el respaldo de menos del 30% de la población. Incluso se puede decir que el respaldo llega a un máximo del 15%.

6.5.3. Apoyo a políticas específicas sobre consumo de drogas

En el anterior inciso se analizaron las percepciones y actitudes ante “políticas generales” que se podrían afrontar frente a la problemática de las drogas. En este inciso se analizará el respaldo de

los entrevistados frente a medidas específicas que se podrían asumir respecto del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

**Gráfico 72. Apoyo a políticas para reducir el consumo de alcohol.
(En porcentajes)**



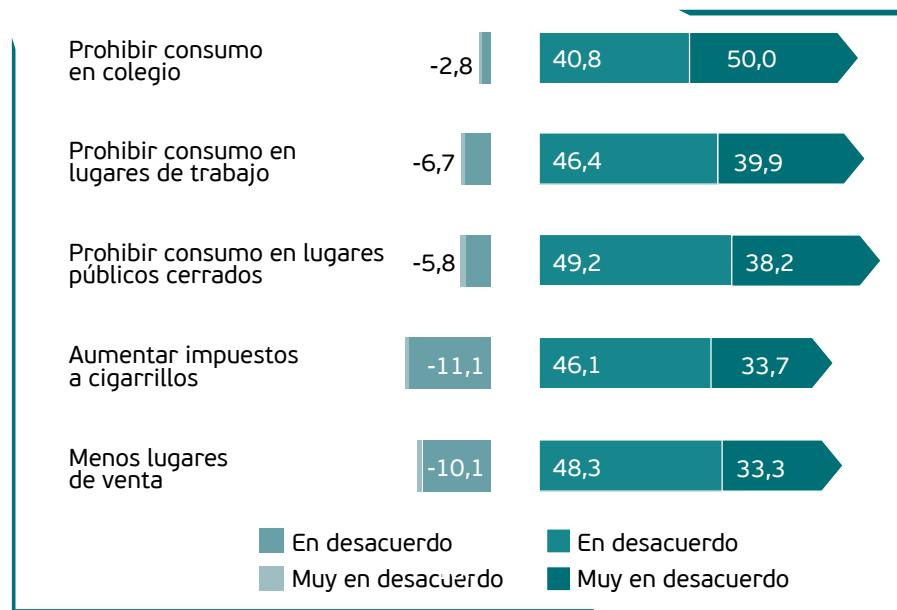
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

En el Gráfico 72, se puede observar que la mayoría de las políticas que se pusieron en consideración de los entrevistados para disminuir el consumo de alcohol logran el respaldo de más del 80%. En particular, la disminución de locales de expendio de bebidas alcohólicas, limitar el horario de venta de alcohol y endurecer las sanciones a quienes beben y al mismo tiempo conducen.

La única medida que no tiene un respaldo mayor al 80%, pero que igual tiene un apoyo importante, es aumentar el impuesto a las bebidas alcohólicas.

En general, la información del Gráfico 72 muestra que en la mayoría de la población hay una clara predisposición para apoyar medidas que limiten la oferta de bebidas alcohólicas.

**Gráfico 73. Apoyo a políticas para reducir el consumo de tabaco.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como en el caso de las políticas sobre alcohol, las políticas referidas a la disminución del consumo de tabaco logran un respaldo de más del 80% de los

entrevistados (Gráfico 73). Especialmente, aquellas que apuntan a prohibir el consumo de tabaco en colegios, en lugares de trabajo y en espacios públicos cerrados.



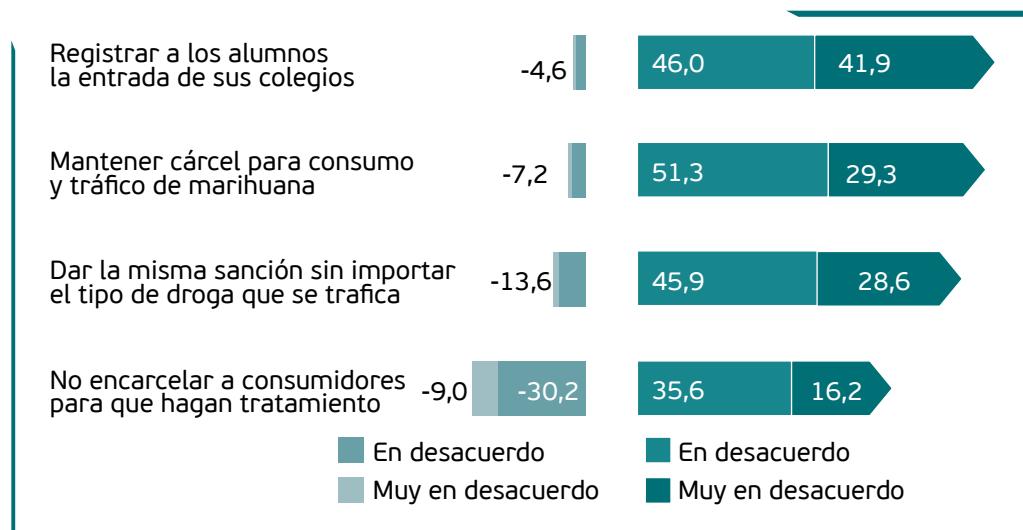
Esto reafirma una vez más que toda política pública basada en la idea de “prohibir” o “criminalizar” el consumo de drogas (lícitas o ilícitas) tiende a lograr un respaldo mayoritario en la población.

En el caso de las políticas referidas a las drogas ilícitas, aquellas que tienen un carácter represivo asociado a la criminalización son las que logran un mayor respaldo de los entrevistados (Gráfico 74): registrar las mochilas

de estudiantes para ver si portan droga y castigar con la cárcel todo tipo de consumo de drogas.

En cambio, políticas en el campo de la salud pública tienen poco respaldo. Es más, generan actitudes contrarias de rechazo. Cerca del 40% de los entrevistados no está de acuerdo con no encarcelar a los consumidores de drogas para que entren en programas de rehabilitación.

**Gráfico 74. Apoyo a políticas para reducir el consumo de drogas ilícitas.
(En porcentajes)**



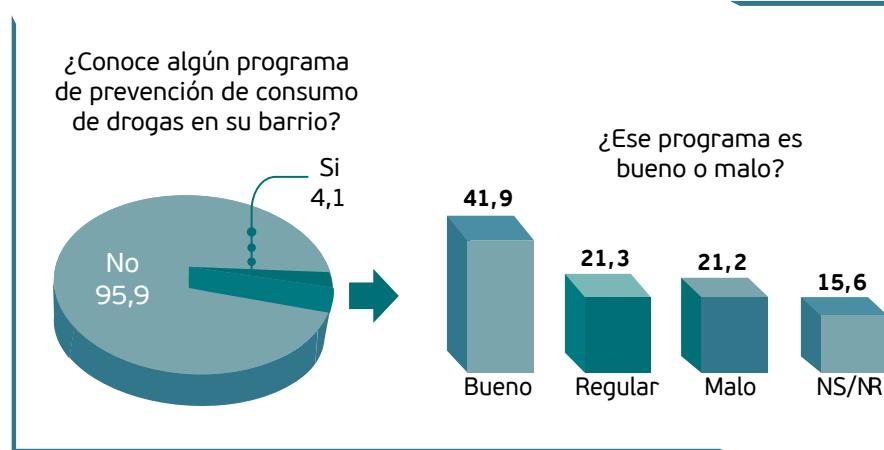
Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

6.6. EXPOSICIÓN ANTE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS

Después de haber analizado las actitudes de los entrevistados frente a posibles políticas públicas para afrontar la problemática de las drogas, se pasa ahora

a estudiar la exposición de los entrevistados frente a programas de prevención del consumo de drogas.

**Gráfico 75. Conocimiento de programas de prevención de consumo de drogas.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Como se puede observar en el Gráfico 75, sólo el 4% de los entrevistados conocen programas de prevención del consumo de drogas en sus barrios. De este porcentaje, menos de la mitad tiene una valoración claramente positiva de estos programas. Esto da

a entender que la cobertura de estos programas es limitada y que están teniendo dificultades para lograr el involucramiento y el apoyo de la mayoría de la población en las ciudades incluidas en el estudio.

Cuadro 81. Personas que conocen algún programa de prevención de consumo de drogas en su barrio y que lo califican como “bueno”, según variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		Conoce programas	Califica el programa como bueno
Sexo			
	Hombres	4,6	41,1
	Mujeres	3,6	42,8
Edad			
	12 - 15	3,0	51,6
	16 - 18	5,4	33,0
	19 - 24	3,1	42,4
	25 - 30	5,5	48,0
	31 - 40	4,4	25,7
	41 - 50	3,3	37,6
	51 y más	3,9	61,2
Estrato social			
	Medio alto	10,4	51,3
	Medio típico	4,3	33,5
	Medio bajo	3,6	45,2
	Bajo	3,6	38,2
	Pobreza	3,1	46,7

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018

Las personas del estrato medio alto son las que más conocen programas de prevención en sus barrios y son los que tienen una valoración más positiva de estas campañas (Cuadro 81). Quienes conocen más estos programas son hombres adolescentes y de mediana edad.

Hay que recordar aquí que entre los segmentos más vulnerables al abuso de drogas están los adolescentes y jóvenes del estrato bajo y pobreza. Pero llama la atención que este segmento no esté expuesto de manera importante a la cobertura de programas de prevención de consumo de drogas.

Cuadro 82. Personas que conocen algún programa de prevención de consumo de drogas en su barrio y que lo califican como “bueno”, según ciudad. (En porcentajes)

	Conoces programa	Califica el programa como bueno
La Paz	2,6	56,0
El Alto	3,5	52,1
Cochabamba	2,0	43,3
Santa Cruz	7,9	30,5
Oruro	1,6	44,8
Potosí	3,7	42,9
Sucre	4,0	83,4
Tarija	0,6	79,2
Trinidad	6,2	28,2
Cobija	2,1	48,3

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Cuando se analiza el conocimiento y valoración de programas de prevención de drogas en barrios, se observa que en Santa Cruz y Trinidad el conocimiento es mayor (Cuadro 82). En este caso, la cobertura de los programas de prevención está apuntando a dos ciudades en las cuales existen prevalencias de consumo más altas que el promedio.

Sin embargo, la valoración positiva de estos programas es claramente mayor en los valles, antes que en Santa Cruz y Trinidad. En efecto, es en las ciudades de Sucre y Tarija donde se califica positivamente a estas campañas.

Cuadro 83. Personas que conocen algún programa de prevención de consumo de drogas en su barrio y que lo califican como “bueno”, según tipo de consumidores. (En porcentajes)

	Conoce programa	Califica el programa como bueno
No consumidores	2,8	46,5
De alcohol (mes)	6,1	45,5
De tabaco (mes)	2,1	31,1
Policonsumo	14,0	29,7

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Hay que destacar que los consumidores de drogas ilícitas son los que están más expuestos a estos programas de prevención (Cuadro 83). Ello se confirma también con el hecho que el conocimiento de estos programas sea mayor en dos ciudades con mayor prevalencia en el consumo (Santa Cruz y Trinidad). Sin

embargo, a pesar de su mayor exposición a estos programas, los consumidores de drogas ilícitas no son los que más valoran positivamente a estos programas.

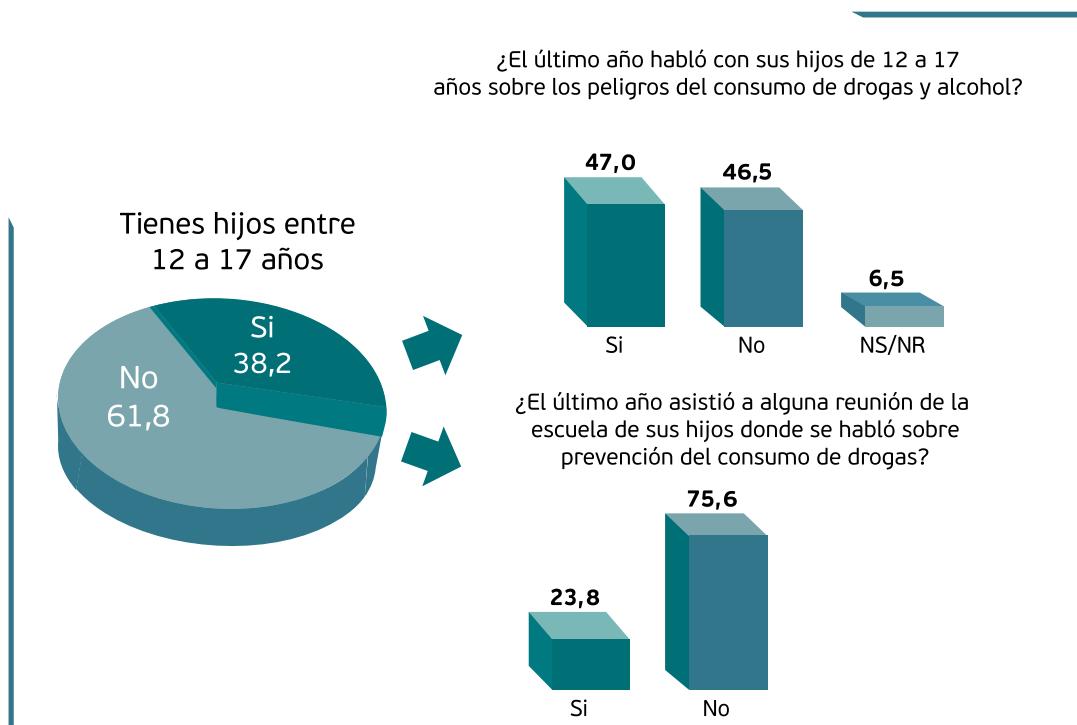
Quienes tienen una valoración más positiva de los programas de prevención son los no consumidores y

aquellos que han consumido alcohol en el último mes. Se trata de un indicio de “problemas de llegada” de estos programas. No tienen una valoración claramente

positiva en los segmentos más vulnerables respecto del consumo de drogas ilícitas.

6.7. DIÁLOGO CON LOS HIJOS SOBRE CONSUMO DE DROGAS

**Gráfico 76. Comunicación interpersonal sobre drogas y alcohol.
(En porcentajes)**



Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

El 38% de los entrevistados tiene hijos entre los 12 y 17 años (Gráfico 76). De este total, casi la mitad afirma haber conversado con sus hijos durante el último año sobre los peligros del consumo de alcohol y drogas. Y sólo un cuarto afirma que en las reuniones del colegio de sus hijos se trató el tema de la prevención de consumo de drogas.

Esto da a entender que, al menos en el ámbito educativo, la prevención del consumo de drogas no parece ser una prioridad o, al menos, no es una prioridad que se comparte con los padres.

Cuadro 84. Comunicación interpersonal sobre drogas en el último año, según variables sociodemográficas. (En porcentajes)

		Habló con hijos sobre peligro drogas	Asistió a reuniones escuela sobre prevención
Sexo			
	Hombres	42,9	21,9
	Mujeres	50,5	25,4
Estrato social			
	Medio alto	54,4	27,8
	Medio típico	54,0	26,9
	Medio bajo	51,1	20,8
	Bajo	42,8	20,1
	Pobreza	32,4	20,9

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

Quienes más afirman que hablan con sus hijos sobre el tema de las drogas son las mujeres de los estratos medios (Cuadro 84). También son las madres de estos estratos quienes más han tocado estos temas en las reuniones de colegio de sus hijos.

De modo que, en términos de comunicación, se pueden observar las siguientes tendencias según estrato social:

- En los estratos medios, sobre todo en el estrato medio alto, existe mayor conocimiento de programas de prevención del consumo de drogas

en sus barrios, hablan más sobre este tema con sus hijos y tocan este tema un poco más en las reuniones de los colegios de sus hijos.

- En cambio, en los estratos bajo y pobreza la exposición a programas de prevención es menor, se habla menos de este tema entre padres e hijos y se toca menos este tema en los colegios, a pesar de que varios adolescentes de estos estratos están en una situación de vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar prácticas de abuso y dependencia en el consumo de drogas.

**Cuadro 85. Comunicación interpersonal sobre drogas en el último año, según ciudad.
(En porcentajes)**

	Habló con hijos sobre peligro drogas	Asistió a reuniones escuelas sobre prevención
La Paz	45,0	16,1
El Alto	46,0	18,5
Cochabamba	39,9	24,2
Santa Cruz	54,0	40,5
Oruro	43,7	11,3
Potosí	47,4	13,3
Sucre	33,3	16,0
Tarija	51,8	19,9
Trinidad	60,1	25,8
Cobija	48,2	18,2

Fuente: III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en
Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y El Alto, 2018.

El tema de las drogas, tanto en la conversación con los hijos, como en las reuniones de colegio, está presente sobre todo en las ciudades de Santa Cruz y Trinidad (Cuadro 85). Es en estas ciudades donde también hay un mayor conocimiento de programas de prevención en los barrios. De modo que el tema de las drogas está

presente de manera importante en algunos segmentos de ambas ciudades de tierras bajas.

También en Tarija y Cochabamba se habla sobre estos temas, aunque en menor medida que en Santa Cruz y Trinidad.

6.8. CONCLUSIONES

En el presente capítulo se ha observado que el tema de las drogas es importante para la población por dos razones básicas: porque representa una amenaza, especialmente para los adolescentes y jóvenes, y porque se asocia el consumo con la delincuencia, y esta última es percibida como una amenaza directa para las familias.

Esta preocupación por el tráfico y consumo de drogas, y su asociación con la delincuencia, lo que a su vez implica una amenaza directa para las familias tiene, a su vez, dos efectos relevantes en las percepciones y actitudes de la mayoría de las personas:

- Contrariamente a los indicadores que hablan sobre una disminución de la prevalencia en el consumo de drogas, la mayoría de las personas cree que hay un incremento del consumo. La mayoría prevé además que este incremento continuará en los próximos años. Por tanto, la sensación de amenaza del tráfico y consumo de drogas aumenta.
- Un segundo efecto de la asociación entre consumo de drogas y delincuencia es el fortalecimiento de actitudes que apoyan políticas que criminalizan el consumo y que tipifican a los consumidores como delincuentes.

Como se ha visto en este capítulo, aquellas políticas basadas en el control, la represión y la cárcel son las que más apoyo tienen. En cambio, políticas en función de un enfoque de salud pública, como por ejemplo eximir de la cárcel a los consumidores con la condición de ingresar a tratamiento, no tienen el respaldo de la población.

Es posible concluir que mientras exista, en el nivel de las percepciones esta fuerte asociación entre el consumidor de drogas y el delincuente, la predisposición en la mayoría de las personas será apoyar políticas en el marco de la criminalización y no de la salud pública.

A pesar que el consumo de drogas asociado a la delincuencia es un importante tema de preocupación de las personas, sólo un tercio de los entrevistados cree que este tema es prioritario para las instituciones estatales. Dos tercios creen que la problemática de las drogas no es relevante para el Estado en todos sus niveles (nacional, departamental y municipal). Existe, por tanto, una especie de desencuentro entre la preocupación de las personas por el consumo de drogas y la percepción que este tema no es relevante para las instituciones públicas.

Existe una alta correlación entre consumo de drogas ilícitas y percepción del barrio del entrevistado como inseguro y en el cual existe un alto consumo de drogas. Esta relación entre inseguridad ciudadana en un barrio y alto consumo de drogas refuerza la asociación entre consumo de drogas ilícitas y delincuencia. De esta manera, barrios inseguros representan un contexto de

riesgo para el consumo de drogas ilícitas, sobre todo en adolescentes de estratos bajos.

Por esta razón, se hace necesario priorizar este tipo de barrios en políticas de prevención. Sin embargo, la información del presente estudio apunta a que los programas de prevención de consumo de drogas están llegando más a los estratos medios que son menos vulnerables a desarrollar prácticas de abuso y dependencia en el consumo de drogas. En cambio, estos programas tienen más dificultades en llegar a barrios de estratos bajo y pobreza, donde el riesgo es mayor.

Y lo que se observa en cuanto a los programas de prevención del consumo de drogas, tiende a replicarse en la comunicación interpersonal. En los estratos medios, más expuestos a programas de prevención, se habla más en la familia y en los colegios sobre el tema de las drogas. En cambio, en los estratos bajo y pobreza, menos expuestos a programas de prevención, se tiende a hablar menos del tema de drogas en las familias y en las escuelas.

Lo anterior apunta a la necesidad de fortalecer esfuerzos comunicacionales y de prevención dirigidos a barrios vulnerables, en los estratos bajo y pobreza.

Finalmente hay que mencionar que los consumidores de drogas ilícitas son los más expuestos a agresiones físicas y sexuales de parte de otras personas bajo influencia de alcohol y drogas. Es decir que, el consumo de drogas coloca al propio consumidor en una situación de vulnerabilidad que requiere de acciones eficientes de prevención y tratamiento.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se exponen las conclusiones y recomendaciones generales fruto del “III Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de

Departamento y El Alto, 2018”. Las mismas se presentan pensando siempre en el desarrollo de políticas públicas que puedan abordar la problemática de las drogas de manera eficiente y sustentable.

7.1. NECESIDAD DE FORTALECER LOS FACTORES QUE PERMITEN LA DISMINUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS

En la presente investigación se ha podido constatar que la prevalencia en el consumo de drogas está disminuyendo en los últimos años, sobre todo en el periodo del 2007 al 2014, con tendencia a estabilizarse entre el 2014 y el 2018. Este comportamiento del consumo de drogas se evidencia en todas las drogas analizadas, tanto en las lícitas (alcohol, tabaco), como en las ilícitas (marihuana, cocaína, pasta base, inhalables).

Esto quiere decir que hay factores en el contexto que explican esta disminución en el consumo de drogas en el área urbana de Bolivia. No es posible identificar estos factores sólo con la información recogida en la encuesta a hogares. Se requiere un análisis más global y de contexto sobre la evolución de la economía, la cultura y las relaciones sociales en las ciudades bolivianas en los últimos años. Sobre todo, en relación

al impacto que podrían estar teniendo determinadas políticas públicas actualmente en ejecución.

Identificar claramente cuáles son esos factores que explican la disminución de la prevalencia de consumo de drogas en Bolivia resulta esencial, con el objetivo de fortalecerlos a partir de una política pública eficiente.

Para identificar estos factores se requiere de estudios adicionales, tanto cuantitativos como cualitativos que apunten al contexto, tanto inmediato como más general, y que no sólo se enfoquen en los consumidores actuales o potenciales. El analizar exhaustivamente los factores personales, familiares, barriales, institucionales y culturales - estructurales, que explican esta disminución del consumo con un enfoque integral, permitiría fortalecer este proceso decreciente del consumo.

7.2. FORMULAR ESTRATEGIAS EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ACTUALES DEL CONSUMO DE DROGAS

La disminución en la prevalencia del consumo de drogas significa que el mismo es cada vez más focalizado y marginal, sobre todo en las drogas ilícitas. En efecto, en el presente estudio se ha precisado que el consumo mensual de marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis e inhalables es de menos del 1% de la población. También se ha precisado que, de este consumo mensual, en la mayor parte de los casos no hay signos de

trastorno del consumo, abuso o dependencia, según los sistemas de clasificación CIE-10, DSM-V y Audit.

Este consumo de tipo marginal y focalizado, que en varios casos no implica riesgo inminente de dependencia o abuso, requiere un tipo de políticas públicas y estrategias de prevención y atención diferente respecto de otro escenario de consumo creciente, por ejemplo.

Manteniendo políticas y estrategias de prevención enfocadas en la población a nivel general, es necesario desarrollar intervenciones más focalizadas que se dirijan de manera eficiente a estos nichos focalizados de consumidores y a su entorno inmediato. Una intervención más focalizada requiere también de una eficiente gestión de información, de planificación, ejecución y seguimiento. Llegar a nichos particulares de consumidores y de potenciales consumidores, minoritarios respecto de la población en su conjunto, puede resultar en una tarea más difícil que tener una llegada amplia a la población en general.

Por otro lado, en el desarrollo de estrategias focalizadas de prevención, atención y tratamiento en el consumo de drogas, es necesario tomar en cuenta que la mayoría de los consumidores mensuales de estas drogas no ha desarrollado abuso y dependencia. Se necesita, por tanto, valorar en su justa dimensión el riesgo y el problema del consumo, evitando enfoques alarmistas que distorsionan la realidad y hacen menos eficiente la intervención institucional.

En la identificación de estos nichos focalizados de consumidores y de potenciales consumidores de drogas (sobre todo de drogas ilícitas), es necesario tomar en cuenta los siguientes factores discriminantes:

- La edad. Algunas drogas (especialmente las lícitas), tienen un rango de consumo mayor en cuanto a la edad. Se comienza al inicio de la juventud (18 años) y el consumo se extiende hasta la adultez. Este rango amplio de edad hace que, al interior de los consumidores de estas drogas, existan subsegmentos con características y necesidades específicas.

En cambio, otras drogas como la marihuana, cocaína y pasta base, son principalmente juveniles. Su mayor consumo se centra entre los 18 y 24 años. Este perfil específico en la edad de los consumidores requiere de políticas y estrategias también específicas, orientadas a este segmento de edad.

- El sexo. Los hombres son más consumidores de drogas que las mujeres en la mayoría de los casos. Esto da a entender que el consumo de drogas está ligado a una cierta masculinidad dominante que hace de los hombres un segmento más predisposto al consumo de estas sustancias que las mujeres. Una estrategia de intervención y, sobre todo de prevención, requiere trabajar sobre este factor de construcción social de mandatos de género.
- El ámbito geográfico. Hay mayor prevalencia de consumo en algunas ciudades. Básicamente Santa Cruz es un espacio vulnerable. También está Trinidad para el consumo de cocaína y pasta base y donde, además, parece haber una amplia oferta de drogas ilícitas. En Sucre, el consumo de alcohol, tabaco y marihuana es mayor que en otras ciudades. Por tanto, se requiere de estrategias pertinentes y adecuadas a cada ámbito local en las ciudades capitales de Bolivia y El Alto.

7.3. LA EDAD DE INICIO DE CONSUMO, FACTOR CLAVE EN LA PREVENCIÓN

En la presente investigación se ha observado que la edad de inicio del consumo de drogas es un factor clave para el desarrollo, o no, del abuso y dependencia de drogas (tanto lícitas como ilícitas). La edad promedio de inicio de consumo de drogas es, en términos generales, los 18 años, momento en el cual la mayoría de los adolescentes está egresando de Secundaria para continuar con estudios técnicos/superiores, o insertarse en el mercado laboral. Cual fuere su desarrollo posterior, los 18 años implican un importante cambio en la relación con el hogar paterno en la mayoría de los casos. A partir de esa edad se inicia una mayor autonomía en el uso del tiempo libre y, a veces, en el manejo de dinero.

Cuando las personas inician el consumo de drogas a los 18 años, o más tarde, existe menor probabilidad que desarrollen un “consumo problemático” asociado al abuso y/o dependencia. Sin embargo, cuando las personas inician el consumo de alguna droga antes

de los 18 años (entre los 12 y 17 años) la probabilidad de abuso y dependencia aumenta significativamente.

Esto quiere decir que, si en el diseño de políticas públicas y estrategias de intervención se focalizan los esfuerzos para prevenir el inicio del consumo de drogas lícitas o ilícitas en la adolescencia (antes de los 18 años), disminuirá sustancialmente el abuso y dependencia en el consumo de drogas.

Para prevenir el inicio del consumo de drogas entre los 12 a 15 años, las Unidades Educativas parecen ser espacios institucionales privilegiados. Se requiere trabajar desde Primaria de manera consistente, y gradual, para desarrollar en los niños y niñas habilidades de resiliencia, de resolución de conflictos, de gestión emocional y de construcción de un proyecto de vida, de manera que, en la adolescencia, sea menos probable que personas en situación de vulnerabilidad se inicien en el consumo de drogas.

7.4. PRIORIZAR LOS FACTORES DE RIESGO

En la presente investigación se ha evidenciado que existe correlación entre los factores de riesgo analizados y el consumo de drogas. Se han incluido en la presente investigación los siguientes factores de riesgo:

- Percepción de riesgo del consumo de drogas.
- Consumo regular de drogas en el entorno familiar.

- Consumo de drogas en el grupo de pares.
- Exposición a la oferta de drogas ilícitas.
- Barrios inseguros.

Si bien la correlación entre estos factores de riesgo y el consumo de drogas es evidente, no todos los factores tienen el mismo peso. El consumo de drogas en el grupo de pares tiene una mayor correlación con

el consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas. Al parecer, este factor cumple una función de refuerzo y aprobación social del consumo de drogas. La persona que consume drogas tiende a desarrollar amistad con otras personas que comparten sus valores y sus hábitos y que, por tanto, consumen también drogas. En un contexto social mayor en el cual hay una “condena moral” del consumo de drogas, el pertenecer a un grupo de amigos en el cual este consumo sea aceptado y hasta valorado, cumple una función de contrapeso moral.

Es necesario precisar aquí que el consumo de drogas en el grupo de amigos no necesariamente es una

“causa” del consumo de drogas en una persona. Es más bien un factor que refuerza y legitima este consumo.

Lo anterior quiere decir que las estrategias de prevención y de respuesta al consumo de drogas deben tomar en cuenta que el mismo es un hecho social y grupal, antes que solamente un hábito aislado. Y que, los mismos grupos donde se legitima el consumo de drogas, pueden actuar también en determinadas circunstancias como espacios de contención social, que eviten el abuso y la dependencia.

7.5. ASOCIACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y DELINCUENCIA

Existe una alta asociación del consumo de drogas con la delincuencia en la percepción de la mayoría de la población. Esta asociación es la base para la construcción de estereotipos del consumidor de drogas como alguien básicamente peligroso y violento. Alguien al que hay que evitar a toda costa y que se convierte en una amenaza para las familias por varias razones: porque puede incitar al consumo en otras personas y porque puede cometer actos criminales.

Estos estereotipos se refuerzan cuando se añade a ellos la dimensión del tráfico de drogas. Este tráfico es, de por sí, un acto criminal. Así, el consumidor aparece como un delincuente asociado de alguna manera al narcotráfico.

En este contexto de percepciones, la mayoría de los entrevistados en la encuesta tienden a ubicar de manera espontánea el consumo de drogas en el ámbito de lo criminal, antes que en el ámbito de la salud.

Por tanto, apoyan políticas públicas que abordan el consumo de drogas como un acto delincuencial y están a favor de incrementar los “castigos” y las sanciones penales, tanto para los consumidores como para quienes trafican droga. Al mismo tiempo, no apoyan, e incluso rechazan políticas con un enfoque de salud pública. Se oponen a una eventual legalización de la marihuana, a evitar la cárcel para los consumidores para que acudan a sesiones de tratamiento, a acciones de desarrollo económico para zonas que dependen del narcotráfico, etc.

Por de pronto, no será posible esperar un importante apoyo de la ciudadanía a políticas que sean diseñadas e implementadas desde el enfoque de la salud pública. La presión social apuntará a promover políticas punitivas que han demostrado ser menos efectivas en varios países.

ANEXO

Cuestionario de la Encuesta

Bolivia - 2018	Ciudad: 1) LPZ 2) EA 3) CBBA 4) SCZ 5) ORU 6) POI 7) SCR 8) TJA 9) TDD 10) CJA	No. de cuestionario:
----------------	---	----------------------

Buenos días/tardes. La presente encuesta es realizada por la empresa Diagnosis S.R.L. que se dedica a hacer estudios de opinión. Estamos haciendo un estudio sobre algunos hábitos de consumo de las personas de 12 a 65 años. Esta vivienda ha sido seleccionada al azar para realizar esta encuesta. Le pedimos por favor su colaboración para contestar las siguientes preguntas. Como en toda encuesta no le pediremos su nombre, de modo que sus respuestas serán confidenciales. Está en todo el derecho de participar o no participar en esta encuesta. ¿Desea participar? Muchas gracias.

1. CIGARRILLOS/TABACO

(Para todas las preguntas considere cigarrillos con y sin filtro, puros/habanos, pipas o similares.)

1.! ¿Ha fumado cigarrillos o tabaco alguna vez en la vida? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 10**)

2.! ¿Cuándo fue la primera vez que fumó cigarrillos o tabaco? (**Leer opciones**)

1) En los últimos 30 días 2) Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año 3) O hace más de 1 año

3.! ¿Qué edad tenía cuando fumó cigarrillos o tabaco por primera vez? N° de años

4.! ¿Ha fumado cigarrillos o tabaco en los últimos 12 meses? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 10**)

5.! ¿Ha fumado cigarrillos o tabaco en los últimos 30 días? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 10**)

6.! ¿Cuántos cigarrillos aproximadamente ha fumado por día en los últimos 30 días? cigarros 98) No sabe 99) No recuerda

7.! Y ¿Cuántos días aproximadamente fumó cigarrillos o tabaco en los últimos 30 días? días 99) No sabe

8.! ¿Por cuántos años ha fumado usted cigarrillos o tabaco a diario? años 98) No fumó cigarrillos a diario

9.! ¿Ha fumado usted al menos 100 cigarrillos en su vida? 1) Sí 2) No

2. ALCOHOL

Para todas las preguntas, salvo que se indique lo contrario, considerar Vino, Cerveza, Chicha, Guarapo o licores más fuertes como Whisky, Fernet, Ron, Vodka, Tequila, Singani, etc.

10. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 47**)

11. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió bebidas alcohólicas? (**Leer opciones**)

1) En los últimos 30 días 2) Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año 3) O hace más de 1 año

12. ¿Qué edad tenía cuando consumió bebidas alcohólicas por primera vez? años

13. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 47**)

14. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 47**)

15. ¿Cuántos días consumió algún tipo de bebida alcohólica durante los últimos 30 días? días

¿En los últimos 30 días consumió... (leer bebida) ... (leer escala)?	A diario	Fines de semana	O algunos días entre semana	No ha consumido esta bebida (Vol)
16. Cerveza	1	2	3	4
17. Vino	1	2	3	4
18. Fernet	1	2	3	4
19. Chicha/Guarapo	1	2	3	4
20. Otras bebidas alcohólicas, por ejemplo Singani, Whisky, Vodka, Ron u otros tragos preparados.	1	2	3	4

21. En las últimas 2 semanas ¿Cuántas veces ha consumido 5 tragos o más en una misma salida? (**Leer opciones**)
 1) Sólo una vez 2) Entre 2 a 3 veces 3) Entre 4 a 5 veces 4) O más de 5 veces 5) Ninguna vez (**Vol. No leer**)
22. ¿Pensando en el último mes, más o menos cuánto dinero llegó a gastar en comprar bebidas alcohólicas?
 1) Nada 3) Entre 36 y 70 Bs. 5) Entre 101 y 150 Bs. 7) Más de 250 Bs.
 2) Menos de 35 Bs. 4) Entre 71 y 100 Bs. 6) Entre 151 y 250 Bs.

CUESTIONARIO AUDIT SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

23. ¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcohólica? (**Leer opciones**)
 1) Una vez al mes o 2) Dos a cuatro veces al mes 3) Dos a tres veces a la semana 4) Cuatro o más veces a la semana
 24. (**Tarjeta 1. Utilice la escala de abajo para estimar número de tragos**) ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?
 0) 0-2 1) 3-4 2) 5-6 3) 7-8 4) 9 o más

1 Trago	1,5 Tragos	6 Tragos	18 Tragos
-Una botella o lata individual de cerveza (333 cc.) -Un vaso de vino (140 cc.). -Un trago de licor (40 cc.) (pisco, ron, vodka, whisky) solo o combinado	Medio litro de cerveza 3 Tragos Un litro de cerveza	Una botella de vino (750 cc.) 8 Tragos Un litro de vino	Una botella de licor (750 cc)

¿En los últimos 12 meses... (leer pregunta)? ... ¿(leer escala)?	Menos de 1 vez al mes	1 a 2 veces por mes	1 a 2 veces por semana	Todos o casi todos los días	Nunca (Vol)	NS/ NR
25 qué tan seguido tomó usted 6 o más tragos en una sola ocasión?	1	2	3	4	5	9
26 qué tan seguido usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?	1	2	3	4	5	9
27 qué tan seguido su consumo de alcohol alteró el desempeño de sus actividades normales?	1	2	3	4	5	9
28 qué tan seguido usted necesitó beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior?	1	2	3	4	5	9
29 qué tan seguido usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	1	2	3	4	5	9
30 qué tan seguido usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	1	2	3	4	5	9

¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)?	No	Sí, pero no en el último año	Sí, en el último año
31. usted ha resultado físicamente lastimado debido a que bebió alcohol?	1	2	3
32. alguna otra persona ha resultado físicamente lastimada debido a que usted había bebido alcohol? (Si responde que “sí”, continuar. Si responde “no”, saltar a la P. 34)	1	2	3
33. a) ¿Esta persona era hombre o mujer? 1) Hombre 2) Mujer b) Aproximadamente qué edad tenía esta persona? _____			
34. algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	1	2	3

CUESTIONARIO DSM-V PARA MEDIR ABUSO

¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)?	Sí	No
35. ha consumido alcohol por un tiempo más prolongado o en mayores cantidades del que inicialmente pretendió?	1	2
36. usted sintió un deseo persistente de consumir alcohol o ha intentado sin éxito disminuir o controlar el consumo de alcohol?	1	2
37. usted ocupó una buena cantidad de tiempo para obtener, consumir o recuperarse de los efectos del alcohol?	1	2
38. usted tuvo un fuerte deseo de consumir alcohol?	1	2
39. usted ha incumplido obligaciones en el trabajo, el colegio y/o el hogar debido al consumo de alcohol?	1	2

¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)?		Sí	No
40. usted ha continuado consumiendo alcohol a pesar de los problemas personales o de relaciones con otros causados por su consumo de bebidas?		1	2
41. ha disminuido o dejado de lado importantes actividades, recreativas, sociales y de trabajo debido al consumo de alcohol?		1	2
42. usted consumió alcohol en situaciones en las que existía alta probabilidad de daño corporal? (por ejemplo conducir en estado de ebriedad u otras situaciones similares)		1	2
43. tuvo constantes problemas físicos y/o psicológicos relacionados con el consumo de alcohol? (Si el entrevistado responde "sí", seguir. Si responde "No", saltar a la P. 45)		1	2
44. ¿Y a pesar de tener estos problemas siguió consumiendo alcohol?		1	2
45. aumentó su consumo de alcohol para obtener el mismo efecto de antes?		1	2
46. (Tarjeta 2) Piense en alguna experiencia suya en la que haya consumido prolongadamente alcohol. Tomando en cuenta el periodo que va entre las dos horas hasta los dos días después de haber dejado de consumir alcohol, ¿sintió algunos de los siguientes efectos? (Leer opciones. Pueden ser varias respuestas)			
1) Falta de sueño	3) Náuseas y vómitos	5) Convulsiones	
2) Ansiedad o agitación	4) Alucinaciones (ver, oír, tocar cosas inexistentes)	6) Hacer muchas cosas sin parar	

3. CONSUMO DE OTRAS DROGAS

47. ¿Ha consumido alguna vez en su vida ... (leer inciso)	No (Sig.)	Si	48. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez?
a)! Analgésicos como Codeína, Hidrocodona, Vicodin, Metadona, Morfina, Petidina, Tramal o similares?	1	2	años
b)! Hachís?	1	2	años
c)! Crack?	1	2	años
d)! Heroína?	1	2	años
e)! Popper o reventadores (nitritos) tales como Rush, Jolt, LockerRoom, LeatherMan?	1	2	años
f)! Relevón?	1	2	años
g)! Alucinógenos como LSD, PCP, Peyote, Cucumelo, San Pedro, Ayahuasca o Mescalina y Psilocibina?	1	2	años
h)! Anfetaminas y Metanfetaminas (Hielo, Pepas, Cristal, Pastis, Meta, Speed)?	1	2	años
i)! GHB (G, Blue Nitro, CherryMeth, Heroína del pobre, Éxtasis líquido)?	1	2	años
j)! Ketamina (K o K especial, Vitamina K)?	1	2	años
k)! Otras drogas?	1	2	años

49. ¿Alguna vez en su vida se ha <u>inyectado</u> ... (leer inciso)	50. ¿Cuándo fue la última vez que se inyectó esta sustancia? (Leer escala)				
	Si	No (Sig.)	Durante los últimos 30 días	Hace más de un mes, pero menos de un año	O hace más de un año
a) Alcohol?	1	2	1	2	3
b) Cocaína?	1	2	1	2	3
c) Anfetaminas /metanfetaminas?	1	2	1	2	3
d) Heroína?	1	2	1	2	3
e) Morfina, petidina o similares?	1	2	1	2	3
f) Otras drogas?	1	2	1	2	3

4. INHALABLES

Considere sustancias como pegamentos, pinturas, lacas, desodorantes, éter, tolueno, gasolina/bencina, parafina o cosas similares.

51. ¿Cuándo fue la primera vez que probó inhalables? (Leer escala)

- | | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------|---|
| 1) Durante los últimos 30 días | 2) Hace más de un mes, pero menos de 1 año | 3) O hace más de un año | 4) Nunca ha consumido inhalables (Vol. P. 58) |
|--------------------------------|--|-------------------------|---|

52. ¿Qué edad tenía cuando probó inhalables por primera vez? _____ años

53. ¿Ha probado inhalables en los últimos 12 meses? 1) Sí 2) No (Ir a P. 58)

54. ¿Con qué frecuencia ha probado inhalables? (**Leer opciones**)

- 1) Una sola vez 2) Algunas veces durante los últimos 12 meses 3) Algunas veces mensualmente 4) Algunas veces semanalmente 5) O diariamente

55. ¿Ha probado inhalables alguna vez en los últimos 30 días? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 58**)

56. Y esas veces que usó inhalables en los últimos 30 días con el fin de drogarse ¿qué tipo de sustancia utilizó? (**No leer opciones. Pueden ser varias respuestas**)

- 1) Pegamentos (Clefa) 3) Desodorantes 5) Gasolina/Bencina o Parafina 7) Líquido para encendedores 9) Disolventes (Thinner)
2) Pinturas 4) Tolueno 6) Éter o Acetona 8) Poppers 10) Otro _____

57. Y esas veces que usó inhalables en los últimos 30 días ¿dónde los consiguió? (**No leer opciones. Pueden ser varias respuestas**)

- 1) Supermercado/ farmacias 3) Almacén del barrio 5) En el colegio 7) De amigos 9) Del proveedor
2) Ferreterías 4) En la casa 6) En el trabajo 8) De alguien que no es amigo

5. MARIHUANA

58. ¿Cuándo fue la primera vez que probó Marihuana? (**Leer escala**)

- 1) Durante los últimos 30 días 2) Hace más de un mes, pero menos de 1 año 3) O hace más de un año 4) Nunca consumió Marihuana (**Vol. P. 94**)

59. ¿Qué edad tenía cuando consumió Marihuana por primera vez? años

60. ¿Ha consumido Marihuana alguna vez en los últimos 12 meses? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 94**)

61. ¿Con qué frecuencia ha usado Marihuana en los últimos 12 meses? (**Leer opciones**)

- 1) Una sola vez 2) Algunas veces 3) Algunas veces mensualmente 4) Algunas veces semanalmente 5) O diariamente

62. ¿Ha consumido Marihuana alguna vez en los últimos 30 días? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 94**)

63. ¿Cuántos días ha consumido Marihuana durante los últimos 30 días? días

64. ¿Generalmente, cuántos cigarros/porros/pipas de Marihuana consume Ud. al mes? N°
65. Según lo que Ud. sabe, ¿cuánto cuesta un sobre, cigarro/porro/pipa de Marihuana? (**Número entero**) Bs. 999) NS/NR

66.! ¿Más o menos cuánto gastó Ud. en Marihuana durante los últimos 30 días? (**número entero**) Bs. 999) NS/NR

Durante los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia ... (leer pregunta)? ... (leer escala)?	Rara vez	De vez en cuando	Bastante a menudo	O muy a menudo	Nunca (Vol)
67. ha fumado Marihuana antes del medio día?	1	2	3	4	5
68. ha fumado Marihuana estando solo?	1	2	3	4	5
69. ha tenido problemas de memoria al fumar Marihuana?	1	2	3	4	5
70. le han dicho sus amigos o alguien de su familia que debería reducir el consumo de Marihuana?	1	2	3	4	5
71. ha intentado reducir el consumo de Marihuana sin conseguirlo?	1	2	3	4	5
72. ha tenido problemas debido a su consumo de Marihuana como peleas, accidentes, malos resultados académicos, etc.?	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO CIE-10 PARA MEDIR DEPENDENCIA

73. (**Tarjeta 3**) ¿En los últimos 12 meses consumió Marihuana para eliminar problemas como éstos o para evitar que se presentaran? (**Leer opciones**) 1) Sí 2) No

- Ansioso, inquieto, irritable	- Estrés o depresión	- Náuseas o vómitos
- Problemas de concentración	- Tembloroso	- Ver, oír, sentir cosas inexistentes
- Fatigado, somnoliento, débil	- Taquicardia	- Problemas para dormir

¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)?	Sí	No
74. ha sentido un deseo tan grande de consumir Marihuana que no pudo resistir?	1	2
75. para obtener el mismo efecto con Marihuana ha consumido mayor cantidad que antes?	1	2
76. la misma cantidad de Marihuana tiene menos efecto en Ud. que antes?	1	2
77. ha consumido Marihuana a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	1	2
78. ha terminado consumiendo Marihuana en mayores cantidades de lo que Ud. pensó?	1	2
79. ha dejado de hacer actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de Marihuana?	1	2
80. ha dedicado más tiempo que antes para conseguir y consumir Marihuana, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?	1	2
81. el consumo de Marihuana le ha ocasionado problemas físicos, emocionales o nerviosos? (Si la respuesta es "sí" continuar. Si la respuesta es "no", saltar a la P. 83)	1	2
82. ¿A pesar de esos problemas físicos, emocionales o nerviosos, ha seguido consumiendo Marihuana?	1	2

CUESTIONARIO DSM-V PARA MEDIR ABUSO

¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)?	Sí	No	
83. ha consumido Marihuana por un tiempo más prolongado o en mayores cantidades del que inicialmente pretendió?	1	2	
84. sintió Ud. un deseo persistente de consumir Marihuana o no ha logrado disminuir o controlar su consumo?	1	2	
85. ocupó Ud. una buena cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la Marihuana?	1	2	
86. tuvo Ud. un fuerte deseo de consumir Marihuana?	1	2	
87. ha incumplido obligaciones en el trabajo, en el colegio y/o en el hogar debido al consumo de Marihuana?	1	2	
88. ha continuado consumiendo Marihuana, a pesar de los problemas personales o de relaciones con otros causados por este consumo?	1	2	
89. ha disminuido o dejado de lado actividades, recreativas, sociales y laborales debido al consumo de Marihuana?	1	2	
90. tuvo problemas físicos y/o emocionales relacionados con el consumo de Marihuana? (Si la respuesta es "sí" continuar. Si la respuesta es "no", saltar a la P. 92)	1	2	
91. ¿Y a pesar de esos problemas físicos y/o psicológicos continuó consumiendo Marihuana?	1	2	
92. ha aumentado notablemente la cantidad de Marihuana necesaria para obtener el mismo efecto de antes?	1	2	
93. (Tarjeta 4) Piense en alguna experiencia suya en la que haya consumido prolongadamente Marihuana. ¿Sintió algunos de los siguientes efectos en la primera semana después de dejar de consumir Marihuana? (Leer opciones. Pueden ser varias respuestas)			
1) Ira y agresividad	3) Dificultad para dormir	5) Náuseas y vómitos	7) Otro _____
2) Nerviosismo o ansiedad	4) Pérdida de apetito y de peso	6) Obsesión por algunas cosas	

6. COCAÍNA

94. ¿Cuándo fue la primera vez que probó Cocaína? (**Leer opciones**)

- 1) Durante los últimos 30 días 2) Hace más de un mes, pero menos de 1 año 3) O hace más de un año

4) Nunca consumió Cocaína (**P. 125**)

95. ¿Qué edad tenía cuando consumió Cocaína por primera vez?

_____ años

96. ¿Ha consumido cocaína alguna vez en los últimos 12 meses? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 125**)

97. ¿Con qué frecuencia ha consumido Cocaína en los últimos 12 meses? (**Leer opciones**)

- 1) Una sola vez 2) Algunas veces 3) Algunas veces mensualmente 4) Algunas veces semanalmente 5) O diariamente

98. ¿Ha consumido Cocaína alguna vez en los últimos 30 días? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 125**)

99. ¿Cuántos días ha consumido Cocaína durante los últimos 30 días? días

100. ¿Más o menos cuántos sobres o bretes de Cocaína consume Ud. al mes?

(Nº cantidad de gramos: normalmente 1 sobre/brete = 1 gramo) (**número entero**)

sobres/gramos

101. Según lo que Ud. sabe, ¿cuánto cuesta un sobre o gramo de Cocaína? (**número entero**)

Bs.

102. ¿Cuánto gastó Ud. en Cocaína durante los últimos 30 días? (**número entero**)

Bs.

CUESTIONARIO CIE-10 PARA MEDIR DEPENDENCIA

103. (**Tarjeta 3**) ¿En los últimos 12 meses consumió Cocaína para eliminar problemas como éstos o para evitar que se presentaran? (**Leer opciones**)

1) Sí 2) No

- Ansioso, inquieto, irritable	- Estrés o depresión	- Náuseas o vómitos
- Problemas de concentración	- Tembloroso	- Ver, oír, sentir cosas inexistentes
- Fatigado, somnoliento, débil	- Taquicardia	- Problemas para dormir

¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)?	Sí	No
104 ha sentido un deseo tan grande de consumir Cocaína que no pudo pensar en nada más?	1	2
105 para obtener el mismo efecto con Cocaína ha consumido mayor cantidad que antes?	1	2
106 la misma cantidad de Cocaína tiene menos efecto en Ud. que antes?	1	2
107 ha consumido Cocaína a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	1	2
108 ha terminado consumiendo Cocaína en mayores cantidades de lo que Ud. pensó?	1	2
109 ha dejado de hacer actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de Cocaína?	1	2
110 ha dedicado más tiempo que antes para conseguir y consumir Cocaína, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?	1	2
111 ha tenido problemas físicos, emocionales o nerviosos relacionados con el consumo de Cocaína? (Si la respuesta es “sí” continuar. Si la respuesta es “no”, saltar a la P. 113)	1	2
112 ¿Y, a pesar de esos problemas físicos, emocionales o nerviosos ha continuado consumiendo Cocaína?	1	2

CUESTIONARIO DSM-V PARA MEDIR ABUSO

¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)?	Sí	No
113 ha consumido Cocaína por un tiempo más prolongado o en mayores cantidades del que inicialmente pretendió?	1	2
114 sintió Ud. un deseo persistente de consumir Cocaína o ha intentado sin éxito disminuir o controlar su consumo?	1	2
115 ocupa Ud. una buena cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos del consumo de la Cocaína?	1	2
116 tiene usted un fuerte deseo de consumir Cocaína?	1	2
117 ha incumplido obligaciones en el trabajo, el colegio y/o el hogar debido al consumo de Cocaína?	1	2
118 ha continuado consumiendo Cocaína, a pesar de los problemas personales o de relaciones con otros causados por su consumo exagerado?	1	2
119 ha disminuido actividades, recreativas, sociales y laborales debido al consumo de Cocaína?	1	2
120 consumió Ud. Cocaína en situaciones o actividades en las que existe alta probabilidad de daño corporal?	1	2
121 ha tenido problemas físicos o emocionales relacionados con el consumo de Cocaína? (Si la respuesta es “sí” continuar. Si la respuesta es “no”, saltar a la P. 123)	1	2
122 ¿Y ha seguido consumiendo Cocaína a pesar de estos problemas o emocionales?	1	2
123 aumentó notablemente la cantidad de Cocaína necesaria para obtener el mismo efecto que antes?	1	2
124 (Tarjeta 5) Piense en alguna experiencia suya en la que haya consumido prolongadamente Cocaína. ¿Sintió algunos de los siguientes efectos en la primera semana después de dejar de consumir Cocaína? (Leer opciones. Pueden ser varias respuestas)		
1) Fatiga	3) Dificultad para dormir	5) Agitación o movimientos más lentos
2) Nerviosismo o ansiedad	4) Aumento de apetito	6) Otro _____

7. PASTA BASE

125. ¿Cuándo fue la primera vez que probó Pasta Base? (**Leer opciones**)

- 1) Durante los últimos 30 días 2) Hace más de un mes, pero menos de 1 año 3) O hace más de un año 4) Nunca consumió Pasta Base (**P. 163**)

126. ¿Qué edad tenía cuando consumió Pasta Base por primera vez? _____ años

127. ¿Ha consumido Pasta Base alguna vez en los últimos 12 meses? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 163**)

128. ¿Con qué frecuencia ha consumido Pasta Base en los últimos 12 meses? (Leer opciones)
- 1) Una sola vez 2) Algunas veces 3) Algunas veces mensualmente 4) Algunas veces semanalmente 5) Diariamente
129. ¿Ha consumido Pasta Base alguna vez en los últimos 30 días? 1) Sí 2) No (Ir a P. 163)
130. ¿Cuántos días ha consumido Pasta Base durante los últimos 30 días? días
131. ¿Cuántos pitillos o bretes de Pasta Base consume Ud. al mes? (número entero) N°
132. Según lo que Ud. sabe, ¿Cuánto cuesta un pitillo o brete de Pasta Base? (número entero) Bs.
133. ¿Cuánto gastó Ud. en Pasta Base durante los últimos 30 días? (número entero) Bs.

¿Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia ... (leer pregunta)? ... ¿(leer escala)?	Rara vez	De vez en cuando	Bastante a menudo	O muy a menudo	Nunca (Vol)
134 ha fumado Pasta Base antes del medio día?	1	2	3	4	5
135 ha fumado Pasta Base estando solo?	1	2	3	4	5
136 ha tenido problemas de memoria al fumar Pasta Base?	1	2	3	4	5
137 le han dicho amigos o alguien de su familia que debería reducir el consumo de Pasta Base?	1	2	3	4	5
138 ha intentado reducir el consumo de Pasta Base sin conseguirlo?	1	2	3	4	5
139 ha tenido problemas debido a su consumo de Pasta Base, por ejemplo peleas, accidente, mal resultado académico, etc.?	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO CIE-10 PARA MEDIR DEPENDENCIA

140. (Tarjeta 3) ¿En los últimos 12 meses consumió Pasta Base para eliminar problemas como éstos o para evitar que se presentaran? (Leer opciones)
- 1) Sí 2) No
- | | | |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| - Ansioso, inquieto, irritable | - Estrés o depresión | - Náuseas o vómitos |
| - Problemas de concentración | - Tembloroso | - Ver, oír, sentir cosas inexistentes |
| - Fatigado, somnoliento, débil | - Taquicardia | - Problemas para dormir |

141. (Tarjeta 3) ¿Y ha presentado estos problemas cuando suspendía o disminuía el consumo de Pasta Base? 1) Sí 2) No

¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)	Sí	No
142 ha sentido un deseo tan grande de consumir Pasta Base que no pudo pensar en nada más?	1	2
143 para obtener el mismo efecto con Pasta Base ha consumido mayor cantidad que antes?	1	2
144 la misma cantidad de Pasta Base tiene menos efecto en Ud. que antes?	1	2
145 ha consumido Pasta Base a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	1	2
146 ha terminado consumiendo Pasta Base en mayores cantidades de lo que Ud. pensó?	1	2
147 ha dejado de hacer actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de Pasta Base?	1	2
148 ha dedicado más tiempo que antes para conseguir y consumir Pasta Base, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?	1	2
149 ha tenido problemas físicos, emocionales o nerviosos relacionados con el consumo de Pasta Base? (Si la respuesta es "sí" continuar. Si la respuesta es "no", saltar a la P. 151)	1	2
150 ¿Y ha continuado consumiendo Pasta Base a pesar de estos problemas físicos, emocionales o nerviosos?	1	2

CUESTIONARIO DSM-V PARA MEDIR ABUSO

¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)?	Sí	No
151. ha consumido Pasta Base por un tiempo más prolongado o en mayores cantidades de lo que inicialmente pretendió?	1	2
152. sintió Ud. un deseo persistente de consumir Pasta Base, o ha intentado sin éxito disminuir o controlar su consumo?	1	2
153. ocupó Ud. una buena cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos del consumo de Pasta Base?	1	2
154. tuvo Ud. un fuerte deseo de consumir Pasta Base?	1	2
155. ha incumplido obligaciones en el trabajo, el colegio y/o el hogar debido al consumo de Pasta Base?	1	2
156. ha continuado consumiendo Pasta Base, a pesar de los problemas personales o de relación con otros causados por su consumo exagerado?	1	2
157. ha disminuido o dejado de lado actividades, recreativas, sociales y laborales debido al consumo de Pasta Base?	1	2
158. consumió Pasta Base en situaciones o actividades en las que existe alta probabilidad de daño corporal?	1	2

¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)?		Sí	No
159.	ha tenido problemas físicos o emocionales relacionados al consumo de Pasta Base? (Si la respuesta es "sí" continuar. Si la respuesta es "no", saltar a la P. 161)	1	2
160.	¿Y a pesar de estos problemas físicos o emocionales, ha continuado consumiendo Pasta Base?	1	2
161.	aumentó notablemente la cantidad de Pasta Base para obtener el mismo efecto que antes?	1	2
162	(Tarjeta 5) Piense en alguna experiencia suya en la que haya consumido prolongadamente Pasta Base. ¿Sintió algunos de los siguientes efectos en la primera semana después de dejar de consumir Pasta Base? (Leer opciones. Pueden ser varias respuestas)		
1) Fatiga	3) Dificultad para dormir	5) Agitación o movimientos más lentos	
2) Nerviosismo o ansiedad	4) Aumento de apetito	6) Otro	

8. ÉXTASIS – MDMA

163. ¿Cuándo fue la primera vez que probó Éxtasis - MDMA? (**Leer escala**)
1) Durante los últimos 30 días 2) Hace más de un mes, pero menos de 1 año 3) O hace más de un año 4) Nunca consumió Éxtasis-MDMA (**P. 178**)

164. ¿Qué edad tenía cuando consumió Éxtasis por primera vez? años

165. ¿Ha consumido Éxtasis - MDMA alguna vez en los últimos 12 meses? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 178**)

166. ¿Con qué frecuencia ha consumido Éxtasis – MDMA en los últimos 12 meses? (**Leer opciones**)
1) Una sola vez 2) Algunas veces 3) Algunas veces mensualmente 4) Algunas veces semanalmente 5) O diariamente

167. ¿Ha consumido Éxtasis - MDMA alguna vez en los últimos 30 días? 1) Sí 2) No (**Ir a P. 178**)

168. ¿Cuántos días ha consumido Éxtasis – MDMA, durante los últimos 30 días? (**número entero**) días

169. ¿Cuántas pastillas de Éxtasis - MDMA consume Ud. al mes? (**número entero**) Nº

170. Según lo que Ud. sabe, ¿Cuánto cuesta una pastilla de Éxtasis - MDMA) (**número entero**) Bs.

171. ¿Cuánto gastó Ud. en Éxtasis - MDMA durante los últimos 30 días? (**número entero**) Bs.

¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia ... (leer pregunta)? ¿(leer escala)?	Rara vez	De vez en cuando	Bastante a menudo	O muy a menudo	Nunca (Vol)
172 ha consumido Éxtasis antes del medio día?	1	2	3	4	5
173 ha consumido Éxtasis estando solo?	1	2	3	4	5
174 ha tenido problemas de memoria al consumir Éxtasis?	1	2	3	4	5
175 le han dicho amigos o alguien de su familia que debería reducir el consumo de Éxtasis?	1	2	3	4	5
176 ha intentado reducir el consumo de Éxtasis sin conseguirlo?	1	2	3	4	5
177 ha tenido problemas debido a su consumo de Éxtasis? (peleas, accidente, mal resultado académico, etc.)	1	2	3	4	5

9. OTRAS DROGAS SINTÉTICAS

10. TRANQUILIZANTES

Consideré medicamentos tranquilizantes como Alprazolam (Tricalma, Prazolam, Alpax), Diazepam (Valium, Relazepam, Compaz), Flunitrazepam (Rohipno) o similares para esta serie de preguntas sobre tranquilizantes.

180. ¿Cuándo fue la primera vez que probó Medicamentos Tranquilizantes sin prescripción médica? (**Leer opciones**)

- | | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------|---|
| 1) Durante los últimos 30 días | 2) Hace más de un mes, pero menos de 1 año | 3) O hace más de un año | 4) Nunca consumió Tranquilizantes (P. 186) |
|--------------------------------|--|-------------------------|---|

181. ¿Qué edad tenía cuando consumió Tranquilizantes sin prescripción médica por primera vez? años

182. ¿Ha consumido Tranquilizantes sin prescripción médica alguna vez en los últimos 12 meses?

1) Sí	2) No (Ir a P. 186)
-------	------------------------------

183. ¿Ha consumido Tranquilizantes sin prescripción médica alguna vez en los últimos 30 días?

1) Sí	2) No (Ir a P. 186)
-------	------------------------------

184. ¿Cuántos días ha consumido Tranquilizantes sin prescripción médica? (**número entero**) días

185. ¿Cómo obtuvo los Tranquilizantes que consumió? (**Leer opciones**)

- | | | |
|-----------------|----------------|-------------------|
| 1) De un médico | 3) En la casa | 5) En la farmacia |
| 2) En la calle | 4) De un amigo | 6) Otro _____ |

11. ESTIMULANTES

Consideré medicamentos estimulantes como Metilfenidato (Ritalina, Concerta, Aradix), Fenmetracina (Preludio o Adepsina), Anfetaminas (adderall), Dextroanfetamina (Dexedrine, DextroStat), Premolina (Cylert) o similares para esta serie de preguntas sobre estimulantes.

186. ¿Cuándo fue la primera vez que probó Estimulantes sin prescripción médica? (**Leer opciones**)

- | | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------|--|
| 1) Durante los últimos 30 días | 2) Hace más de un mes, pero menos de 1 año | 3) O hace más de un año | 4) Nunca consumió Estimulantes (P. 192) |
|--------------------------------|--|-------------------------|--|

187. ¿Qué edad tenía cuando consumió Estimulantes sin prescripción médica por primera vez? años

188. ¿Ha consumido Estimulantes sin prescripción médica alguna vez en los últimos 12 meses?

1) Sí	2) No (Ir a P. 192)
-------	------------------------------

189. ¿Ha consumido estimulantes sin prescripción médica alguna vez en los últimos 30 días?

1) Sí	2) No (Ir a P. 192)
-------	------------------------------

190. ¿Cuántos días ha consumido Estimulantes sin prescripción médica en el último mes? días

191. ¿Cómo obtuvo los Estimulantes que consumió?

- | | | |
|-----------------|----------------|-------------------|
| 1) De un médico | 3) En la casa | 5) En la farmacia |
| 2) En la calle | 4) De un amigo | 6) Otro _____ |

12. PERCEPCIÓN DE RIESGO RESPECTO DE FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

¿Cuál cree Ud. que es el riesgo que corre una persona que ... (leer pregunta) ... ? (leer escala)?	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	O gran riesgo	NS/ NR
192 Fuma cigarrillos alguna vez?	1	2	3	4	9
193 Fuma cigarrillos frecuentemente?	1	2	3	4	9
194 Consume alcohol alguna vez?	1	2	3	4	9
195 Consume alcohol frecuentemente?	1	2	3	4	9
196 Toma medicamentos sin prescripción médica alguna vez?	1	2	3	4	9
197 Toma medicamentos sin prescripción médica frecuentemente?	1	2	3	4	9
198 Inhala pegamentos (clefa), pinturas, lacas, desodorantes, gasolina, disolventes (thiner) o cosas similares alguna vez?	1	2	3	4	9
199 Inhala pegamentos (clefa), pinturas, lacas, desodorantes, gasolina, disolventes (thiner) o cosas similares frecuentemente?	1	2	3	4	9
200 Fuma Marihuana alguna vez?	1	2	3	4	9
201 Fuma Marihuana frecuentemente?	1	2	3	4	9
202 Fuma Pasta Base alguna vez?	1	2	3	4	9
203 Fuma Pasta Base frecuentemente?	1	2	3	4	9
204 Inhala Cocaína alguna vez?	1	2	3	4	9
205 Inhala Cocaína frecuentemente?	1	2	3	4	9
206 Consume Éxtasis alguna vez?	1	2	3	4	9
207 Consume Éxtasis frecuentemente?	1	2	3	4	9

208. Hablando de su salud. ¿Cómo calificaría Ud. su estado de salud, en general, durante los últimos 12 meses? **(Leer escala)**

1) Muy malo 2) Malo 3) Bueno 4) O muy bueno 5) Regular (**Vol**)

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

1) Si 2) No

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

1) Si 2) No

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

1) Si 2) No

212. ¿Alguna vez ha sentido curiosidad por probar alguna droga como Marihuana, Cocaína, Pasta Base, Éxtasis o similares?

1) Si 2) No 3) Puede ser 8) NS 9) NR

213. Si tuviera la ocasión, ¿probaría drogas como Marihuana, Cocaína, Pasta Base, Éxtasis o similares?

1) Si	2) Puede ser	--- (Continuar)	3) No	8) No sabe	9) No responde	--- (Saltar a la P. 215)
-------	--------------	--------------------------	-------	------------	----------------	-----------------------------------

214. ¿Por qué probaría algunas de estas drogas? **(No leer opciones. Pueden ser varias respuestas)**

1) Curiosidad	4) Me han hablado bien de estas drogas	7) Me han ofrecido, invitado
2) Me gustan	5) Me siento frustrado, ansioso, triste	8) Otro _____
3) Conocidos consumen	6) Tengo problemas	9) NS/NR

¿Para recordar, Ud. alguna vez en su vida consumió alcohol o drogas? (Si NUNCA ha consumido alcohol u otras drogas: •! Saltar a la P. 233 si el entrevistado tiene 18 años o más •! Saltar a la P. 236 si el entrevistado tiene 12 a 17 años)	Rara vez	De vez en cuando	Bastante a menudo	O muy a menudo	Nunca (Vol)
215 tuvo mal rendimiento en alguna prueba o proyecto importante?	2	3	4	1	5
216 tuvo algún problema con la Policía?	2	3	4	1	5
217 participó en alguna discusión fuerte o pelea?	2	3	4	1	5
218 perdió la memoria?	2	3	4	1	5
219 tuvo problemas familiares?	2	3	4	1	5
220 tomaron ventaja sexual o se sobrepasaron con usted?	2	3	4	1	5
221 Ud. tomó ventaja sexual o se sobrepasó con otra persona?	2	3	4	1	5
222 intentó sin éxito dejar de consumir alcohol o drogas?	2	3	4	1	5
223 se auto provocó heridas?	2	3	4	1	5
224 pensó seriamente en suicidarse?	2	3	4	1	5

¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)	No	Sí, por alcohol	Sí, por drogas	Sí, por alcohol y drogas
225 ha sido Ud. detenido a causa del consumo de alcohol o alguna droga?	1	2	3	4
226 ha sido Ud. detenido por tenencia o tráfico de alguna droga?	1	2	3	4
227 ha faltado al trabajo, a la universidad o al colegio a causa de malestares que puedan relacionarse al consumo de alcohol o alguna droga?	1	2	3	4
228 ha sido despedido de su trabajo o ha tenido que abandonar la universidad o el colegio por problemas que directa o indirectamente tienen que ver con el consumo de alcohol o de alguna droga?	1	2	3	4
229 ha tenido que acudir de urgencia a algún consultorio, hospital o clínica por problemas asociados directa o indirectamente con el consumo de alcohol o alguna droga?	1	2	3	4
230 ha sufrido algún accidente de tránsito o algún accidente laboral o doméstico que directa o indirectamente puedan relacionarse al consumo de alcohol o de alguna droga?	1	2	3	4
231 ha tenido que endeudarse más de la cuenta o vender algo de cierta importancia para comprar el alcohol o droga que necesita?	1	2	3	4
232 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?	1	2	3	4

(Solo a personas de 18 años y más) ¿En los últimos 12 meses ... (leer pregunta)	No	Sí, por alcohol	Sí, por drogas	Sí, por alcohol y drogas	NS/NR
233 ha sido víctima de algún robo o asalto por alguien que visiblemente estaba bajo la influencia del alcohol o drogas?	1	2	3	4	9
234 ha sido intimidado, amenazado, abofeteado, empujado, pateado, arrastrado o golpeado por alguien bajo la influencia del alcohol o drogas?	1	2	3	4	9
235 ha sido intimidado o forzado sexualmente por alguien, o ha sido obligado a hacer algo sexualmente degradante por alguien bajo la influencia de alcohol o drogas?	1	2	3	4	9

Sin tomar en cuenta su persona y hasta donde Ud. conoce.	Sí	No	NS/NR
¿En su casa ...			
236 ¿Alguien tiene el hábito de fumar diariamente?	1	2	3
237 ¿Alguien tiene la costumbre de tomar alcohol diariamente, aunque sea sólo un vaso o una copa?	1	2	3
238 ¿Alguien en su casa usa o consume alguna de estas drogas regularmente? (excluyase Ud.)			
1) Marihuana	1	2	3
2) Cocaína	1	2	3
3) Pasta Base	1	2	3

239 Hasta donde Ud. conoce, ¿alguno de sus amigos cercanos, consume ... (leer opción)	Sí	No	NS/NR
1) Marihuana?	1	2	3
2) Cocaína?	1	2	3
3) Pasta Base?	1	2	3

13. MÓDULO DE INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO

240. Sin tomar en cuenta tratamientos para dejar de fumar, ¿ha recibido Ud. alguna vez en su vida algún tipo de tratamiento por el consumo de alcohol o drogas? 1) Sí 2) No (Ir a P. 247)

241. Y durante los últimos 12 meses ¿ha recibido algún tratamiento por el consumo de alcohol o drogas? 1) Sí 2) No (Ir a P. 247)

242. Ese tratamiento que Ud. recibió ¿fue sólo por consumo de alcohol, sólo por consumo de drogas o por consumo de alcohol y drogas?

 1) Solo por alcohol 2) Solo por drogas 3) Fue por alcohol y drogas

243. Pensando en la última vez que estuvo en tratamiento para dejar de consumir alcohol o drogas ... (Leer opciones. Una sola respuesta)

1) Estuvo interno en un centro de rehabilitación o comunidad terapéutica	2) Iba a un centro ambulatorio de salud o de rehabilitación	3) Iba a una consulta privada	4) Iba a un grupo de autoayuda como Alcohólicos Anónimos	5) Otra situación _____
--	---	-------------------------------	--	-------------------------

244. ¿Cuánto tiempo estuvo la última vez en tratamiento por alcohol o drogas? (anote el número de años, meses y días de ser posible) meses años días

245. Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol? 1) Sí 2) No

246. Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir algunas drogas? 1) Sí 2) No

14. PERCEPCIONES GENERALES SOBRE TRÁFICO Y CONSUMO DE DROGAS

Hasta donde Ud. conoce, en el lugar donde vive ...	Mucho	Algo	Poco	Nada	No sabe
¿Diría que hay mucho, algo, poco o nada de ... (leer pregunta)					
247 tráfico de drogas ilícitas?	1	2	3	4	9
248 robos en las casas?	1	2	3	4	9
249 rayado en las paredes, daños al alumbrado o cosas parecidas?	1	2	3	4	9
250 consumo de drogas en lugares públicos como en la calle o plazas?	1	2	3	4	9
251 asaltos o robos en las calles?	1	2	3	4	9
252 jóvenes parados no haciendo nada en las esquinas?	1	2	3	4	9

Hasta donde Ud. conoce, en el lugar donde vive ...	Mucho	Algo	Poco	Nada	No sabe
¿Diría que hay mucho, algo, poco o nada de ... (leer pregunta)					
253 balaceras y acciones violentas con armas de fuego?	1	2	3	4	9

254. ¿Ud. diría que el consumo de drogas en su barrio o sector es grave o leve? (Una sola respuesta)

- 1) Grave 2) Leve 3) No existe (Vol) 9) No sabe (Vol)

255. ¿Sabe Ud. si hay lugares, callejones, pasajes, calles o zonas dentro de su barrio donde vendan drogas?

- 1) Sí 2) No 9) NR

¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir ... (leer pregunta)	Fácil	Difícil	No podría conseguir de ninguna manera (Vol)	NS/NR
256 Marihuana?	1	2	3	9
257 Cocaína?	1	2	3	9
258 Pasta Base, base o bazuco?	1	2	3	9
259 Éxtasis?	1	2	3	9
260 LSD?	1	2	3	9
261 Heroína?	1	2	3	9

¿Le ofrecieron (leer pregunta) (leer escala)?	Durante los últimos 30 días	Hace más de un mes, pero menos de un año	O hace más de un año	Nunca le ofrecieron (Vol)
262 Marihuana	1	2	3	5
263 Cocaína	1	2	3	5
264 Pasta Base, base o bazuco	1	2	3	5
265 Éxtasis	1	2	3	5
266 LSD	1	2	3	5
267 Heroína	1	2	3	5

Ahora le voy a leer algunas frases y le pido por favor que me diga si está o no está de acuerdo con las mismas

(leer frase) ... ¿está de acuerdo o en desacuerdo con esta frase?	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Indif. (Vol)	NS/NR
268 La mayoría de los jóvenes fuma Marihuana	1	2	3	4	5	9
269 Un adicto no se rehabilita nunca	1	2	3	4	5	9
270 El consumo y el tráfico de drogas es el principal responsable de la delincuencia en Bolivia	1	2	3	4	5	9
271 La prevención del consumo de drogas debería ser obligatoria en los colegios	1	2	3	4	5	9
272 El micro tráfico de drogas no debería ser castigado con penas de cárcel	1	2	3	4	5	9
273 La policía se deja corromper con facilidad por los narcotraficantes	1	2	3	4	5	9
274 La Marihuana debería ser legal para los mayores de 18 años	1	2	3	4	5	9
275 Debería ser obligatorio un test de drogas para ejercer cargos públicos	1	2	3	4	5	9
276 Las drogas han hecho más violentos a los delincuentes	1	2	3	4	5	9
277 Se debería dejar tranquilos a los que consumen drogas: después de todo es asunto de cada cual hacerlo o no	1	2	3	4	5	9

278. ¿Ud. cree que en estos últimos años, el consumo de drogas en el país ha aumentado o ha disminuido?

- 1) Ha aumentado 2) Ha disminuido 3) Se mantuvo igual (Vol)

279. ¿Ud. cree que el consumo de las drogas en los próximos años va a aumentar o va a disminuir?

- 1) Va a aumentar 2) Va a disminuir 3) Se va a mantener igual (Vol)

¿Cree Ud. que el tema de las drogas se encuentra entre las preocupaciones centrales de ... (leer pregunta)	Sí	No
280 las autoridades de su Municipio?	1	2
281 las autoridades de su Gobernación?	1	2
282 los Congresistas, Asambleístas o Parlamentarios?	1	2
283 las autoridades del Gobierno Central?	1	2

284. (Tarjeta 7) A continuación, le voy a leer algunas medidas que las autoridades podrían adoptar para afrontar efectivamente el problema de las drogas ¿Cuáles cree Ud. que son las TRES MEDIDAS más efectivas para abordar el problema de las drogas en su municipio o en su departamento? (Leer opciones. Pueden ser hasta 3 respuestas)

- | | |
|--|--|
| 1) Aumentar el castigo a los traficantes. | 8) Atender prioritariamente a poblaciones vulnerables en riesgo de consumo de drogas (población de calle, niños/as abandonados/as, etc.) |
| 2) Aplicar castigos a los consumidores. | 9) Despenalizar el consumo de drogas |
| 3) Desarrollar campañas de prevención en los colegios. | 10) Realizar acciones de rehabilitación para consumidores |
| 4) Hacer campañas en los medios de comunicación. | 11) Otro _____ |
| 5) Aumentar dinero para la Policía | 99) NS/NR |
| 6) Aumentar dinero para el tratamiento de adictos | |
| 7) Priorizar el desarrollo de zonas que dependen del tráfico de drogas | |

285. ¿Conoce Ud. algún programa de prevención de drogas que se aplica en su barrio o zona? 1) Sí 2) No (P. 287)

286. ¿Y Ud. diría que ese programa de prevención de drogas es bueno o malo?

- 1) Bueno 2) Malo 3) Regular (Vol) 9) NS/NR

287. En estos últimos 12 meses ¿ha hablado con alguno de sus hijos, entre 12 y 17 años, sobre los peligros y problemas asociados al consumo de drogas o alcohol?

- 1) Sí 2) No 3) No tiene hijos/as (P. 289) 9) No contesta

288. Y, en estos últimos 12 meses ¿ha asistido o participado en alguna reunión en el colegio de alguno de sus hijos, donde se haya tratado especialmente el tema de la prevención y consumo de drogas o alcohol?

- 1) Si
 2) No

Pensando en el alcohol. ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con (leer pregunta)	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Indiferente (Vol)	NS/NR
289. aumentar el impuesto a las bebidas alcohólicas?	1	2	3	4	5	9
290. reducir el número de locales que venden bebidas alcohólicas?	1	2	3	4	5	9
291. subir la edad de 18 años para comprar alcohol?	1	2	3	4	5	9
292. sancionar a quienes beben aunque sea una un trago y conducen vehículos?	1	2	3	4	5	9
293. eliminar el auspicio de bebidas alcohólicas para equipos o eventos deportivos, fiestas patronales o eventos sociales?	1	2	3	4	5	9
294. establecer una hora límite para la venta de alcohol en las noches?	1	2	3	4	5	9

Pensando ahora en drogas ilícitas como Marihuana, Cocaína o Pasta Base. ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con (leer pregunta)	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Indiferente (Vol)	NS/NR
295 suspender el encarcelamiento y juicio de quienes portan cantidades mínimas de droga para su consumo personal, con la condición de que ingresen a un programa de tratamiento si es necesario?	1	2	3	4	5	5
296 dar la misma pena a quienes trafican con Marihuana que a los que trafican con Cocaína o Pasta Base?	1	2	3	4	5	5
297 registrar a los alumnos a la entrada de sus colegios para averiguar si llevan alguna droga?	1	2	3	4	5	5
298 mantener la penalización de la tenencia y consumo de Marihuana?	1	2	3	4	5	5

Pensando ahora en los cigarrillos y el tabaco. ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con (leer pregunta)	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Indiferente (Vol)	NS/NR
299 prohibir completamente el consumo de cigarrillos en los colegios?	1	2	3	4	5	9
300 prohibir completamente el consumo de cigarrillos en los lugares de trabajo?	1	2	3	4	5	9
301 prohibir el consumo de cigarrillos en todos los lugares públicos con espacios cerrados?	1	2	3	4	5	9
302 aumentar el impuesto a los cigarrillos?	1	2	3	4	5	9

Pensando ahora en los cigarrillos y el tabaco. ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con (leer pregunta)	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Indiferente (Vol)	NS/NR
303 reducir los lugares de venta de cigarrillos?	1	2	3	4	5	9

304. ¿Conoce Ud. instituciones públicas responsables de atender temas relacionados con el consumo de alcohol y drogas? (No leer opciones. Pueden ser varias respuestas)

1) Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID) 3) FELCN 8) No conoce
2) Observatorio del Consumo de Drogas 4) Otro _____ 9) No responde

15. INFORMACIÓN GENERAL

Si el entrevistado es menor de 18 años, para esta sección del cuestionario, buscar la ayuda de una persona mayor (Jefe/a de hogar, padre/madre o hermano/a mayor)

305 (Por observación) Sexo: 1) Hombre 2) Mujer	306. ¿Cuál es su edad? _____ (años cumplidos)
307 ¿Ud. nació en ... (Leer opciones. Una respuesta) 1) En esta ciudad 4) Comunidad campesina 2) Otra ciudad 5) Otro _____ 3) Pueblo/provincia	308. ¿Ud. vive regularmente en ... (Leer opciones. Una resp.) 1) En esta ciudad 4) Comunidad campesina 2) Otra ciudad 5) Otro _____ 3) Pueblo/provincia
309 ¿Hace cuántos años dejó su lugar de nacimiento? _____ años 1) Nació en esta ciudad	310. ¿Hace cuántos años tiempo vive en esta ciudad? _____ años (Si nunca dejó su ciudad copiar la edad del entrevistado)
311 ¿Ha vivido alguna vez en otro país distinto a Bolivia? 1) Sí 2) No (P. 313)	312. ¿Cuánto tiempo ha vivido en el exterior? _____ años
313 ¿Cuál es su estado conyugal actual? 1) Soltero 2) Casado/conviviente 3) Separado/divorciado 4) Viudo 9) NR	314. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que usted ha alcanzado? 1) No entró a la escuela 2) Primaria _____ Intermedio _____ Medio _____ 3) Primaria _____ (8 años) Secundaria (4 años) _____ 4) Primaria (6 años) _____ Secundaria (6 años) _____ 5) Técnico medio o superior 6) Normal _____ FFAA _____ Policía _____ 7) Universidad _____ 9) Titulado _____ 8) Posgrado
315 ¿En el último mes ¿Cuál fue la principal actividad laboral que usted realizó? 1) Incapacitado para trabajar – (P. 317) 2) No hizo/hace nada – (P. 317) 3) Estuvo sin trabajo, pero buscó trabajo – (P. 317) 4) Trabajó jornada completa, (40 horas o más a la semana) 5) Trabajó jornada parcial, (menos de 40 horas a la semana) 6) Tuvo trabajo temporal 7) Teniendo trabajo, no asistió por vacaciones, enfermedad, paro o huelga, u otra situación 8) Estuvo dedicado a tareas del hogar (ama/o de casa) – (P. 322) 9) Estuvo dedicado al estudio – (P. 322) 10) Es jubilado, pensionado o rentista – (P. 322) 99) No sabe/ no contesta – (P. 322)	
316 ¿En el último mes usted trabaja ... (Leer opciones. Una respuesta) 1) Por cuenta propia (venta de la fuerza de trabajo) 3) Fue asalariado 5) Fue Ejecutivo/empresario 2) En su negocio propio 4) Fue profesional Independiente 6) Otro _____	
317 ¿Cuántos empleadores ha tenido en estos últimos 3 años? (Si ha trabajado como independiente durante ese tiempo, que se cuente a él mismo como un empleador) _____ No. de empleadores 98) No tuvo trabajo – (P. 322) 99) No sabe	318. Y, pensando nuevamente en los 3 últimos años, ¿Ha sido despedido de algún trabajo en este período? No considere como despido cuando se fue voluntariamente de un trabajo o cuando finalizó un trabajo temporal. 1) Sí 2) No
319 ¿Me podría decir si en su trabajo actual hay algún reglamento especial que regule el uso de alcohol o drogas entre los empleados? 1) Sí 2) No	320. En su trabajo actual ¿ha recibido algún tipo de información relacionada con la prevención y consumo de drogas o alcohol? 1) Sí 2) No

321 Y en su trabajo actual ¿existe algún tipo de programas para ayudar a un empleado que tiene algún problema relacionado con el consumo de alcohol o drogas? 1) Sí 2) No 9) No sabe			
322 ¿Ea Ud. el jefe de hogar, es decir el que aporta el principal ingreso y participa en las principales decisiones de su hogar? 1) Si – (P. 324) 2) No		323. ¿Cuál es el grado de instrucción más alto que alcanzó el jefe de hogar? 1) No entró a la escuela 6) Normal, FFAA, Policía 2) Primaria (completa/incompleta) 7) Universidad incompleta 3) Secundaria incompleta 8) Egresado/titulado 4) Secundaria completa/bachiller 9) Posgrado 5) Técnico medio/superior 99) No sabe/No contesta	
324 (Tarjeta 8) Aproximadamente y considerando un mes normal, ¿En cuáles de estos rangos se ubica el <u>ingreso total de su hogar al mes?</u> 1) Menos del salario mínimo (2.060 bs) 2) Entre 2.060 - 3.500 Bs. 3) Entre 3.501 - 5.000 Bs. 4) Entre 5.001 - 7.000 Bs. 5) Entre 7.001 - 14.000 Bs. 6) Más de 14.000 Bs. 9) NS/NR		325. ¿Ud. pertenece a algún pueblo indígena originario? (Si responde que “sí”, preguntar a qué pueblo indígena pertenece) 1) No 3) Quechua 5) Otro _____ 2) Aymara 4) Guarani 9) NS/NR	
326 ¿Con qué religión o credo se identifica Ud.? 1) Católico 4) Judío 7) Otro _____ 2) Cristiano/evangélico 5) Agnóstico (a) / No practicante 9) NS/NR 3) Islámico/musulmán 6) Ateo o ninguna religión			
OBSERVACIONES:			

327.! Hora:	Fecha: _____ / _____ /2018	328. Encuestador
329.! Supervisor/a		330. Transcriptor/a



BOLIVIA 2018