

# **Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales Ciudades de Bolivia.**

**2013**

**PUENTE, INVESTIGACIÓN Y ENLACE - PIE**

**ASOCIACIÓN BOLIVIANA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS - ABCT**





**ESTADO PLURINACIONAL  
DE BOLIVIA**

# **Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales Ciudades de Bolivia.**

**Informe Final 2013**

**PUENTE, INVESTIGACIÓN Y ENLACE - PIE**

**ASOCIACIÓN BOLIVIANA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS - ABCT**

**INVESTIGACIÓN**

### **Agradecimientos:**

A los presidentes de las Asociaciones Departamentales de Comunidades Terapéuticas (ADCT) de La Paz, Lic. Martha Vera; de Cochabamba, Lic. Alina Arellano y Santa Cruz, Lic. Alfredo Negrete. A todas y todos los directores y personal técnico de Comunidades Terapéuticas y Hospitales Psiquiátricos de las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba, Santa Cruz, Sucre y Tarija.

### **FICHA TÉCNICA:**

#### **Puente, Investigación y Enlace:**

- Dr. Godofredo Reinicke Borda  
DIRECTOR
- Lic. Christian Rico López  
Asistente Administrativo

#### **Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas:**

- Lic. Jhonny Huanto Flores  
PRESIDENTE

#### **Recolección y Análisis de Datos:**

- Consultora Arce & Vargas

#### **Fecha de trabajo de campo:**

- De Setiembre a Noviembre 2013

#### **Fecha de publicación:**

- Enero 2014



# ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	3
CAPITULO I: ASPECTOS METODOLOGICOS Y MARCO CONCEPTUAL .....	5
I.    OBJETIVOS .....	5
1.1.    Objetivo General .....	5
1.2.    Objetivos Específicos .....	5
II.   DISEÑO MUESTRAL .....	5
2.1.    Universo .....	5
2.2.    Unidad de Investigación .....	6
2.3.    Tamaño de la Muestra .....	6
III.  METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN .....	7
3.1.    Tipo de Estudio .....	7
3.2.    Diseño Metodológico .....	7
3.3.    Tipo de Muestreo .....	8
3.4.    Instrumento y Prueba Piloto .....	9
3.5.    Trabajo de Campo .....	9
3.6.    Procesamiento de la Base de Datos .....	9
IV.  APROXIMACIÓN TEÓRICA .....	10
4.1.    Población Estudiada .....	10
4.2.    Centros de Tratamiento y Rehabilitación .....	10
4.3.    Consumidores Problemáticos .....	10
CAPITULO II: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA .....	12
I.    CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA .....	12
CAPITULO III: RESULTADOS .....	15
I.    CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES .....	15
II.   HISTORIA Y PATRONES DE CONSUMO .....	21
2.1.    Drogas de Inicio .....	24
2.2.    Frecuencias de Consumo y Vías de Administración .....	26
III.  DROGAS QUE MOTIVAN AL TRATAMIENTO ACTUAL .....	27
IV.  INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTOS PREVIOS .....	30
V.   PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL CONSUMO .....	32
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	36
I.    CONCLUSIONES .....	36
II.   RECOMENDACIONES .....	37
ANEXO 1: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN .....	39

# PRESENTACIÓN

---

Puente, Investigación y Enlace, ha iniciado investigaciones relacionadas con el campo de las adicciones, en el entendido de que la dependencia, trae consecuencias negativas importantes en los aspectos físicos y psicoemocionales, destruyendo lazos afectivos, sociales y económicos de las personas que consumen drogas lícitas e ilícitas.

La base estructural doctrinal del concepto de dependencia está sufriendo cambios sustanciales y por primera vez de manera positiva, la intención, es evitar criminalizar al adicto.

A pesar de que las leyes y normas en Latinoamérica, ubican al usuario de drogas como delincuente o transgresor jurídico, en la actualidad las interpretaciones conceptuales en el campo del conocimiento sobre el consumo de drogas, han cambiado y se dirigen a velar y brindar al consumidor, alternativas de tratamiento, priorizando su estado de salud.

Recorrer por los senderos de las adicciones, la dividimos didácticamente en tres fases: La primera;

- La experimentación, resulta en muchos casos un momento particular, propia y de características exclusivamente individuales, donde la persona pretende mantener un fondo razonable de integración social en su búsqueda de placer.
- La segunda fase, consecuente con la poca percepción del daño, convierte a la persona en usuario periódico que aún conserva su relacionamiento social pero que incuba patognomómicamente un factor de riesgo, aunque se centre él, todavía en la prioridad.
- La última y más compleja fase es cuando el consumo periódico doblega la autoestima y el auto control se ha destruido, por lo tanto se constituye en un consumidor problemático de sustancias, donde los descuidos se hacen perceptibles, la responsabilidad disminuida, los efectos manifiestos personales físicos y psicológicos son perceptibles, donde la o las sustancias consumidas juegan un rol prioritario y exclusivamente central.

Creemos que el escenario actual con los cambios de paradigmas y la creciente opinión que la llamada “Lucha contra el Narcotráfico” que involucró indiscriminadamente a cultivadores, consumidores, como seres que estaban al margen de la ley y que han dado como resultado consecuencias nocivas para la sociedad, están en un proceso de consolidación, se objetivaran en la Reducción de Daños, el bienestar del sujeto y los Derechos Humanos.

Se está desarrollando una corriente que posibilita otra política en curso irreversible, un ostensible giro, que ya acompaña la sociedad, permitiendo una mirada sensible implementada por el conocimiento y la experiencia que permite visualizar al consumidor desde la perspectiva exclusiva de salud.

En este sentido, la investigación se constituye en un pilar fundamental al momento de diseñar políticas, reorientar los esfuerzos y evaluar acciones.

Siguiendo normas internacionales y metodología de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, P.I.E ha realizado el primer estudio nacional de Pacientes en Tratamiento, a partir de una muestra representativa de los centros de tratamiento registrados en la ABCT.

Los resultados nos muestran los patrones de consumo y perfiles sociales asociados al mismo, a pesar de la oferta terapéutica limitada, logramos la participación de las instituciones de salud gubernamentales, regionales y locales.

Estamos seguros que esta investigación aportará insumos e información y análisis a las instancias Nacionales como el CONALTID, las reparticiones del Ministerio de Gobierno y el Viceministerio de Defensa Social y por supuesto al Ministerio de Salud, para que a través de los mismos se logre afrontar el problema desde una mirada sustancialmente protectora de los derechos humanos.

Dr. Godofredo Reinicke Borda.  
**DIRECTOR P.I.E**

# INTRODUCCIÓN

---

La Organización No Gubernamental P.I.E, recopila, procesa, sistematiza, analiza, difunde información nacional, internacional, oficial de la sociedad civil, confiable, comparable y oportuna en torno a la oferta y demanda de las drogas. En el entendido de que la dinámica de las drogas incide permanentemente en las políticas y estrategias de los gobiernos nacionales, regionales y locales, de acuerdo a las perspectivas y responsabilidades asumidas de acuerdo al compromiso de las autoridades.

A través de consultores en investigación, realizó el Primer Estudio Nacional sobre drogas, en pacientes con consumo problemático internados en centros de tratamiento de las seis ciudades de Bolivia.

El presente estudio es uno de los componentes del Plan Nacional de Apoyo Institucional que P.I.E tiene dentro de la programación anual, tuvo el apoyo financiero de OSI, Organización de Sociedad Abiertas.

El proyecto fue dirigido por el Área de Investigaciones de la organización Puente, Investigación y Enlace. y la Planificación y ejecución del trabajo de campo, edición y digitación de la base de datos, fueron realizados por equipo especializado de PIE, ABCT y la Consultora ARCE&VARGAS.

El objetivo del estudio es conocer los perfiles sociodemográficos y patrones de consumo de la población que está siendo atendida en los centros de tratamiento del país, es decir, conocer quiénes son los sujetos que accedieron al tratamiento. Es el análisis sobre la población demandante con resultados positivos en la búsqueda de ayuda para enfrentar el problema del uso indebido de sustancias psicoactivas.

El estudio indagó sobre la historia de consumo de los pacientes, drogas de inicio y drogas posteriores, edad de inicio en la cronología de consumo, frecuencia y modalidad de uso. Tipo de tratamiento y anteriores tratamientos recibidos, como así también si acudieron al tratamiento en forma voluntaria o presionada por familiares o amigos o por indicaciones judiciales o médicas.

Por último, el estudio nos brinda información sobre cuál ha sido la droga que le ha causado mayor daño a los pacientes desde su subjetiva identificación, como así también, sobre aquella cuyo consumo fue determinante para la demanda de tratamiento.

Este estudio tiene como antecedente la necesidad de obtener datos por primera vez en Bolivia sobre este importante grupo e infiere la consecuente demanda de información e investigación para permitir el diseño y proyección de protocolos de tratamiento en pacientes con consumo problemático de drogas.

El desarrollo de este estudio durante los meses de planificación y toma de datos, encuesta e informe final fue posible gracias al compromiso de las instituciones que pertenecen a la red de

comunidades Terapéuticas registradas en la ABCT, cuya aporte voluntario permitió la afluencia de información válida y confiable y a partir de la cual se elaboraron los informes de cada una de las fases del Registro Continuo de Pacientes en Centros de Tratamiento.

El objetivo general de este trabajo fue desarrollar un diagnóstico local sobre la problemática del uso de drogas en adolescentes y jóvenes de seis ciudades de Bolivia, la región troncal y tres en las consideradas importantes pero que forman un corredor geográfico con las fronteras del sud y oeste.

# CAPITULO I: ASPECTOS METODOLOGICOS Y MARCO CONCEPTUAL

---

## I. OBJETIVOS

### 1.1. Objetivo General

Caracterizar los patrones de consumo de la población en tratamiento según características demográficas y de historias de consumo, de las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, El Alto, Tarija y Sucre.

### 1.2. Objetivos Específicos

Conocer los perfiles sociodemográficos y patrones de consumo de la población que está siendo atendida en los centros de tratamiento.

Indagar sobre la historia de consumo de los pacientes, drogas de inicio y drogas posteriores, edad de inicio en la cronología de consumo, frecuencia y modalidad de uso, tipo de tratamiento y anteriores tratamientos recibidos.

Conocer sobre cuál ha sido la droga que causa mayor daño a los pacientes, y sobre aquella cuyo consumo fue determinante para la demanda de tratamiento.

## II. DISEÑO MUESTRAL

### 2.1. Universo

Lastimosamente en Bolivia no se cuenta datos actualizados y continuos sobre la cantidad y características de pacientes que se encuentran en tratamiento, resultantes del registro continuo de pacientes.

Para la presente investigación se tomaron como datos referenciales, los obtenidos en el estudio realizado por la Fundación SEAMOS en la gestión 2010<sup>1</sup>, considerando solamente a las comunidades terapéuticas y a los centros de tratamiento y rehabilitación, en las ciudades de La Paz, El Alto, Santa Cruz, Cochabamba, Sucre y Tarija; obteniendo un total de 53 centros en las ciudades seleccionadas.

---

<sup>1</sup> R. Valda. Fundación SEAMOS. Situación Actual de los Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Comunidades Terapéuticas (Bolivia), 2010.

**Cuadro Nº 1: Número de Instituciones a nivel Nacional**

CIUDAD	No. de Instituciones	Trabajo Calle	Centro de Rehabilitación y Tratamiento	Comunidad Terapéutica
La Paz	13	5	4	5
El Alto	12	5	6	4
Cochabamba	21	15	4	4
Santa Cruz	20	9	11	5
Resto del país	14	5	4	6
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>39</b>	<b>29</b>	<b>24</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio de SEAMOS

En lo referente a la capacidad física de atención de los centros de rehabilitación y tratamiento y comunidades terapéuticas en el país, base para el cálculo de la muestra, se tomaron los siguientes datos:

**Cuadro Nº 2: Universo**

CIUDAD	RESIDENCIAL	NO RESIDENCIAL
<b>No. de plazas disponibles</b>	956	255
<b>No. de plazas ocupadas</b>	1.924	958
<b>No. total de plazas</b>	2.880	1.213

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio de SEAMOS

En ese sentido, se tomó como universo para el estudio, al número de plazas ocupadas en el sistema residencial a nivel nacional, teniendo como universo a 1.924 personas en tratamiento a nivel nacional.

## 2.2. Unidad de Investigación

La unidad de investigación, se constituyeron todas las personas: varones y mujeres, adolescentes, jóvenes y adultos; que se encontraban internados en uno de los centros seleccionados, durante los meses de septiembre y noviembre de la gestión 2013, por tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas, en las ciudades de La Paz, El Alto, Santa Cruz, Cochabamba, Sucre y Tarija.

## 2.3. Tamaño de la Muestra

Para el cálculo de la muestra, se utilizó la fórmula planteada por el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID), perteneciente a la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA):

$$n = \frac{N * z^2 * p * q}{N - 1 * e^2 + z^2 * pq}$$

Dónde:

$n$  = Tamaño de la muestra

$N$  = Tamaño de la población (universo)

$z$  = Nivel de confianza elegido

$p$  = Proporción de una categoría de una Variable (droga más consumida)

$e$  = Error máximo

De donde resulta la siguiente muestra:

**Cuadro N° 3:** Muestra teórica y efectiva final

DEPARTAMENTO	MUESTRA TEORICA	MUESTRA EFECTIVA FINAL
La Paz	40	45
Cochabamba	40	71
Santa Cruz	40	62
Chuquisaca	40	7
Tarija	40	30
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>215</b>

### III. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo de Estudio

El presente, será un estudio de corte epidemiológico, ya que se utilizan medidas como la prevalencia, incidencia, edad de inicio, etc.

#### 3.2. Diseño Metodológico

En ese sentido, el diseño metodológico a utilizarse será:

***Corte transversal, observacional, analítico, no experimental y polietapico.***

Los estudios transversales son diseños observacionales no experimentales cuyo objetivo es medir el nivel o estado de una o más variables, o la asociación entre dichas variables, evaluando a un subconjunto de una población determinada en un mismo, único y corto período de tiempo. En un estudio transversal analítico, se intenta medir la asociación entre dos o más variables en un momento determinado.

Los estudios de corte transversal o encuesta por muestreo puede definirse como “una metodología de investigación que, adaptándose a las fases del método científico general, intenta

obtener información cuantitativa sobre una población –ya sea en términos descriptivos o de relación entre variables– utilizando diseños que controlen de modo externo las condiciones de producción de la conducta mediante la adecuada selección de las unidades de análisis y la sistematización de la recogida de información”.

Se considera bi-etapico porque la muestra estará dividida en dos etapas:

- Primera etapa: selección de los centros
- Segunda etapa: selección de las personas a entrevistar (pacientes)

### 3.3. Tipo de Muestreo

Para la selección de la muestra, el procedimiento de selección tiene que manejarse con rigor, puesto que existen 4 requisitos esenciales para diseñar una muestra probabilística (o sea, una muestra con probabilidad conocida de error muestral)

- Un marco muestral completo y actualizado que permita numerar las unidades del universo o población: censo, lista de pacientes, guía telefónica, registro nacional de centros, etc. (No siempre es posible de conseguir y cuando es el caso, esta magnitud desconocida afecta el carácter aleatorio de la selección de las unidades)
- Un procedimiento de selección aleatoria que garantice una probabilidad conocida e independiente para cada uno de los elementos que conforman la población.
- La fijación de una probabilidad de error muestral, el nivel de significación o probabilidad de error  $\alpha$ , valor fijado por el investigador generalmente entre 1- 5%.
- Una estimación de la heterogeneidad del universo, en términos estadísticos su varianza (o la raíz de la varianza, la desviación típica) cuando se trata de niveles de medición de intervalo. Cuando el nivel es nominal u ordinal, en la determinación de la heterogeneidad de la variable, se sustituye la varianza por la dicotomización de la “heterogeneidad” utilizando la distribución binomial: una categoría se convierte en “p”, o probabilidad de éxito, y la otra en “q”.

En ese sentido, se utilizó el muestreo aleatorio simple, de acuerdo a los siguientes principios técnicos:

- Cada elemento del universo tiene una probabilidad conocida de formar parte de la muestra.
- Los componentes de la muestra son elegidos al azar.
- Los componentes de la muestra entran a formar parte de la misma, independientemente de la voluntad del investigador.
- Es científico, puesto que permite conocer el error y medir la confianza de obtener buenas estimaciones.

### 3.4. Instrumento y Prueba Piloto

El cuestionario utilizado es el propuesto por la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA), en el marco del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), que además elaboro un protocolo de investigación, el cual indaga sobre las características sociodemográficas del paciente, el tipo de centro de tratamiento y el tipo de tratamiento en el cual se encuentra, la cronología de consumo de sustancias psicoactivas, indicando la edad de inicio y la frecuencia de uso para cada sustancia; cómo acude al tratamiento y la existencia de tratamientos anteriores, la droga de mayor daño y la droga que motiva la demanda del tratamiento. Por otra parte, el cuestionario busca identificar situaciones de policonsumo y las drogas involucradas en las mismas, consideradas tanto el alcohol como las denominadas drogas ilegales. También se pretende conocer factores asociados y aspectos preventivos vinculados a la salud en relación a enfermedades infecciosas, tales como HIV, Hepatitis B y C. De manera exploratoria, se pregunta en forma abierta sobre la existencia en el paciente de alguna enfermedad clínica o psíquica vinculada al consumo de sustancias y se solicita su descripción. Se entiende este vínculo de manera general, es decir, sin explicitar la relación de dependencia de esta patología con el consumo.

Para validar el instrumento, se realizó la prueba piloto de acuerdo a los siguientes parámetros:

- **Ciudad donde se realizó la encuesta:** La Paz
- **Fecha:** del 09 al 13 de septiembre de 2013
- **Numero de encuestas:** 3 (tres)
- **Persona que realizo la encuesta:** Operador terapéutico
- **Duración promedio de cada encuesta:** entre 10 y 15 minutos
- **Observaciones:** 1 encuesta a un paciente de primera fase, una encuesta a un paciente de segunda fase y una encuesta a un paciente de tercera fase.

Durante la realización de la prueba piloto, surgieron algunos problemas básicamente con la ausencia de opciones de respuesta; por ejemplo estaba ausente la opción “separado” en el estado civil, o los espacios para el llenado de las encuestas era insuficiente. En base a estos resultados, se diagramo e imprimieron las boletas finales.

### 3.5. Trabajo de Campo

El trabajo de campo se lo realizo de manera simultánea en las ciudades seleccionadas, entre los meses de septiembre y noviembre de la gestión 2013.

### 3.6. Procesamiento de la Base de Datos

Previo al procesamiento de datos, se realizara el control y depuración de las encuestas, para evitar la pérdida o mala información. Posteriormente, se realizara la transcripción manual de datos al paquete estadístico SPSS versión 16 en español.

Los errores se calcularán por:

- Total nacional
- Por ciudad de estudio.

El análisis de resultados se realizará a partir de cuadros y gráficos, que expresen las siguientes medidas:

- Prevalencias de vida, mes y año; por sexo, por ciudad, grupos etarios.
- Incidencia calculada de último año.
- Edad de inicio del consumo de drogas.
- Frecuencia de consumo.
- Percepción de riesgo ante el consumo ocasional y frecuente de drogas.
- Problemas asociados al consumo (para alcohol, cocaína y pasta base)
- Fuente de abastecimiento (para tranquilizantes, estimulantes)

## **IV. APROXIMACIÓN TEÓRICA**

### **4.1. Población Estudiada**

Por “población estudiada” se entiende a la población de los consumidores problemáticos que se encuentran en centros de tratamiento en el ámbito nacional y por “muestra”, el procedimiento que permite seleccionar parte de este conjunto para hacer inferencias válidas sobre este último. Por lo tanto, la unidad final del muestreo es una persona y para encontrarla se debe ir hacia un centro de tratamiento. A continuación se precisarán los procesos que permiten lograr este objetivo.

### **4.2. Centros de Tratamiento y Rehabilitación**

Por “centro” se entiende a todas las instituciones terapéuticas, públicas o privadas, especializadas o no en el manejo de esta problemática, donde acuden personas con una demanda de tratamiento relacionada con un problema de consumo de sustancia psicoactiva.

De esta manera, tanto un hospital psiquiátrico que atiende a varias problemáticas psicopatológicas y psiquiátricas, como un centro especializado o comunidad terapéutica que trabaja en el tratamiento de la toxicomanía, entran a formar parte de la encuesta.

### **4.3. Consumidores Problemáticos**

Por “consumidores problemáticos” se entiende a todas aquellas personas que establecen un contacto con un centro de tratamiento, sin importar el tiempo que dura la relación del paciente con el centro. Por lo tanto, se incluyen las personas que tienen una sola reunión con el centro, como aquellas que permanecerán en el mismo, que se retirarán antes de finalizar su proceso terapéutico o que realizarán un tratamiento ambulatorio, de día o de noche con este centro.

El término “consumidor problemático” puede recibir definiciones diversas. En la metodología se lo define como a una persona que presenta en su sintomatología un consumo de sustancias lícitas (cigarrillos, alcohol, solventes industriales y/o medicamentos psicoactivos) y de sustancias ilícitas y autóctonas que se asocian de alguna manera a su demanda manifiesta de ayuda. En resumen, un deseo para romper con el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva debe estar presente en la demanda.

# CAPITULO II: CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

## I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por 215 personas, de donde 178 fueron hombres y 37 mujeres; pertenecientes a 13 centros de los cinco departamentos seleccionados. De acuerdo al tipo de centro donde se realizó la encuesta, 24 personas estaban en tratamiento en un centro público; 161 pacientes estaban en tratamiento en un establecimiento privado (ONG-fundación), y 30 pacientes estaban en un centro mixto.

**Cuadro Nº 4:** Distribución de la muestra por sexo, tipo de centro y número de centros

DEPARTAMENTO	No. DE ENCUESTAS		No. DE CENTROS	TIPO DE CENTRO		
	HOMBRE	MUJER		PUBLICO	PRIVADO	MIXTO
La Paz	35	10	3	1	29	15
Cochabamba	57	14	5	16	40	15
Santa Cruz	51	11	3	0	62	0
Tarija	5	2	1	7	0	0
Chuquisaca	30	0	1	0	30	0
<b>TOTAL:</b>	<b>178</b>	<b>37</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>161</b>	<b>30</b>

Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

De los centros para drogodependientes seleccionados para el estudio, la mayoría son comunidades terapéuticas, siendo muy pocos los hospitales psiquiátricos y otros servicios (casas de acogida, centros de día, etc.).

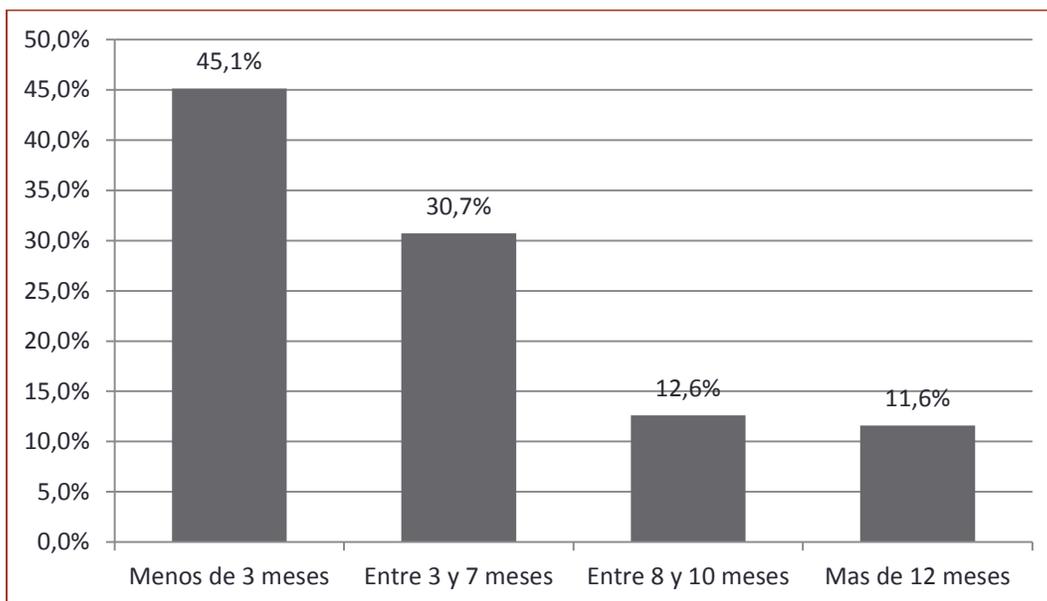
**Cuadro Nº 5:** Procedencia de la muestra de acuerdo a las características y el tipo de centro

CARACTERISTICA DEL CENTRO	TIPO DE CENTRO			TOTAL
	PUBLICO	PRIVADO	MIXTO	
Comunidad terapéutica	1	156	30	<b>187</b>
Hospital psiquiátrico	7	0	0	<b>7</b>
Otros	16	5	0	<b>21</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>24</b>	<b>161</b>	<b>30</b>	<b>215</b>

Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

La mayor parte de los entrevistados, refieren estar menos de tres meses en tratamiento, y solo el 24,2% está en tratamiento por más de 8 meses.

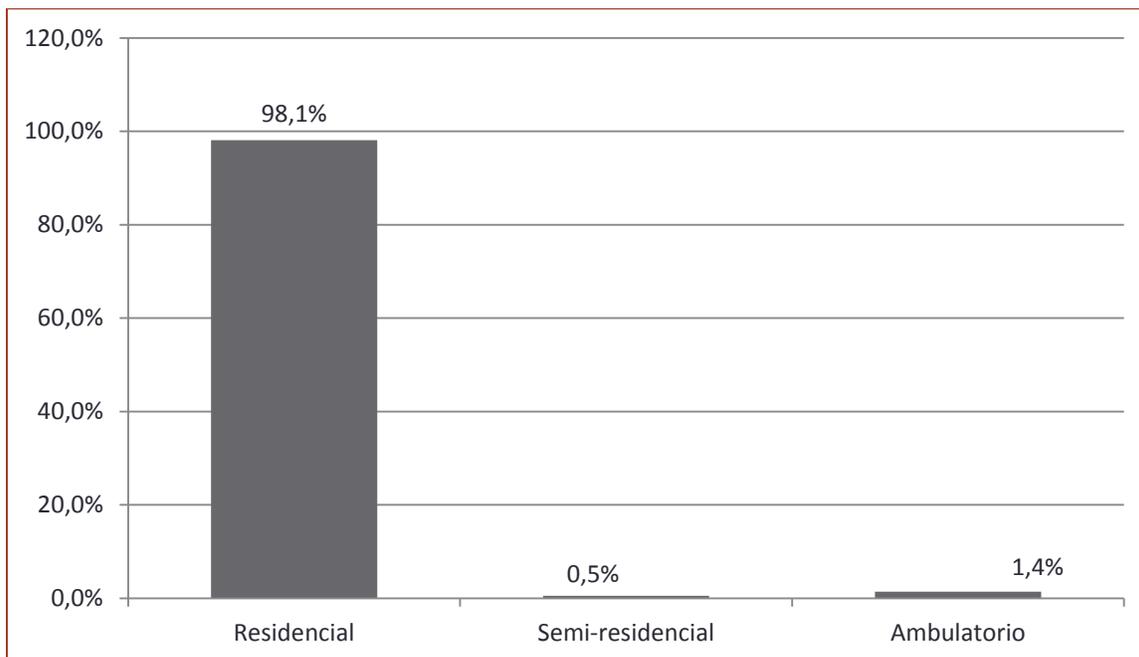
**Gráfico N° 1:** Características de la muestra de acuerdo al tiempo en tratamiento



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

El 98% de los pacientes entrevistados, sigue un programa residencial de tratamiento, en contraposición con el 1,4% que lo hace de forma ambulatoria y el 0,5 que realiza un tratamiento semi-residencial.

**Gráfico N° 2:** Relación de la muestra de acuerdo al tipo de tratamiento



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Los gastos incurridos en el tratamiento de los drogodependientes, es generalmente solventado por las mismas instituciones, exceptuando cuando se trata de hospitales psiquiátricos, donde la familia cubre los gastos. Este mismo fenómeno, ocurre en el análisis de acuerdo al tipo de centro, ya que en los centros privados y públicos, los gastos son cubiertos por la institución tratante, caso contrario en los centros que refieren ser mixtos, la familia cubre los gastos incurridos en el proceso del tratamiento.

**Cuadro Nº 6:** Relación entre el pago del tratamiento por tipo y características del centro

QUIEN PAGA LOS GASTOS DEL TRATAMIENTO	CARACTERISTICAS DEL CENTRO			TIPO DE CENTRO		
	Comunidad terapéutica	Centro psiquiátrico	Otro	Publico	Privado	Mixto
Yo mismo	3,7%	0	0	0	3,1%	6,7%
Familia	36,9%	71,4%	0	20,8%	25,5%	93,3%
Institución	58,8%	28,6%	100	79,2%	70,8%	0
Otros	0,5%	0	0	0	0,6%	0

Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

## CAPITULO III: RESULTADOS

### I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES

De las 215 encuestas realizadas la edad promedio es de 30 años; la mayor parte de los entrevistados se encuentra entre los 17 y los 31 años de edad. Las personas en tratamiento y rehabilitación de los centros del departamento de La Paz, están comprendidas entre los 32 y 41 años de edad primordialmente, en cambio los pacientes de Cochabamba son las jóvenes (comprendidos entre 12 y 21 años).

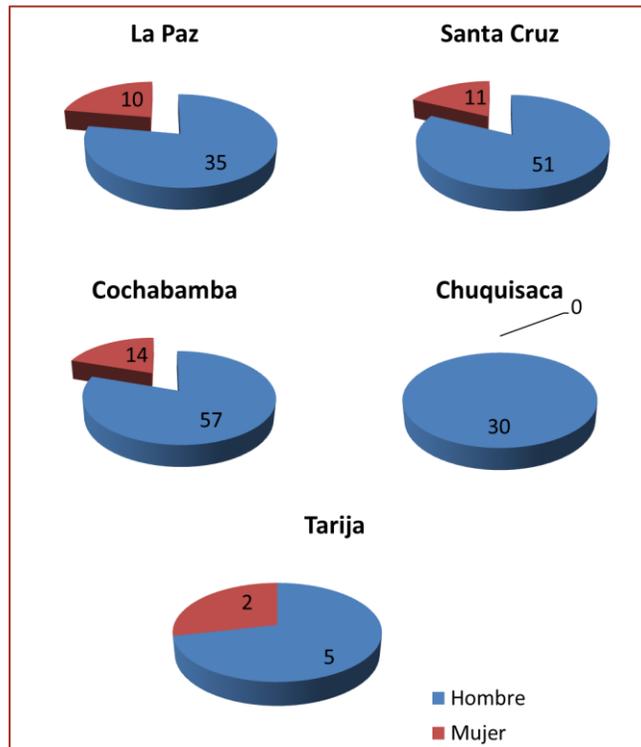
**Cuadro N° 7:** Distribución de la muestra por ciudad y edad

CIUDAD	12-16	17-21	22-26	27-31	32-36	37-41	42-46	47-51	52-56	57-61	Más de 62	TOTAL
<b>La Paz</b>	0	7	9	7	6	10	2	3	1	0	0	<b>45</b>
<b>Cochabamba</b>	20	12	4	13	3	6	5	2	1	2	3	<b>71</b>
<b>Santa Cruz</b>	1	15	10	10	12	6	3	1	3	0	1	<b>62</b>
<b>Tarija</b>	0	3	0	1	1	0	1	0	0	0	1	<b>7</b>
<b>Sucre</b>	0	6	8	4	6	2	2	0	0	1	1	<b>30</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>21</b>	<b>43</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>215</b>

Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Del total de entrevistados, 178 personas son hombres y 37 mujeres. Esta relación predominantemente masculina, está íntimamente relacionada con que la oferta de servicios para el tratamiento y rehabilitación, es para varones principalmente.

**Gráfico Nº 3:** Distribución de la muestra de acuerdo al sexo



De acuerdo al grado de instrucción, la mayoría de los entrevistados tiene la secundaria incompleta (28,8%), el 15,3% no acabo la primaria y el 5,5% cuenta con estudios universitarios completos. En los departamentos de Cochabamba, Santa Cruz y Chuquisaca, el mayor porcentaje de personas en tratamiento no culminaron la secundaria, con porcentajes de 68%, 58% y 53% respectivamente. En el departamento de La Paz, paso lo contrario, el 26 % culminaron la secundaria, el 16% no terminaron los estudios universitarios y el 11% cuentan con estudios universitarios completos.

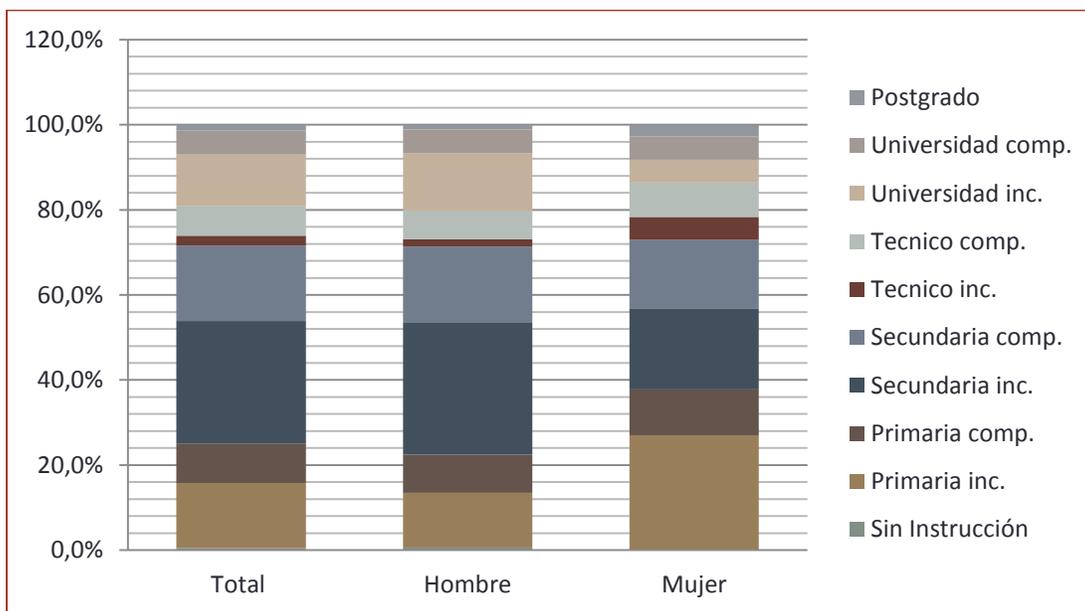
**Cuadro Nº 8:** Distribución de la muestra de acuerdo al grado de instrucción

NIVEL DE INSTRUCCION	LA PAZ	COCHABAMBA	SANTA CRUZ	TARIJA	CHUQUISACA	TOTAL
Sin instrucción	0	1	0	0	0	1
Primaria incompleta	3	23	5	2	0	33
Primaria completa	1	11	7	0	1	20
Secundaria incompleta	7	13	24	3	15	62
Secundaria completa	12	9	12	0	5	38
Técnico incompleto	3	0	0	0	2	5
Técnico completo	6	4	4	1	0	15
Universidad incompleta	7	6	6	1	6	26
Universidad completa	5	4	2	0	1	12
Postgrado	1	0	2	0	0	3
<b>TOTAL:</b>	<b>45</b>	<b>71</b>	<b>62</b>	<b>7</b>	<b>30</b>	<b>215</b>

Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

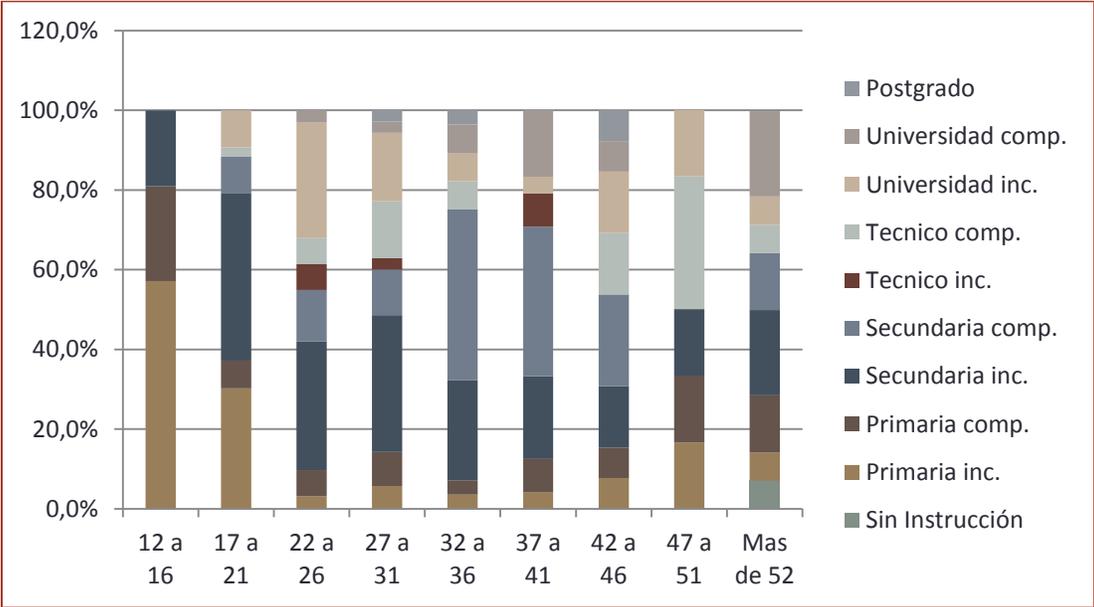
Las mujeres tienen, en líneas generales, menor nivel educativo que los varones. Si se observa la distribución, estos tienden a concentrarse en los niveles inferiores a la primaria incompleta, nivel en el cual se invierten las proporciones y los varones tienden a preponderar para los niveles de instrucción superiores.

**Gráfico Nº 4:** Relación de la muestra entre nivel de instrucción y sexo



Para todos los grupos etarios la mayor parte de los pacientes se encuentra en el nivel secundario incompleto, existen diferencias significativas cuando se comparan sus distribuciones internas. Los pacientes que tienen menos de 20 años son aquellos cuyas distribuciones son más homogéneas, en tanto su edad se corresponde con el nivel secundario como máximo. En los grupos restantes aumenta el nivel educativo promedio, es de destacar la alta presencia de pacientes cuyo nivel no supera el nivel secundario incompleto, pero sobre todo la presencia significativa en los pacientes de más de 42 años con nivel primario incompleto.

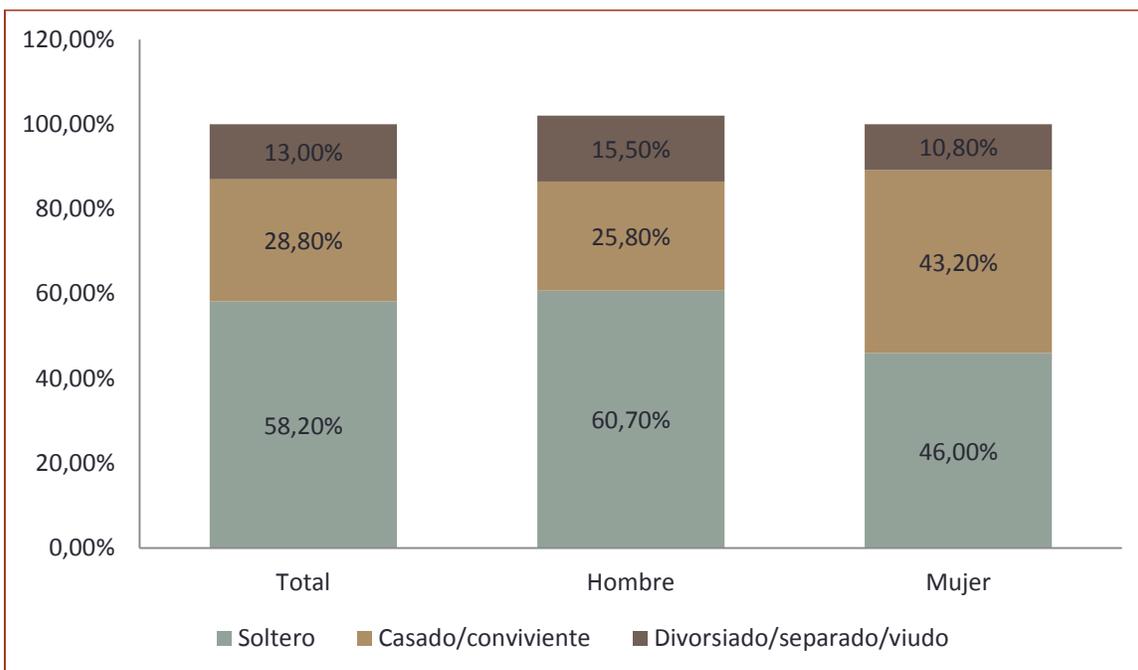
**Gráfico Nº 5:** Relación de la muestra entre nivel de instrucción y edad



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

El 58% de los entrevistados son solteros, el 13% son casados y el 15% están concubinos o convivientes. Analizando este hecho por sexo, se tiene que las mujeres refieren estar casadas en mayor porcentaje que los varones.

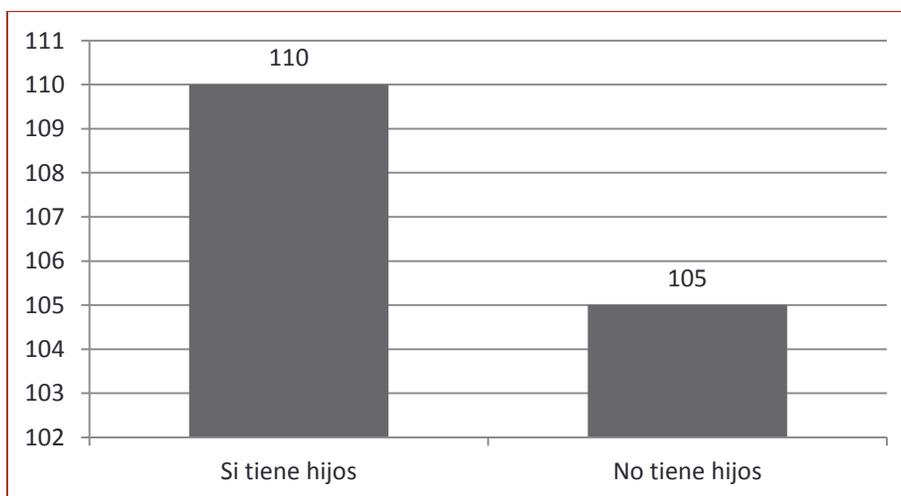
**Gráfico N° 6:** Relación de la muestra entre estado civil y sexo



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

El 51% refieren tener hijos, de los cuales el 75% tienen entre 1 y 2 hijos por persona, el 14% tiene 3 hijos y el 11% tiene más de 4 hijos. En promedio, las personas en tratamiento encuestadas, tiene 2 hijos.

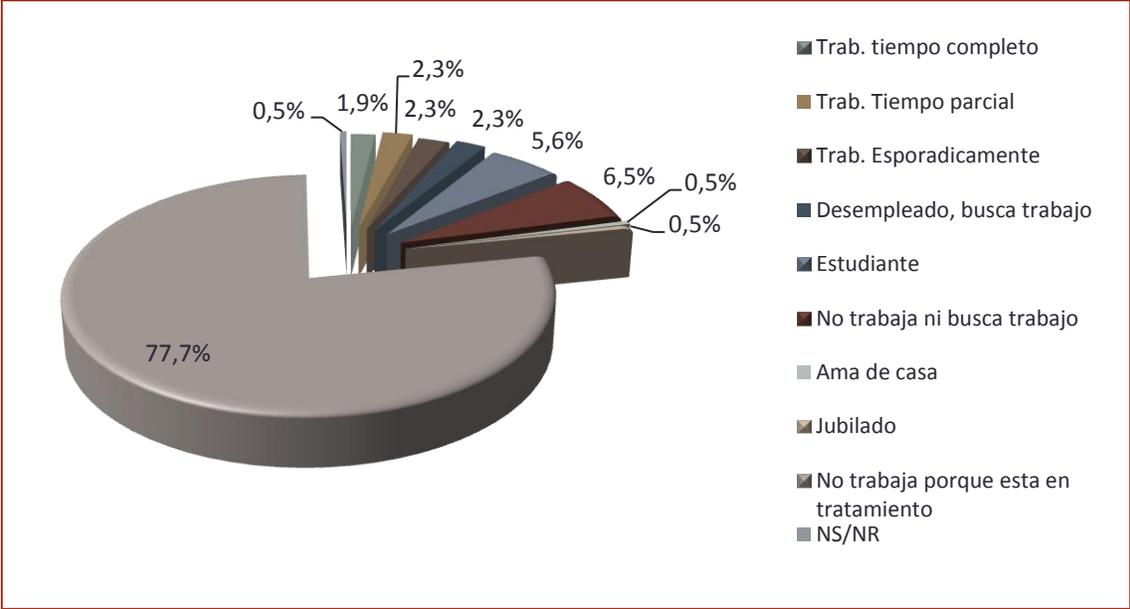
**Gráfico N° 7:** Número de personas que refieren tener hijos



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Analizando la situación laboral de los pacientes en tratamiento y rehabilitación, el 91% “no trabaja porque se encuentra en tratamiento”, 7% “no trabaja ni busca trabajo”, y el 6% es estudiante. Lo que llama la atención es el que 5% trabaja a tiempo completo o esporádicamente, lo que decimos está relacionado con las fases del tratamiento.

**Gráfico N° 8:** Distribución de la muestra de acuerdo a si situación laboral

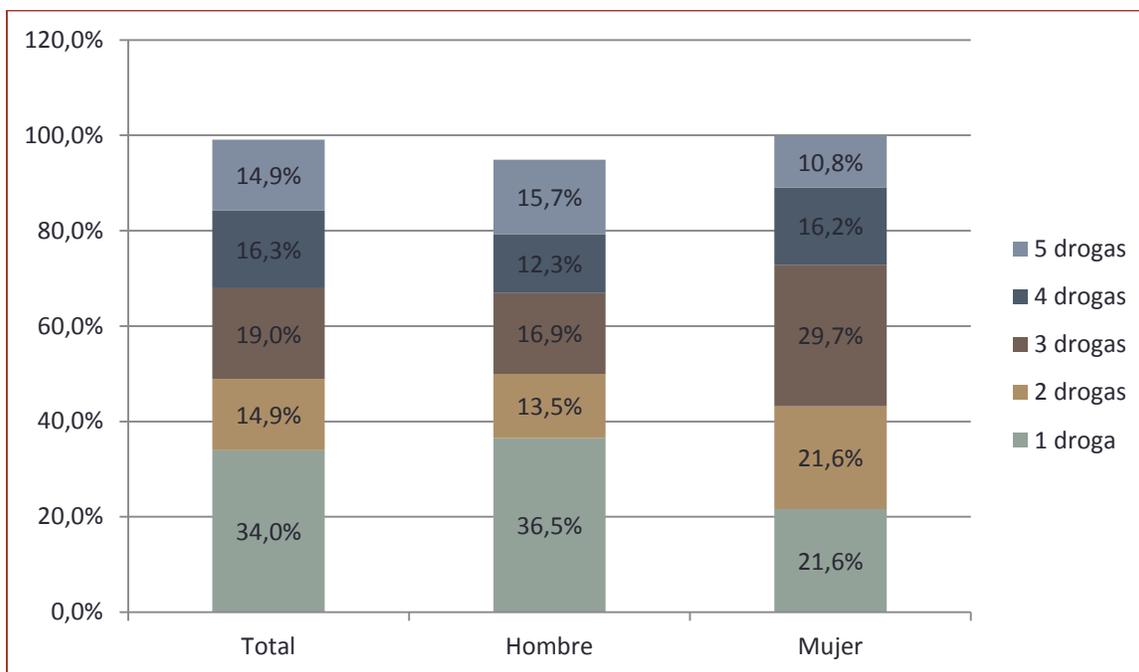


Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

## II. HISTORIA Y PATRONES DE CONSUMO

El 34,9% de los pacientes en tratamiento, son mono-consumidores, siendo que el resto consume dos o más drogas. Analizando este hecho de acuerdo al sexo de los entrevistados, la mayoría de los varones refieren haber consumido una sola sustancia, contrariamente a las mujeres, donde el 30% refieren haber consumido tres drogas.

**Gráfico Nº 9:** Relación de la muestra de acuerdo a consumo de drogas y sexo



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Las principales drogas consumidas, de acuerdo a la prevalencia de vida, son el alcohol, la marihuana, la pasta base y el clorhidrato de cocaína. Analizando este dato de acuerdo al sexo, las mujeres presentan mayores prevalencias en el alcohol, tabaco, inhalantes, benzodiazepinas y LSD que los hombres. Al contrario, los varones consumen más marihuana, pasta base y clorhidrato de cocaína.

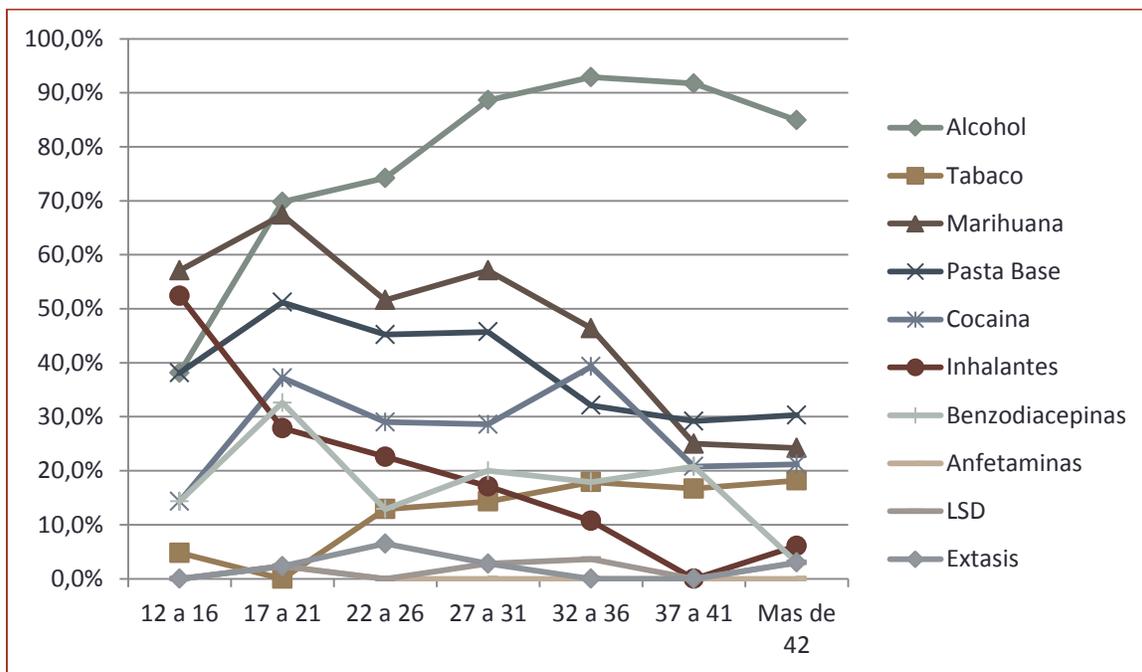
**Cuadro N° 9: Prevalencias de vida**

SUSTANCIAS	PREVALENCIA DE VIDA		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Alcohol	80,5%	79,2%	86,5%
Tabaco	11,6%	10,1%	18,9%
Marihuana	50,2%	54,5%	6,2%
Pasta base	41,9%	42,1%	40,5%
Cocaína	29,8%	32,0%	18,9%
Inhalantes	19,5%	16,9%	32,4%
Benzodiazepinas	20,5%	17,4%	35,1%
Éxtasis	2,3%	2,3%	2,7%
Anfetaminas	0,9%	1,1%	0,0%
LSD	1,9%	1,7%	2,7%

Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Analizando las prevalencias de vida de las drogas estudiadas por grupos etarios, se puede ver que hay drogas que se consumen con mayor énfasis en algunas edades más que en otras. Por ejemplo, los inhalantes presenta mayores prevalencias a menores edades, las mismas que van disminuyendo a medida que va aumentando la edad; por el contrario, el consumo de bebidas alcohólicas va aumentando proporcionalmente a la edad, a mayor de edad de los entrevistados, mayor el consumo de alcohol.

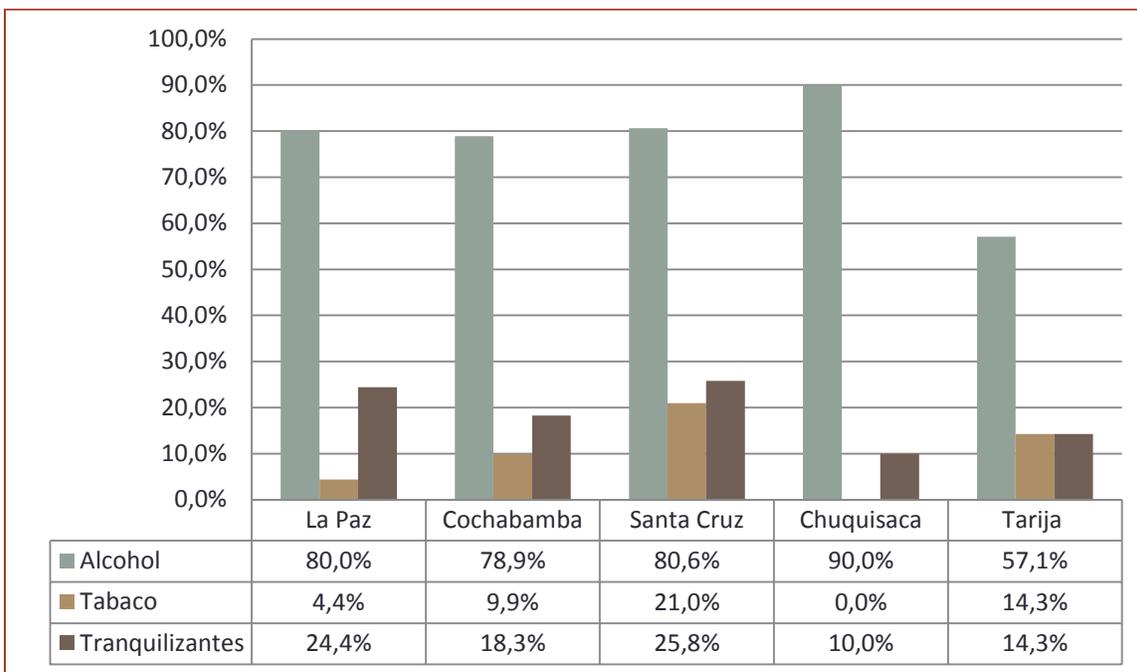
**Gráfico N° 10: Prevalencia de vida del consumo de drogas por grupos etarios**



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

De acuerdo al departamento estudiado, las prevalencias de vida más elevadas de alcohol, se encuentran en Chuquisaca y Santa Cruz; para el tabaco en Santa Cruz y Tarija; y para los tranquilizantes en La Paz y Santa Cruz.

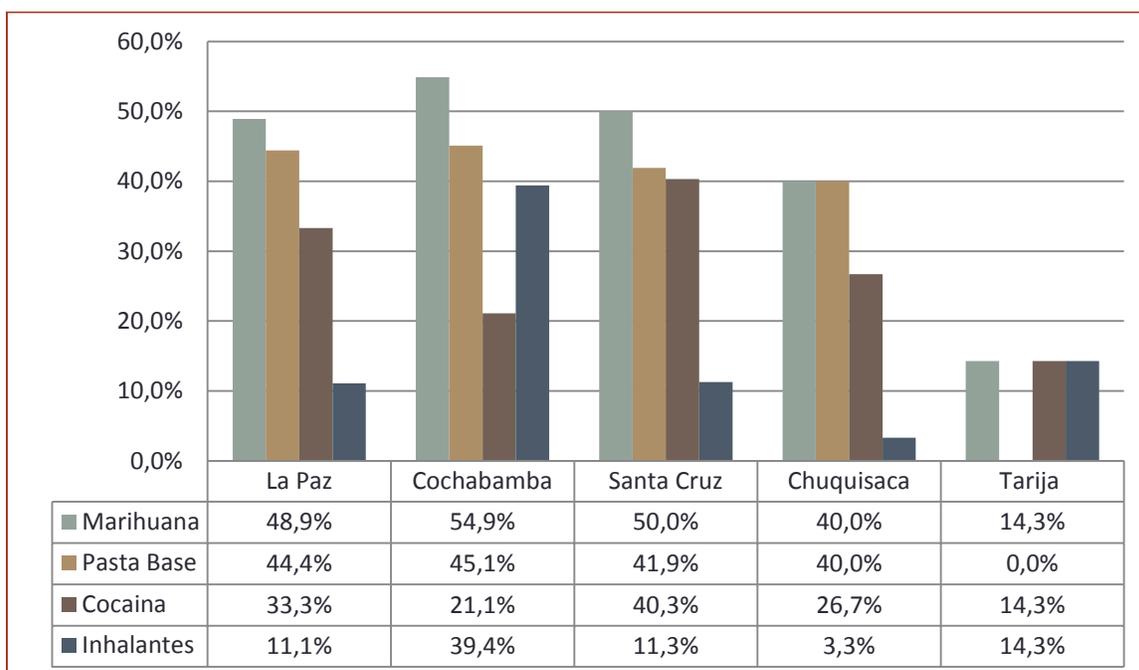
**Gráfico Nº 11:** Prevalencias de vida de drogas lícitas por departamento



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

En relación a las drogas ilícitas, los pacientes que están en tratamiento en las ciudades de Cochabamba y Santa Cruz, son los que presentan mayores prevalencias de vida para la marihuana; en relación a la pasta base, existe una cierta uniformidad en todos los departamentos, excepto Tarija que presenta una prevalencia de cero. Santa Cruz, presenta la prevalencia más elevada para clorhidrato de cocaína y Cochabamba para los inhalantes.

**Gráfico N° 12:** Prevalencias de vida de drogas ilícitas por departamento



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

## 2.1. Drogas de Inicio

Las principales drogas de inicio, son el alcohol, la marihuana y los inhalantes. El 63.7% comenzaron su historial de consumo con el alcohol, el 19.1% con la marihuana y el 7.9% con los inhalantes.

La edad promedio de inicio del consumo de drogas es de 16.8 años.

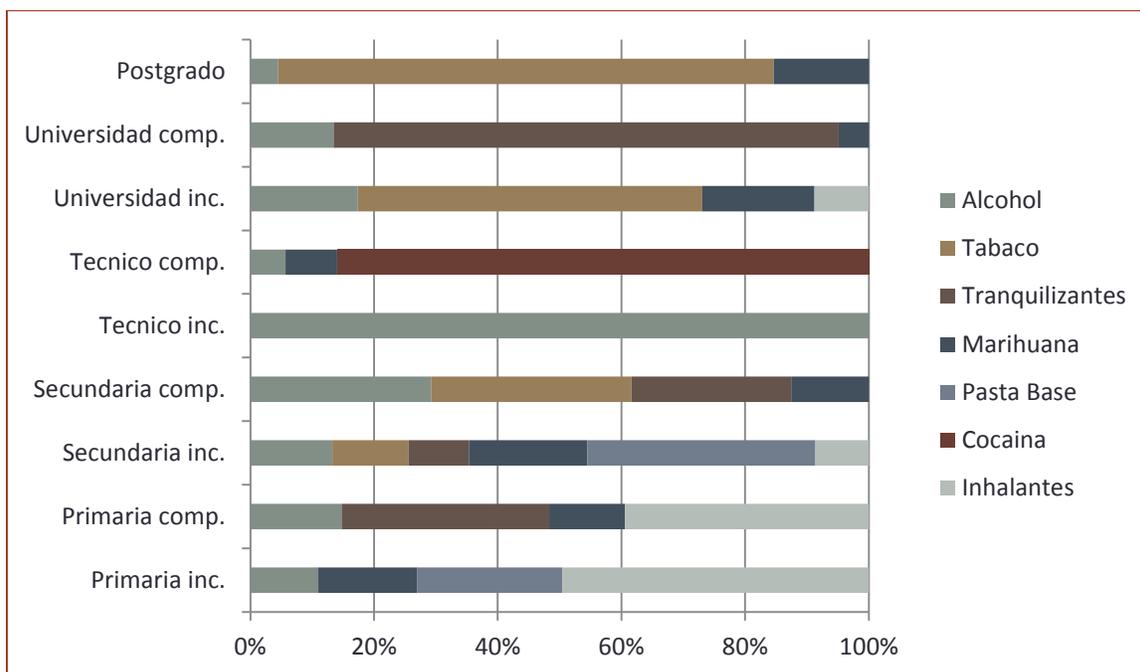
Las principales drogas de inicio para ambos sexos son el alcohol y la marihuana. El inicio con alcohol no presenta diferencias según sexo, sin embargo se iniciaron con la marihuana en mayor medida los hombres que las mujeres. Los hombres consumieron como droga de inicio en mayor proporción pasta base y cocaína, mientras que las mujeres superan a los hombres en el inicio con tranquilizantes, tabaco e inhalantes.

**Cuadro N° 10:** Drogas de inicio según sexo

DROGAS DE INICIO	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
Alcohol	63.5%	64.9%
Tabaco	3.4%	5.4%
Tranquilizantes	1.1%	8.1%
Marihuana	21.3%	8.1%
Pasta Base	2.2%	0%
Cocaína	1.1%	0%
Inhalantes	7.3%	10.8%

Las personas con menor nivel de instrucción, iniciaron su historial de consumo principalmente con inhalantes (primaria incompleta); los que cursaron hasta secundaria completa o técnico incompleto, iniciaron su consumo principalmente con el alcohol; y los que tiene mayor nivel de instrucción, iniciaron su historial de consumo con tabaco (postgrado y universidad incompleta) y tranquilizantes (universidad completa).

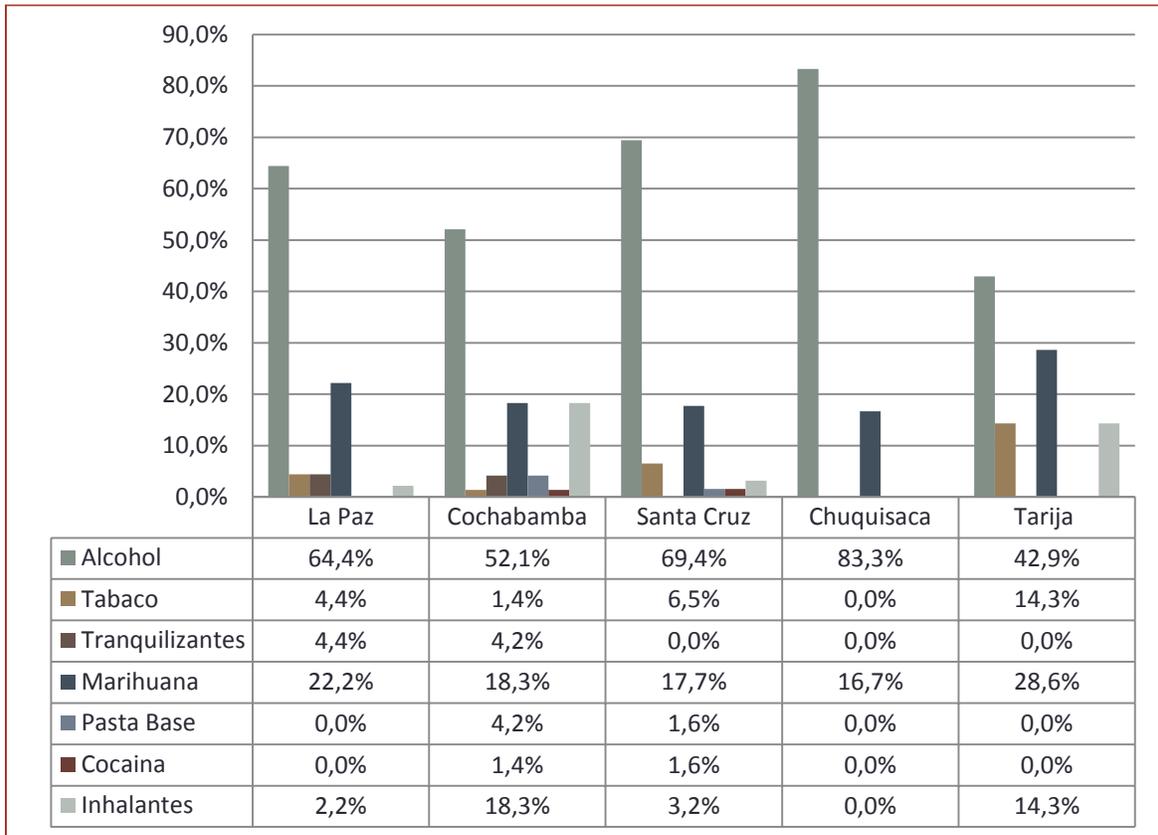
**Gráfico Nº 13:** Relación entre nivel de instrucción y drogas de inicio



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Analizando el inicio del historial en el consumo de drogas por ciudad, en todas el alcohol es la primera sustancia de inicio, seguida por la marihuana. En los departamentos de Cochabamba y Tarija, los inhalantes ocupan el segundo lugar. Lo que llama la atención, es que la pasta base y la cocaína no son drogas de inicio en la mayoría de las ciudades.

**Gráfico N° 14: Drogas de inicio por departamento**

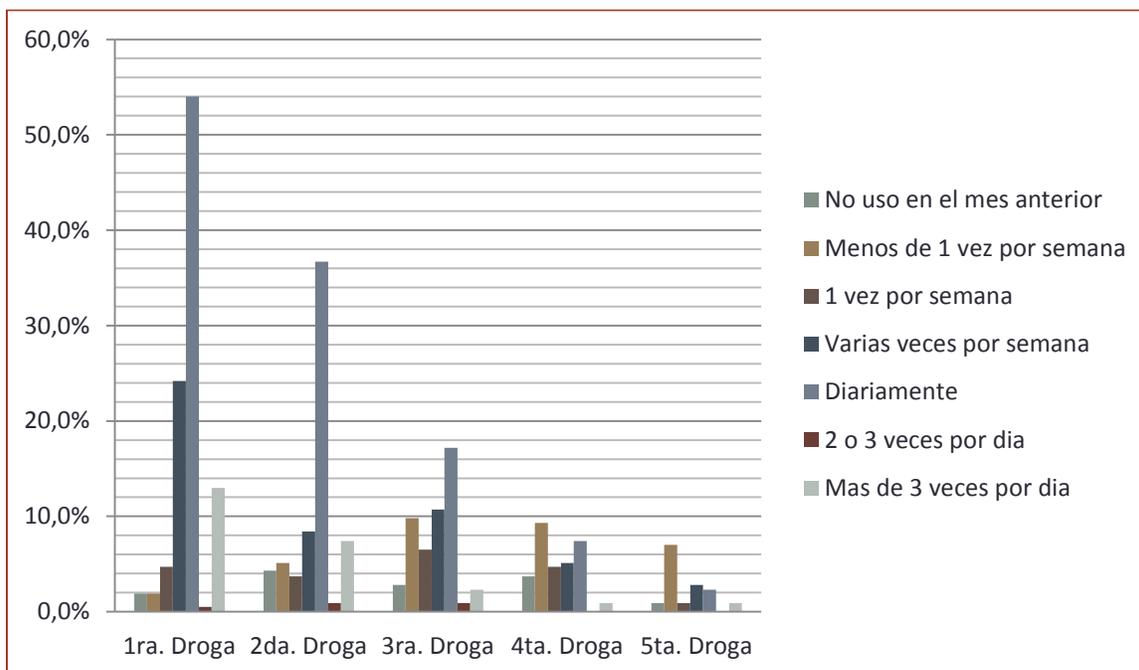


Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

## 2.2. Frecuencia de Consumo y Vías de Administración

Las frecuencia de consumo de las drogas estudiadas, de acuerdo al historial de consumo, muestra que las primeras drogas utilizadas (primera, segunda y tercera droga de inicio), fueron utilizadas con mayor frecuencia, de forma diaria o varias veces a la semana, un mes antes del tratamiento. En cambio, la cuarta y quinta droga utilizadas, fueron consumidas principalmente “menos de una vez a la semana”.

**Gráfico Nº 15:** Relación entre la frecuencia de consumo y las drogas de inicio



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Las principales vías de administración de las sustancias estudiadas, son las convencionales, lo que equivale a decir que:

- El 100% de los consumidores de alcohol, lo hacen a través de la vía oral.
- El 100% de los consumidores de tabaco, lo hacen de forma fumada.
- El 100% de los consumidores de tranquilizantes, lo hace a través de la vía oral.
- El 100% de los consumidores de marihuana, fuma esta sustancia.
- El 100% de los consumidores de pasta base, fuma esta droga.
- El 100% de los consumidores de inhalantes, inhala la sustancia.
- El 98% de los consumidores de clorhidrato de cocaína, consume la sustancia esnifada, y el 2% lo hace a través de la vía intravenosa.

### III. DROGAS QUE MOTIVAN AL TRATAMIENTO ACTUAL

Las principales drogas que motivan al tratamiento en pacientes drogodependientes en Bolivia, son el alcohol y la pasta base, ubicándose en porcentaje muy por debajo del 10%, la demanda de tratamiento por consumo de clorhidrato de cocaína e inhalantes. Disgregando el dato de acuerdo al sexo de los entrevistados, los hombres demanda tratamiento más que las mujeres, por marihuana, cocaína y éxtasis; y las mujeres demandan tratamiento más que los hombres, para sustancias como los tranquilizantes, la pasta base, los inhalantes, el peyote y la ketamina.

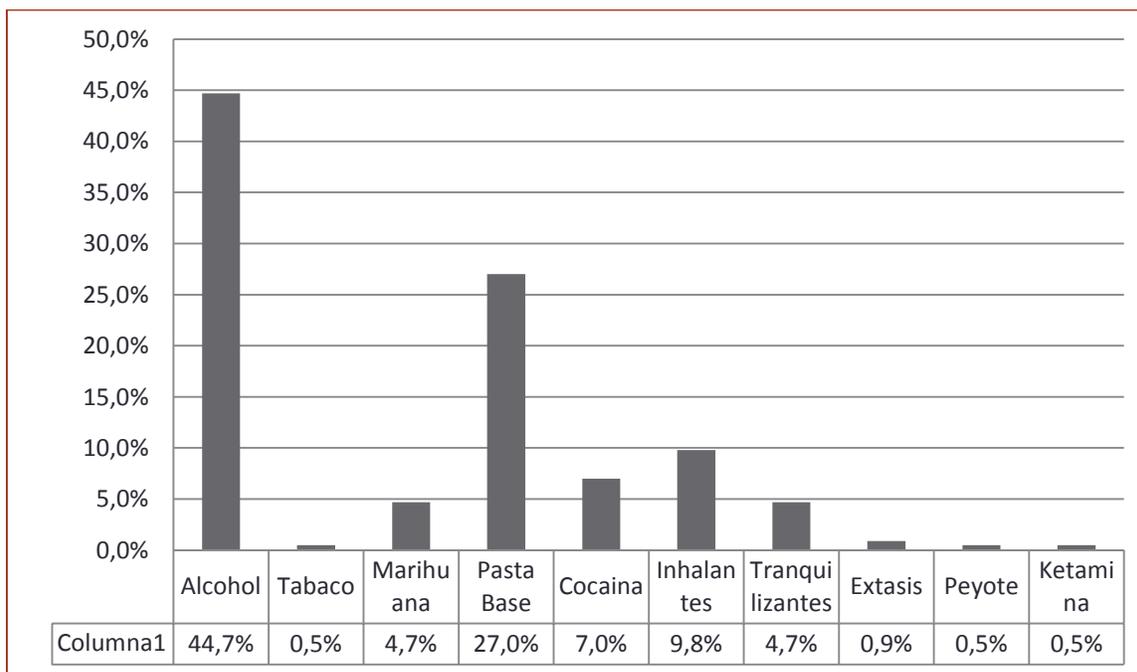
**Cuadro N° 11:** Principales drogas de demanda de tratamiento

DROGAS	TOTAL	SEXO	
		HOMBRE	MUJER
Alcohol	52,6%	55,1%	40,5
Tabaco	0,5%	0,0	2,7%
Tranquilizantes	5,1%	3,9%	10,8%
Marihuana	5,6%	6,7%	0,0
Pasta Base	20,0%	19,7%	21,6%
Cocaína	7,4%	7,9%	5,4%
Inhalantes	7,4%	6,2%	13,5%
Éxtasis	0,5%	0,6%	0,0
Peyote	0,5%	0,0	2,7%
Ketamina	0,5%	0,0	2,7%

Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Este hecho parece estar intimidante relacionado con la percepción de los entrevistados con las sustancias que más daño les causan, ya que el 44,7% refiere que el alcohol es la sustancia que más daños causa, seguida de la pasta base (27%) y de los inhalantes (9,8%).

**Gráfico N° 16:** Porcentaje de drogas que más daño causan



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Analizando las drogas que motivan al tratamiento por grupos etarios éstas varían de acuerdo a la edad. Para las personas comprendidas entre 12 a 16 años, la droga de mayor demanda de tratamiento son los inhalantes y el éxtasis; para los comprendidos entre 17 y 21 años, la demanda

de tratamiento está centrada en torno a la marihuana; y para las personas de más de 42 años, la demanda está en centrada en el alcohol y el tabaco.

Este hecho, está relacionado con que a edades más tempranas las prevalencias de vida, son más elevadas para los inhalantes y pasta base; y a medida que la edad avanza, las mismas se incrementan para el alcohol.

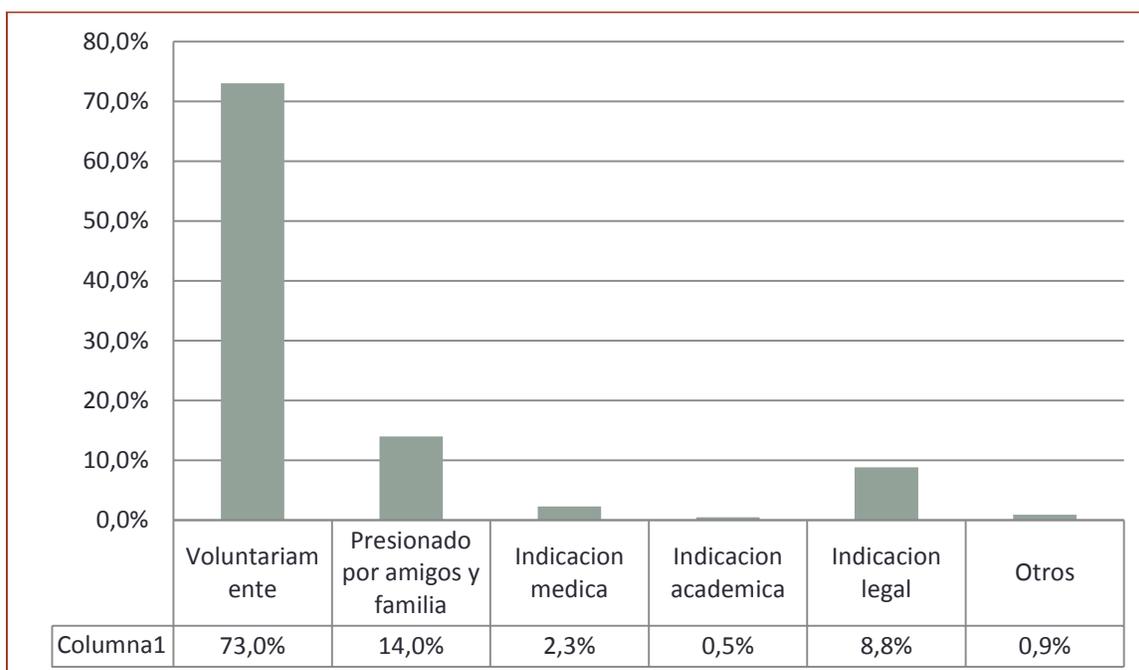
**Cuadro N° 12:** Drogas que motivan al tratamiento por grupos etarios

DROGAS	GRUPOS ETARIOS						
	12 a 16	17 a 21	22 a 26	27 a 31	32 a 36	37 a 41	+ de 42
<b>Alcohol</b>	4,4%	14,1%	7,1%	17,7%	15,9%	16,8%	23,9%
<b>Tabaco</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
<b>Marihuana</b>	16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	0,0%	8,3%	0,0%
<b>Pasta Base</b>	18,6%	25,6%	20,9%	9,3%	13,9%	4,7%	6,9%
<b>Cocaína</b>	0,0%	18,8%	31,3%	18,8%	12,5%	6,3%	12,5%
<b>Inhalantes</b>	31,3%	25,0%	18,8%	18,8%	6,3%	0,0%	0,0%
<b>Tranquilizantes</b>	0,0%	45,6%	18,2%	18,3%	9,1%	9,1%	0,0%
<b>Éxtasis</b>	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Peyote</b>	0,0%	0,0%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Ketamina</b>	0,0%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

La principal motivación para acceder al tratamiento por consumo de drogas, está relacionada con la motivación personal, ya que el 73% acudió a tratamiento voluntariamente, el 14% lo hizo presionado por amigos y familiares y el 8,8% por indicación legal.

**Gráfico N° 17: Motivación para acceder a tratamiento**



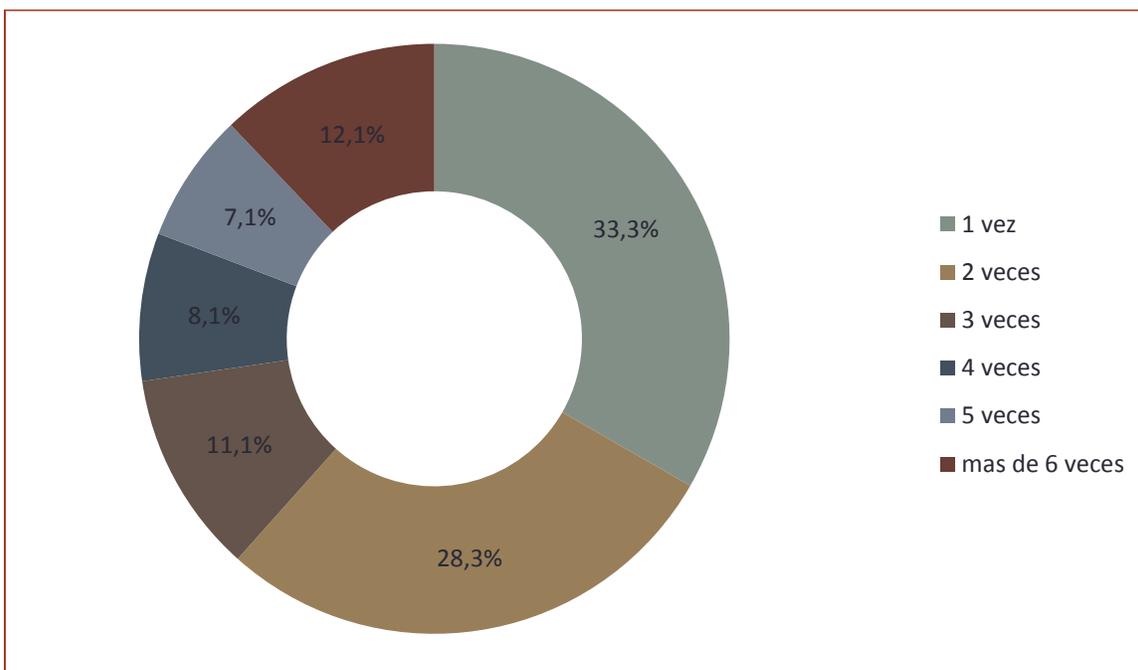
Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

#### **IV. INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTOS PREVIOS**

Para la mayoría de los pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento, es su primera vez (54%). Lo que no deja de sorprender, es que el 46% de los pacientes, ya estuvieron en anteriores ocasiones en tratamiento, lo que equivale a decir, que de cada 10 personas 4 ya experimentaron el tratamiento para drogodependientes.

La mayor parte de los que están reincidiendo en el tratamiento para drogodependientes, estuvo 1 vez ya en tratamiento (33,3%); el 28% estuvo dos veces ya en tratamiento y el 12% estuvo más de 6 veces en tratamiento en toda su vida.

**Gráfico N° 18:** Número de veces en tratamiento por drogas en toda la vida



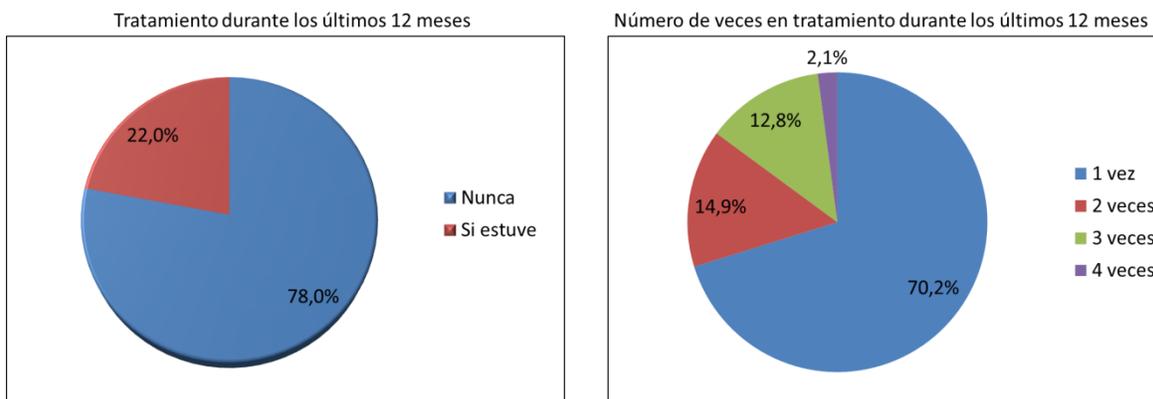
Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Analizando este dato de acuerdo a la edad de los entrevistados, se tiene:

- Las personas comprendidas entre 27 y 31 años, estuvieron en promedio 4 veces en tratamiento además del actual (3,8 veces);
- Las personas comprendidas entre 17 y 21 años, y las que tienen más de 42 años de edad, estuvieron 3 veces (3,4 veces) en tratamiento además del actual;
- Las personas comprendidas entre 32 y 36 años, estuvieron 3 veces en tratamiento por drogas (2,6 veces), además del actual;
- Las personas comprendidas entre 22 y 26 años, estuvieron 2 veces (2,4 veces) en tratamiento además del actual;

Analizando el mismo indicador, pero esta vez durante los últimos 12 meses, el 78% de los entrevistados no estuvo en tratamiento por drogas, además del actual, solo el 22%, se encuentra volviendo a recibir tratamiento para drogas.

**Gráfico Nº 19: Tratamientos durante los últimos 12 meses**



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

El 70% de los entrevistados que refieren haber estado por más de una vez en tratamiento por drogas durante los últimos 12 meses, lo han hecho 1 sola vez además de actual, el 15% ha estado dos veces en tratamiento y el 13% lo hizo 3 veces.

En el último tratamiento recibido durante los últimos 12 meses, además del actual, el 89% lo hizo de forma residencial y el 6,4% de forma ambulatoria.

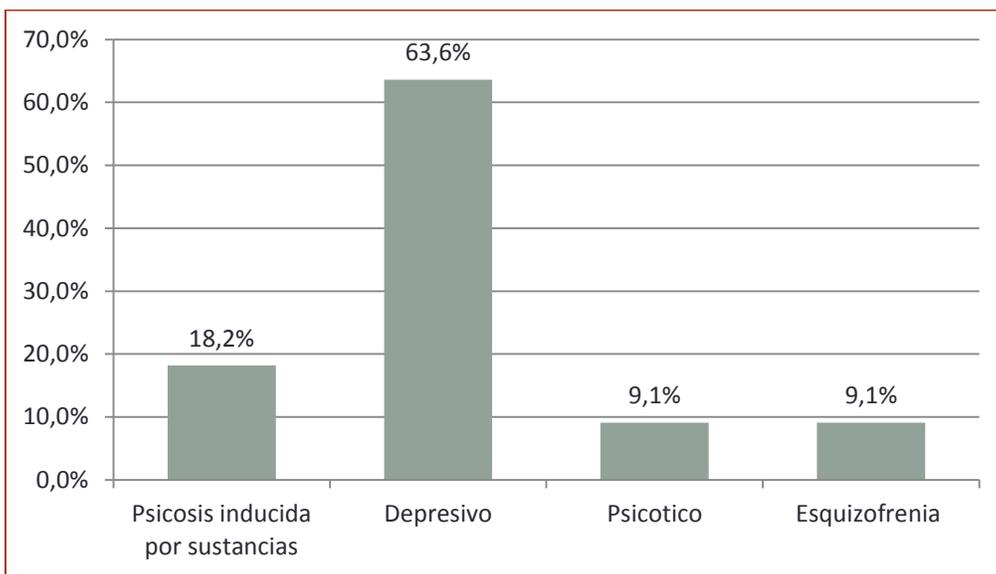
## V. PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL CONSUMO

Las preguntas finales de la encuesta, estaban relacionadas con diagnósticos específicos sobre trastornos de personalidad, enfermedades médicas y trastornos clínicos, las cuales deberían ser respondidas por el personal técnico de cada institución, en el caso de que el paciente no conozca los mismos.

Del total de las entrevistas, solamente del 5,1% se lograron obtener datos sobre los trastornos clínicos, el 10,2% sobre trastornos de personalidad y 6.0% sobre enfermedades médicas. El resto aparece como casos perdidos, ya que ni los pacientes ni los profesionales de las instituciones conocen sus diagnósticos.

Del total de los pacientes de los cuales se logró obtener los datos relacionados con trastornos clínicos, la mayoría están diagnosticadas como "depresivos", siendo el segundo diagnostico el de psicosis inducida por sustancias.

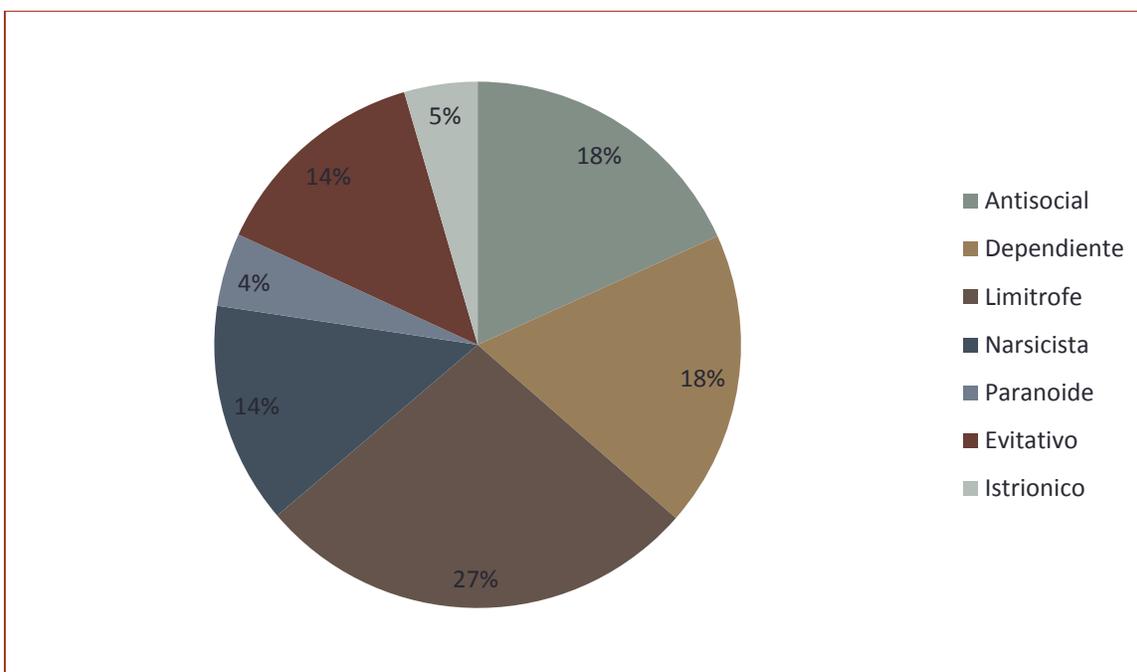
**Gráfico Nº 20: Trastornos clínicos**



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

En relación con los trastornos de personalidad, la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados como límites, con personalidad antisocial y dependiente.

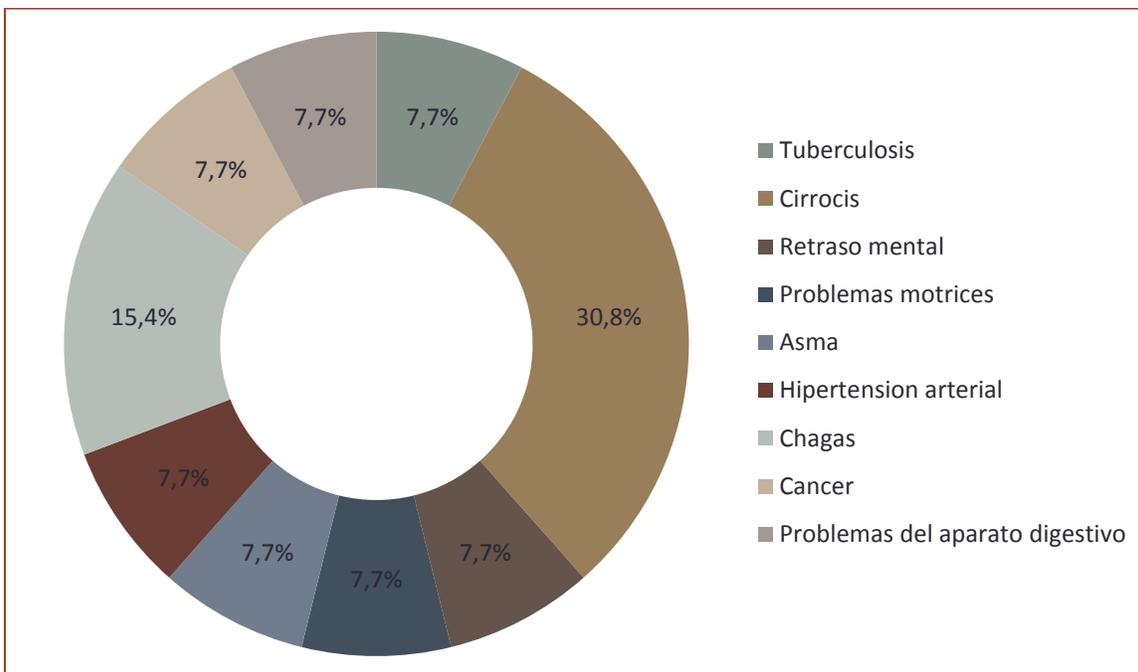
**Gráfico Nº 21: Trastornos de personalidad**



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Respecto a las enfermedades médicas, del 6.0% de los datos obtenidos sobre este indicador, la mayoría fueron diagnosticados con cirrosis hepática, y con enfermedad de Chagas.

**Gráfico N° 22:** Enfermedades medicas

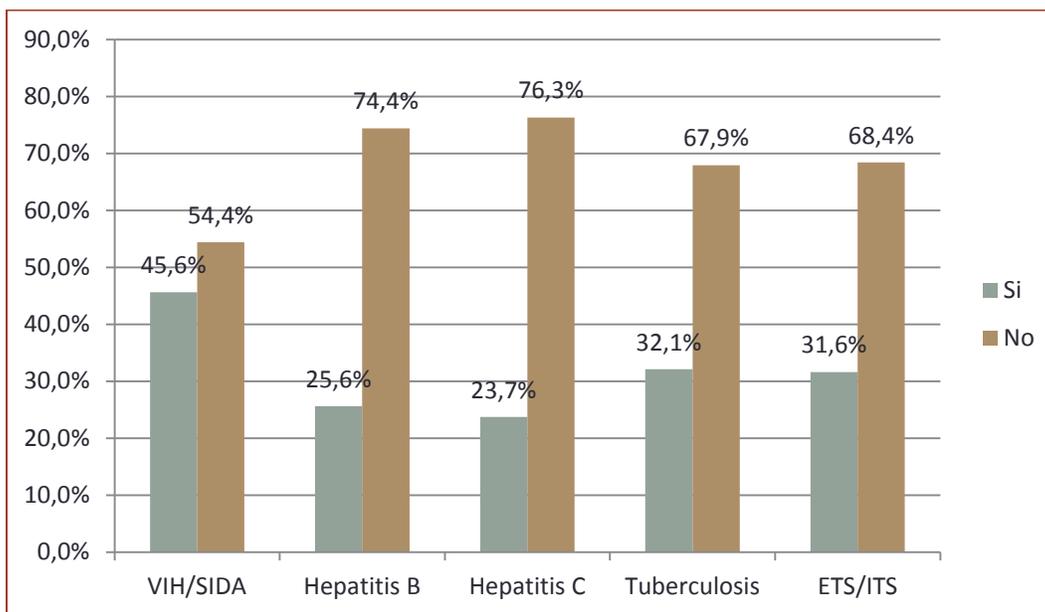


Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

Asimismo, otro aspecto indagado en la investigación, fue el historial de la realización de pruebas diagnósticas para enfermedades tales como el VIH/SIDA, Hepatitis B, Hepatitis C, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual.

En la pregunta relacionada a si algunas vez en la vida se habrían realizado, pruebas para las enfermedades antes mencionadas, la mayoría no se ha realizado ninguna prueba, los porcentajes más elevados de pruebas diagnósticas realizadas, corresponden al VIH/SIDA.

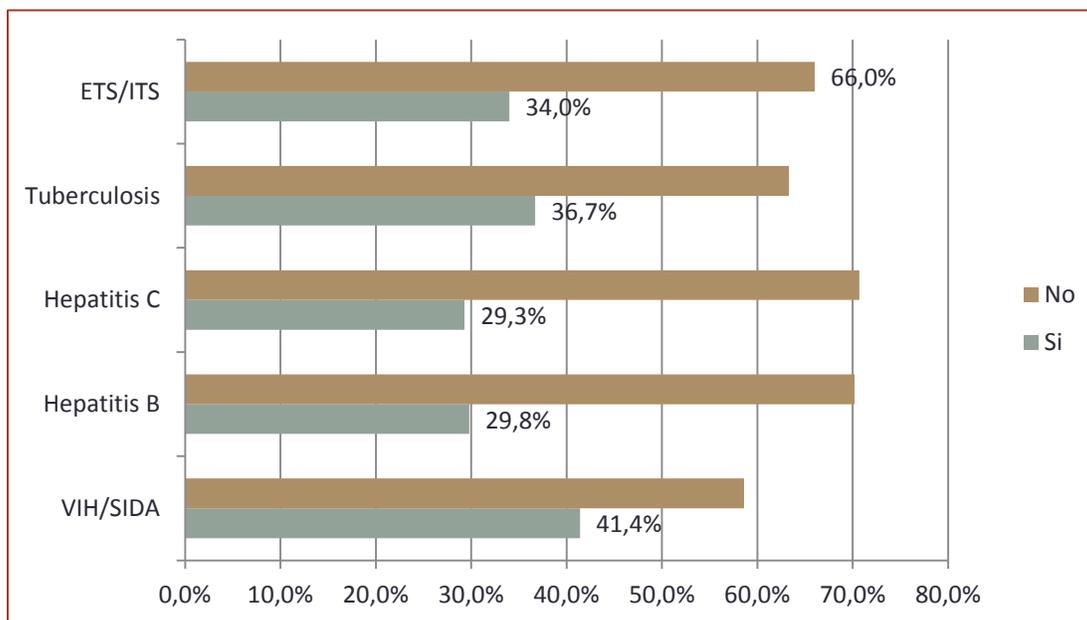
**Gráfico Nº 23:** Realización de pruebas diagnósticas alguna vez en la vida



Fuente: Estudio sobre Drogas en Pacientes de Centros de Tratamiento de las Principales ciudades de Bolivia

La misma pregunta, pero relacionada con la realización de las pruebas diagnósticas durante el tratamiento actual. Aparentemente, muchas instituciones dedicadas al tratamiento de drogodependientes, no tiene como practica rutinaria la realización de estas pruebas como parte del tratamiento. Las pruebas más realizadas, son las de VIH/SIDA.

**Gráfico Nº 24:** Realización de pruebas diagnósticas durante el tratamiento actual



# CAPITULO IV:

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

### I. CONCLUSIONES

Las conclusiones generales del presente estudio son:

- No existe en el país, datos actualizados sobre la cantidad de servicios para drogodependientes, el último dato no oficial, es el realizado por la fundación SEAMOS en la gestión 2010.
- Ni el Estado ni las ONG's, cuentan con datos sobre el registro de pacientes (ingresos y egresos), datos sociodemográficos, disponibilidad de plazas para el tratamiento (oferta de tratamiento) y estructuras de tratamiento.
- La mayoría de los centros para drogodependientes, no incorporan el diagnóstico de laboratorio para VIH/SIDA; hepatitis B y C, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual, como parte del tratamiento.
- La mayoría de los centros, no cuentan con diagnósticos sobre trastornos clínicos, trastornos de personalidad o enfermedades médicas.

Las conclusiones específicas sobre drogas son:

- La mayor parte de las personas que se encuentran en tratamiento por drogas, son hombres (82.8%).
- La edad promedio de las personas en tratamiento es de 30 años, y se encuentran comprendidos principalmente entre los 17 y 31 años de edad (edad mínima de 12 años y máxima de 69 años).
- El 58% de los entrevistados son solteros y el 28% están casados o concubidados.
- El 51% de las personas en tratamiento, tiene hijos, siendo el promedio de número de hijos de 2.
- La mayoría de las personas en tratamiento, se encuentran en centros privados u ONG's (74.9%), el 11.2% en centros públicos (principalmente hospitales psiquiátricos) y el 13,9% en centros mixtos (ONG's que reciben parte del financiamiento del Estado).
- La mayoría de los pacientes están realizando el tratamiento, en comunidades terapéuticas (86.9%), el 3.2% lo está realizando en una hospital psiquiátrico y el 9.7% en otros espacios (espacios abiertos, centros de acogida, etc.).
- El 45% de los entrevistados están menos de 3 meses en tratamiento.
- El 98% está realizando el tratamiento de forma residencial y solamente el 1.4% lo está haciendo de forma ambulatoria.

- Los gastos incurridos en el tratamiento, generalmente son cubiertos por las mismas instituciones (ONG's) en el caso de las comunidades terapéuticas (59%) y por las familias en el caso de los hospitales psiquiátricos (71%).
- La mayoría de los entrevistados, no completo la secundaria (28.8%) y solamente el 5.5% completo sus estudios universitarios. Las mujeres, tienen menor nivel de instrucción que los hombres.
- El 78% de las personas en tratamiento, no trabaja porque se encuentra en tratamiento residencial.
- El 35% de los encuestados son mono-consumidores, lo que equivale a decir, que solo consumen una sustancia. El 65% consumen dos o más drogas.
- Los pacientes en tratamiento, refieren haber consumido más alcohol (prevalencia de vida de 81%), marihuana (prevalencia de vida de 50%) y pasta base (prevalencia de vida de 42%).
- El consumo de drogas de acuerdo a la edad de los entrevistados, es específico por drogas. Los pacientes entre 12 y 16 años consumen más inhalantes, y a medida que avanza la edad aumenta el consumo de alcohol.
- Los departamentos de Santa Cruz y Chuquisaca, presentan las prevalencias más elevadas de alcohol; y Cochabamba y Santa Cruz, consumen más marihuana.
- Las principales drogas de inicio en el historial de consumo, son el alcohol, la marihuana y los inhalantes.
- La edad promedio de inicio en el consumo de drogas es de 16.8 años.
- Las primeras drogas utilizadas (alcohol, marihuana, inhalantes y pasta base), fueron consumidas un mes antes de ingresar a tratamiento, de forma diaria.
- Las principales vías de administración de las drogas estudiadas, son las tradicionales, existiendo solamente un 2% que consume cocaína por vía intravenosa.
- Las drogas que motivan al tratamiento son el alcohol y la pasta base, con un 53% y 20% respectivamente.
- Las drogas identificadas como causantes de mayor daño, son el alcohol, la pasta base y los inhalantes.
- El 73% de los pacientes, acudieron a tratamiento de forma voluntaria.
- El 54% de los pacientes están en tratamiento por primera vez, el 46% son reincidentes.
- El 64% de los pacientes cuentan con diagnóstico de depresión como trastorno clínico; el 27% con diagnóstico "límitrofe" de trastorno de personalidad; y el 31% fueron diagnosticados con cirrosis.

## II. RECOMENDACIONES

A raíz del estudio, se recomienda:

- Realizar un catastro de centros para drogodependientes, discriminando por tipo de atención, población objetivo, capacidad de atención y enfoque de trabajo. El hecho de

contar con datos actualizados, permitirá a las autoridades pertinentes, saber a ciencia cierta, la oferta de tratamiento.

- Se recomienda implementar el registro continuo de pacientes en todos los servicios para drogodependientes, para de esta manera contar con datos mensuales, trimestrales y anuales, sobre los ingresos y egresos de pacientes, además de las recaídas y tratamientos fallidos.
- Se recomienda capacitar al personal de los centros de tratamiento y rehabilitación, en el diagnóstico clínico de trastornos de personalidad y trastornos clínicos.

# ANEXO 1: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

			
<b>ENCUESTA SOBRE DROGAS EN PACIENTES DE CENTROS DE TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES CIUDADES DE BOLIVIA, 2013</b>			
		No. de cuestionario:	
<b>I. DATOS GENERALES:</b>			
1. Departamento: .....		2. Ciudad: .....	
3. Nombre del encuestador: .....		4. Nombre del centro: .....	
5. Fecha: Día: ..... Mes: ..... Año: .....		6. Tipo de centro: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Mixto Otro: .....	
7. Características del centro: <input type="checkbox"/> Comunidad terapeutica <input type="checkbox"/> Hospital psiquiatrico <input type="checkbox"/> Otro: .....		8. Hace cuantos meses que estas en tratamiento? <input type="checkbox"/> Menos de tres meses <input type="checkbox"/> Entre 3 y 7 meses <input type="checkbox"/> Entre 8 y 12 meses <input type="checkbox"/> Mas de 12 meses	
9. Que tipo de tratamiento esta haciendo? <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Semi-residencial <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Otro: .....		10. Quien paga los gastos del tratamiento? <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Institución: .....	
<b>II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:</b>			
11. Edad en años cumplidos: ..... Años cumplidos		12. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
13. Nivel de estudios alcanzados: <input type="checkbox"/> Sin Instrucción <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Técnico incompleto <input type="checkbox"/> Técnico completo <input type="checkbox"/> Universidad incompleta <input type="checkbox"/> Universidad completa <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> No sabe / no responde		14. Tiene hijos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, cuantos? .....	
		15. Estado civil / situación de pareja <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Conviviente / concubino(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> No sabe / no responde	

<b>16. Situación Laboral:</b>		<b>17. Porqué acudio a tratamiento en este centro?</b> (elegir solo una respuesta)				
<input type="checkbox"/>	Trabaja a tiempo completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trabaja a tiempo parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trabaja esporadicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Esta desempleado, pero busca trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Es estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	No trabaja ni busca trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Es ama de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Esta juvilado o pensionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Es rentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	No trabaja porque esta en tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	No sabe / no responde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18. Cuantas veces ha estado en tratamiento por problemas de consumo de drogas, durante toda su vida (sin contar el tratamiento actual)</b>		<b>19. Cuantas veces ha estado en tratamiento por problemas de consumo de drogas, durante los ultimos 12 meses (antes de este tratamiento):</b>				
<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	He estado ..... vez (veces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20. Tipo de último tratamiento previo por abuso de de drogas</b>		<b>21. Drogas consumidas (indicar las drogas que el paciente ha consumido durante su vida</b>				
<input type="checkbox"/>	Ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Centro de día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Centro de noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CRONOLOGICAMENTE de uso:</b>						
	Primera droga que consumo en la vida	Segunda droga que consumo en la vida	Tercera droga que consumo en la vida	Cuarta droga que consumo en la vida	Quinta droga que consumo en la vida	
21.1. Tipo de droga (mostrar tarjeta)						
21.2. Frecuencia de uso durante los ultimos 30 días anteriores a su ingreso (mostrar tarjeta)						
21.3. Vía de administración mas frecuente (ver tarjeta)						
21.4. Edad en la cual la uso por primera vez (ver tarjeta)						
21.5. Edad en la que dejo de consumirla (tarjeta)						

<p><b>22. Si el paciente ha consumido una o mas drogas que no se informa en el cuadro anterior, anotelas aquí:</b></p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p>	<p><b>23. Indicar la droga que mas daño le causa:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																		
<p><b>24. Indicar la droga que motiva principalmente la demanda de tratamiento (ver tarjeta):</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>25. Alguna vez en su vida se hizo pruebas para:</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">Si</th> <th style="width: 10%;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">VIH/SIDA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Hepatitis B</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Hepatitis C</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tuberculosis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ETS/ITS</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ETS/ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No																	
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
ETS/ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<p><b>26. Durante el tratamie to actual se hizo pruebas para:</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%;">Si</th> <th style="width: 15%;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">VIH/SIDA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Hepatitis B</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Hepatitis C</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tuberculosis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ETS/ITS</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ETS/ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>27. Presenta el paciente alguna patología y/o enfermedad fisica y/o mental vicnulada al consumo de sustancias (solo debe llenar el terapeuta)</b></p> <p>A: Transtornos clinicos:</p> <p>.....</p> <p>B: Transtornos de personalidad:</p> <p>.....</p> <p>C: Enfermedades medicas:</p> <p>.....</p>
	Si	No																	
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
ETS/ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<p><b>MUCHAS GRACIAS...</b></p>																			



[www.piebolivia.org.bo](http://www.piebolivia.org.bo)

