MINISTERIO DE GOBIERNO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

OBSCD
OBSERVATORIO BOLIVIANO DE SEGURIDAD CIUDADANA Y LUCHA CONTRA LAS DROGAS
INFORMACIÓN PARA DECISIONES MÁS SEGURAS

DATOS
EVIDENCIA
POLÍTICAS PÚBLICAS
PARA UNA SOCIEDAD
MÁS SEGURA
E INCLUSIVA

PERSONAS
TRATAMIENTO
REINTEGRACIÓN
TERRITORIOS
OPORTUNIDADES

Trayectorias del Consumo de Drogas

de Pacientes en Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE GOBIERNO
OBSERVATORIO BOLIVIANO DE SEGURIDAD CIUDADANA
Y LUCHA CONTRA LAS DROGAS (OBSCD)

La Paz, Bolivia – 2026

2026

Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas [OBSCD]

Trayectorias del Consumo de Drogas de Pacientes en Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración

Patrones de Consumo de Drogas / Personas en Centro Tratamiento/Desintoxicación/Rehabilitación/Tratamiento

Marco Antonio Oviedo Huerta
Ministro de Gobierno

Julio Eduardo Aliaga Lairana
Director General Ejecutivo
Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas

Elaboración:
Wilson Poma Calle
Melany Margoth Machaca Mollo
Vanesa Rosario Morales Torrez
Daniela Valdivia Heredia

Coordinación General:
Milton Rafael Vargas Camberos
Rodrigo Corzo García

Revisión Editorial:
Daniela Alexandra Espíndola Garnica

D.R. ©Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD)

Sitio web: obscd.mingobierno.gob.bo

La Paz, Bolivia - 2026

PRESENTACIÓN

En mi calidad de Ministro de Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia, me es grato presentar el estudio **“Trayectorias del Consumo de Drogas de Pacientes en Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración”**, elaborado por el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD), como un aporte técnico orientado a fortalecer el conocimiento sobre uno de los fenómenos sociales y de salud pública más complejos que enfrenta nuestro país.

La problemática del consumo de drogas exige respuestas integrales sustentadas en información confiable, evidencia científica y análisis especializados que permitan comprender no solo las características del consumo, sino también los factores sociales, familiares, económicos y personales que influyen en las trayectorias de quienes atraviesan procesos de tratamiento y rehabilitación. En este marco, el presente estudio constituye una herramienta para identificar patrones de consumo, factores de riesgo, dinámicas de reincidencia y desafíos vinculados a la reintegración social de los pacientes atendidos en centros especializados del Eje Troncal de Bolivia.

La investigación fue desarrollada mediante un enfoque metodológico mixto, integrando técnicas cuantitativas y cualitativas que permiten complementar el análisis estadístico con la comprensión de las experiencias y contextos asociados al consumo problemático de drogas. Asimismo, el estudio se sustenta en el marco normativo nacional vigente y en lineamientos internacionales promovidos por organismos especializados, reafirmando el compromiso institucional con la generación de información rigurosa, consistente y orientada a la formulación de políticas públicas basadas en evidencia.

Los hallazgos presentados permiten visibilizar no solo las principales características de las personas en tratamiento, sino también las brechas y limitaciones existentes en los procesos de prevención, atención, rehabilitación y reintegración. De igual manera, aportan elementos técnicos para fortalecer la articulación entre instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil involucradas en la reducción de la demanda de drogas y en la atención integral de las poblaciones afectadas.

Marco Antonio Oviedo Huerta
Ministro de Gobierno
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar sociodemográficamente y analizar las trayectorias de consumo de los pacientes atendidos en Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración por consumo de drogas en el eje troncal de Bolivia, examinando la trayectoria comprendida entre el inicio del consumo hasta la etapa de tratamiento, con el propósito de generar evidencia orientada al fortalecimiento de estrategias de prevención, atención integral y reintegración social.

Se adoptó un enfoque metodológico mixto, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas. En el componente cuantitativo se encuestó a 369 pacientes de 38 centros participantes. Los factores de expansión ajustan la muestra a un marco de 830 pacientes en los nueve estratos de departamento y etapa. Los resultados se circunscriben a ese marco. Complementariamente, se realizaron entrevistas en profundidad orientadas a reconstruir las trayectorias individuales de consumo problemático, profundizando en los factores motivacionales, contextuales y emocionales asociados con dichas trayectorias.

Predominaron los hombres y los grupos de 25 a 44 años. El 78,1 % declaró estar soltero y, entre quienes respondieron sobre hijos vivos, el 45,5 % indicó tenerlos. Estas son distribuciones independientes. El inicio del consumo se concentra en la adolescencia, particularmente entre los 12 y 17 años, siendo el alcohol la sustancia de primer contacto más frecuente, seguida de la marihuana y el tabaco. Los primeros consumos se producen mayoritariamente en contextos sociales, como reuniones, fiestas o celebraciones y se encuentran asociados a la influencia de pares, relaciones afectivas, curiosidad y situaciones emocionales críticas.

Los testimonios describen experiencias diversas de reiteración del consumo y dificultades familiares, educativas, laborales y de salud. Su carácter retrospectivo no permite establecer una trayectoria universal ni atribuir causalidad.

En la etapa de tratamiento, los pacientes expresan preocupaciones vinculadas a su reintegración social y familiar, particularmente respecto al acceso al empleo, la recuperación de la confianza y la reconstrucción de relaciones. No obstante, también manifiestan expectativas positivas orientadas a retomar estudios, insertarse laboralmente, restablecer vínculos familiares y contribuir activamente al apoyo de otras personas con consumo problemático.

Finalmente, en función de los hallazgos, el estudio recomienda fortalecer y consolidar la red de centros de tratamiento en el eje troncal, promover programas preventivos dirigidos a

adolescentes, reforzar estrategias de acompañamiento familiar, mejorar los sistemas de registro y seguimiento de pacientes, y desarrollar intervenciones comunitarias orientadas a reducir el estigma y favorecer procesos sostenibles de reintegración social. Asimismo, se destaca la necesidad de articular acciones intersectoriales en los ámbitos de salud, educación y protección social para abordar integralmente el consumo problemático de drogas.

SIGLAS Y/O ACRÓNIMOS

ABCT	Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas
APA	Asociación Americana de Psiquiatría [American Psychiatric Association]
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CPI	Consejo de Política Integral para la Eliminación del Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas, Coca Excedentaria y Prevención del Consumo de Drogas
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta. Edición
FELCN	Fuerza Especial de Lucha Contra el Narcotráfico
OBSCD	Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PEI	Población Económicamente Inactiva
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 12
PRIMERA PARTE 15
1. ANTECEDENTES 16
2. JUSTIFICACIÓN 20
3. OBJETIVOS 23
3.1. Objetivo General 23
3.2. Objetivos Específicos 23
4. MARCO NORMATIVO 24
4.1. Marco Normativo Internacional 24
4.2. Marco Normativo Nacional 27
5. ESTADO DEL ARTE 29
6. MARCO CONCEPTUAL 38
6.1. Droga 38
6.2. Consumo Problemático de Droga 40
6.3. Trayectoria 44
6.4. Adicción 45
7. DISEÑO METODOLÓGICO 46
7.1. Sujetos de Estudio 46
7.2. Delimitación Espacial 47
7.3. Delimitación Temporal 47
7.4. Diseño Metodológico - Enfoque Cualitativo 48
7.5. Diseño Metodológico - Enfoque Cuantitativo 50
8. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LOS PACIENTES DE CENTROS DE TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN 58
9. ANTECEDENTES DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN LA FAMILIA 66
10. CARACTERÍSTICAS DEL PRIMER CONSUMO DE DROGA 70
10.1. Razones para el Consumo de Droga la Primera Vez 80
11. CARACTERÍSTICAS SOBRE EL DESARROLLO HACIA UN CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS 84
11.1 Razones de Reincidencia en el Consumo de Drogas 84
11.2. Adicción al Consumo de Drogas 87
11.3. Policonsumo de Drogas 91

11.4. Acceso y Compra de Drogas 101
11.5. Tráfico Ilícito 104
12. AFECTACIÓN AL ENTORNO SOCIAL CERCANO POR EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS 107
12.1. Reacción de la Familia 107
12.2. Reacción del Entorno Social 109
13. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS 110
13.1. Impacto en la Salud 110
13.2. Perjuicios del Consumo Problemático de Drogas 114
14. TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN POR CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS 120
14.1. Toma de Conciencia del Consumo Problemático de Drogas 124
14.2. Internación en el Centro de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración 127
14.3. Síndrome de Abstinencia 130
14.4. Intenciones de Fuga del Centro de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración 131
14.5. La Recaída 133
15. PERSPECTIVAS FUTURAS DE LOS PACIENTES DE CENTROS DE TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN 136
16. EXPRESIÓN DE NECESIDADES PARA EVITAR EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS 140
TERCERA PARTE 144
17. CONCLUSIONES 145
17.1. Recomendaciones al Estado 146
GLOSARIO DE TÉRMINOS 150
TÉRMINOS COLOQUIALES IDENTIFICADOS EN ENTREVISTAS 153
BIBLIOGRAFÍA 154

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1 Marco Muestral de Pacientes (En Número) …….. 52
Tabla 2 Tamaño de la Muestra Planificada y Efectiva por Departamento y Tipo de Servicio (En Número) …….. 54
Tabla 3 Eje Troncal: Primera Droga Consumida, por Nivel Educativo, 2025 (En Porcentaje) ……. 76
Tabla 4 Eje Troncal: Consumo de Vida, por Tipo de Droga, 2025 (En Porcentaje) ……. 100

ÍNDICE DE CUADROS

Gráfico 1, Eje Troncal: Pacientes según sexo, 2025, (En Porcentaje) …… 58
Gráfico 2, Eje Troncal: Pacientes, por Grupo Etario, 2025, (En Porcentaje) …….. 60
Gráfico 3, Eje Troncal: Pacientes por Nivel de Educación, 2025, (En Porcentaje) ……..….. 61
Gráfico 4, Eje Troncal: Pacientes por Sexo, según Nivel de Educación, 2025, (En porcentaje) ……..… 62
Gráfico 5, Eje Troncal: Tenencia de Hijos de los Pacientes y Estado Civil, 2025, (En porcentaje) ……..…… 63
Gráfico 6, Eje Troncal: Pacientes, por Situación Laboral antes del Ingreso al Centro de Tratamiento, 2025, (En Porcentaje) ……...…….... 64
Gráfico 7, Eje Troncal: Pacientes, por Situación Laboral antes del Ingreso al Centro, según Sexo, 2025, (En Porcentaje) ……..….. 65
Gráfico 8, Eje Troncal: Pacientes que tienen Familiares Consanguíneos que tienen Problemas de Adicción, 2025, (En Porcentaje) ……..... 66
Gráfico 9, Eje Troncal: Tipo de familiar con problemas de adicción, 2025, (En porcentaje) …….. 67
Gráfico 10, Eje Troncal: Pacientes por Percepción sobre Influencia de Consumo de Drogas en el Entorno Familiar, 2025, (En Porcentaje) ……..... 68
Gráfico 11, Eje Troncal: Pacientes por Exposición al Consumo de Alcohol, Tabaco o Drogas del Paciente en el Entorno Familiar, 2025, (En Porcentaje) ……...…… 69
Gráfico 12, Eje Troncal: Pacientes por Rangos de Edad del Primer Consumo, 2025, (En Porcentaje) ……..…….…… 70
Gráfico 13, Eje Troncal: Pacientes por Edad del Primer Consumo de Drogas de los Pacientes en Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración, 2025, (En Porcentaje) ……..... 72
Gráfico 14, Eje Troncal: Pacientes según Primera Droga Consumida, 2025, (En porcentaje) ……..… 74
Gráfico 15, Eje Troncal: Primera Droga Consumida, por Sexo, 2025, (En porcentaje) …….. 75
Gráfico 16, Eje Troncal: Motivo por el cual Decidió Consumir Alcohol, Tabaco o Drogas con Mayor Frecuencia, (En Porcentaje) ……..… 85
Gráfico 17, Eje Troncal: Pacientes según frecuencia de consumo de la primera sustancia consumida, durante los 30 días previos al ingreso al centro, 2025, (En Porcentaje) …….. .. 88
Gráfico 18, Eje Troncal: Edad Promedio de las Drogas Consumidas a lo Largo de la Vida de los Pacientes, 2025, (En Años Cumplidos) ……..... 91
Gráfico 19, Eje Troncal: Drogas Consumidas a lo Largo de la Vida del Paciente, 2025 (En Número) ……..… 92

Gráfico 20, Eje Troncal: Trayectorias de Consumo de personas que Iniciaron con Alcohol, 2025 ……..…..… 94
Gráfico 21, Eje Troncal: Trayectorias de Consumo de Personas que Iniciaron con Tabaco, 2025 ……..... 96
Gráfico 22, Eje Troncal: Trayectorias de Consumo de Personas que Iniciaron con Marihuana, 2025 ……..…… 97
Gráfico 23, Eje Troncal: Acceso a conseguir Alcohol, Tabaco o Droga que Consumía (En Porcentaje) ……..…….... 101
Gráfico 24, Eje Troncal: Facilidad de Acceso a conseguir Drogas para el Paciente, 2025 (En Porcentaje) ……..……..... 102
Gráfico 25, Eje Troncal: Eje Troncal: Pacientes según sustancia que declararon que les causó más daño, 2025, (En Porcentaje) ……..…..……..... 111
Gráfico 26, Eje Troncal: Cuidado de los Hijos mientras el Paciente está en el Centro y Persona Encargada de Cuidarlos, 2025, (En Porcentaje) …….. 117

INTRODUCCIÓN

En la última década, el panorama de las adicciones en Bolivia ha experimentado una transformación profunda que desafía tanto las estructuras de salud pública como los modelos tradicionales de rehabilitación. El consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas ha dejado de ser un fenómeno marginal para convertirse en un problema estructural que afecta el tejido social (Lefio et al., 2013), y en el Eje Troncal de Bolivia (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) se evidencia el impacto negativo en el entorno cercano de la persona (Copa Uyuni, 2010). La presente investigación surge de la necesidad de comprender no solo la magnitud del problema a través de medios estadísticos, sino también contrastar estos datos con información referida a las trayectorias de vida de quienes transitan por los centros de tratamiento, rehabilitación y reintegración social en el año 2025.

Tradicionalmente, el abordaje de las adicciones en el contexto boliviano se ha centrado en la sustancia, ignorando la complejidad de la persona y sus perspectivas. Sin embargo, los datos actuales como los estudios del Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD) (ver: OBSCD, 2024, 2025a, 2025b), revelan una realidad multifacética, que demanda una investigación que cruce y analice el dato con el testimonio vivido para tener una lectura adecuada a la particularidad boliviana.

El presente estudio se propuso como objetivo general: “caracterizar a los pacientes en centros de tratamiento, rehabilitación y reintegración por consumo de drogas en Bolivia, analizando sus trayectorias desde el evento de primer consumo hasta la etapa de tratamiento, con el propósito de generar información para el fortalecimiento de estrategias de prevención, atención y reintegración social”.

A través de un enfoque metodológico mixto, se combina datos estadísticos propios con testimonios de vida y hablar en primera persona sobre su tránsito al consumo problemático de drogas, llegar o tomar tratamientos y visibilizar su futuro. Este estudio explora el ciclo completo del consumo problemático de drogas: desde el inicio en el entorno escolar y la influencia de pares, pasando por el colapso de la funcionalidad laboral y familiar, el ingreso a un centro de tratamiento, hasta la formulación de perspectivas futuras cargadas de esperanza, pero limitadas por la falta de políticas públicas integrales.

Entre los principales hallazgos surge la necesidad de construir una base de datos institucional de las principales organizaciones de cooperación que trabajan en las distintas formas

de tratamiento de estos pacientes, recabando información como: los servicios médicos que ofrecen para la desintoxicación; los servicios de tratamiento para la rehabilitación que tuvieran; los tipos de seguimiento que tuvieran para hacer un seguimiento de reinserción, entre otros. Otro hallazgo que resalta esta referido a este tema del seguimiento y sostenibilidad de la recuperación, ya que los centros que ofrecen un refugio basado frecuentemente en la disciplina y la espiritualidad, y las personas internadas identifican obstáculos estructurales que amenazan la sostenibilidad de su recuperación.

Factores como la falta de apoyo familiar, el estigma social y la precariedad económica postratamiento —donde el paciente a menudo sale con deudas y limitados recursos para emplearse (habilidades, conocimiento, capital social, entre otros)—, y estas limitaciones se erigen como muros que fomentan la reincidencia. Otro resultado es que el alcohol continúa siendo la principal "droga prevalente" con un alto porcentaje en los pacientes antes de su internación, mientras que la pasta base de cocaína y la irrupción de nuevas sustancias psicoactivas como el Tusi (afectando principalmente a adolescentes de 12 a 17 años) están reconfigurando los perfiles de ingreso a los centros. Esta dinámica evidencia que el sistema de rehabilitación se enfrenta a una "brecha generacional de toxicidad" para la cual no siempre está preparado.

El estudio con su análisis y presentación de la información se organizan de la siguiente manera: una primera parte donde se detallarán las bases y perspectivas que fundamentan el estudio como antecedentes, justificación, objetivos, marco normativo (nacional e internacional), estado de la cuestión, y, diseño metodológico. Dichos acápites toman importancia al momento de situar el estudio dentro del debate académico y perspectivas de análisis. Existe una segunda parte donde se organiza, sistematiza y analiza la información propia del trabajo de campo; primeramente contextualizando a la población involucrada viendo sus características demográficas y socioeconómicas; luego, los antecedentes de consumo problemático en la familia; las principales características del primer consumo de droga; las razones de este primer consumo; el desarrollo de un consumo problemático; viendo sus razones de reincidencia; escenarios de adicción; comportamientos de policonsumo de drogas; y su acceso y compra de drogas; pasando a un acápite importante referido a la afectación al entorno social cercano en un contexto de consumo problemático; considerando la reacción del entorno familiar; la reacción de entorno social cercano; luego el análisis dará el salto de esta cercanía contextual hacia una lectura tematizada tomando en cuenta las consecuencias del consumo problemático de drogas; los impactos negativos en la salud; otros perjuicios (económico, laborales, profesionales y sociales); considerando también el proceso de tratamiento, rehabilitación y reintegración; analizando temas relacionados a la toma de conciencia del consumo; internación en el centro de tratamiento; escenarios de síndrome de abstinencia; intenciones de fuga; y recaída en el proceso. Además,

el estudio tomó en cuenta las Perspectivas futuras de los pacientes, junto con expresiones relacionadas a la ayuda para evitar un consumo problemático.

Para finalizar se presentan ideas conclusivas sucintas para animar a una reflexión más amplia sobre esta temática compleja, en última instancia, este trabajo busca proponer lineamientos para una política pública que priorice la prevención y reintegración sistémica. El objetivo es que la rehabilitación en Bolivia deje de ser un proceso de aislamiento temporal y se transforme en una oportunidad real de reconstrucción personal con identidad, donde la persona recupere no solo su sobriedad y conciencia de sí, sino también a reencontrar su lugar en la familia, el trabajo y la sociedad.

PRIMERA

PARTE 01

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN



1. ANTECEDENTES

De acuerdo al *Informe Mundial sobre las Drogas 2024 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC),* la fabricación, el tráfico y el consumo de drogas continúan agravando la inestabilidad social y ampliando las brechas de desigualdad, además de provocar serios perjuicios a la salud, la seguridad y el bienestar de las poblaciones, por lo que es imprescindible ofrecer tratamientos y apoyo fundamentados en evidencia científica a quienes se ven afectados por el consumo de drogas; al mismo tiempo que se combate el mercado ilícito y se refuerzan significativamente las acciones de prevención. A nivel mundial, se estima que cerca de 64 millones de personas en el mundo padecen trastornos por el uso de drogas, pero solo uno de cada 11 recibe tratamiento; desagregando la cifra por sexo, aproximadamente uno de cada 7 hombres con trastornos por el uso de drogas recibe tratamiento, en cambio, en el caso de las mujeres la brecha de acceso es aún mayor, donde solo una de cada 18 mujeres con trastornos por consumo de drogas recibe tratamiento (UNODC, 2024).

En el contexto nacional, el *Programa País de la UNODC para Bolivia 2023-2027*, señala que el consumo, abuso y adicción de drogas constituyen un problema de salud pública. La ausencia de consumo contribuye al bienestar de las familias, las comunidades y los individuos. Por ello, el abuso y la adicción a estas sustancias deben ser tratados como enfermedades que requieren una atención integral por parte del Estado Plurinacional de Bolivia, en cumplimiento de la normativa vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y Reducción de la Demanda del Consumo de Drogas (p. 13).

En este marco, el OBSCD fue creado en marzo de 2017 como entidad desconcentrada dependiente del Ministerio de Gobierno, en el marco de la Ley N° 913. Conforme al artículo 41 de dicha Ley, el OBSCD tiene la función de recopilar, generar, procesar, analizar e interpretar información sobre seguridad ciudadana y delitos en todas sus manifestaciones, con el propósito de contribuir a la toma de decisiones y a la evaluación de políticas públicas.

Asimismo, la citada Ley, en su artículo 29, crea la “Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su Entorno”, integrada por el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Nacional de Educación y el Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana, y tiene como objetivo articular políticas, planes, programas, proyectos y acciones orientadas a coadyuvar en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, mediante la prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas, el tratamiento, la rehabilitación y la reintegración social.

En concordancia con estas disposiciones, el Decreto Supremo N° 3249, de 12 de julio de 2017, reglamenta la estructura, funciones y dependencia administrativa del OBSCD. En su artículo 4, inciso d), establece entre sus funciones realizar y promover encuestas, estudios e investigaciones sobre interdicción, control de sustancias, prevalencia de consumo de drogas y seguridad ciudadana a nivel nacional, departamental, regional, municipal e indígena originario campesino, con el propósito de caracterizar el consumo, el fenómeno delictivo y otras conductas que afecten negativamente a la seguridad ciudadana en el país.

En el ámbito de la planificación nacional, la *Estrategia Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas y Control de la Expansión de Cultivos de Coca 2021 – 2025*[1] establece, en su *Componente 3,* el "Diseño e implementación de la política integral de prevención de consumo de drogas en el ámbito de la salud, educación, familia y comunitario". Este componente comprende los Programas 3.1 "Prevención del consumo de drogas" y 3.2 "Tratamiento, rehabilitación y reintegración" (Consejo de Política Integral para la Eliminación del Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas, Coca Excedentaria y Prevención del Consumo de Drogas [CPI], 2021, p. 44).

El objetivo del Componente 3 mencionado es "desarrollar y promover programas, acciones integrales de prevención universal selectiva e indicada del consumo de drogas, con intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno", y, las instituciones responsables de la coordinación son: el Ministerio de Salud y Deportes; Ministerio de Educación; Viceministerio de Lucha Integral Contra el Narcotráfico a través de la Dirección General de Defensa Social y Lucha Contra el Narcotráfico; Dirección General de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Narcotráfico; Viceministerio de Seguridad Ciudadana y Prevención del Delito; Dirección General de Régimen Penitenciario a través del área de Salud Rehabilitación y Reinserción Social, y el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD).

En particular, el *Programa 3.2: Tratamiento, rehabilitación y reintegración*, que compete a este estudio, tiene como objetivo "establecer, promover, fortalecer el acceso a tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno, a nivel nacional y departamental, desarrollando modelos integrales y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente" (CPI, 2021, pp. 56-57), donde este programa se encuentra directamente relacionado con el objeto del presente estudio, en tanto aborda los procesos de

[1]. Como antecedente, se cuenta con: la Estrategia de Lucha Contra el Narcotráfico y Revalorización de la Hoja de Coca 2007 - 2010; Estrategia de Lucha Contra el Narcotráfico y Reducción de Cultivos Excedentarios de Coca 2011-2015; y la Estrategia de Lucha Contra el Narcotráfico y Control de Cultivos Excedentarios de Coca 2016-2020.

tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas afectadas por el consumo problemático de drogas.

El consumo de drogas puede derivar en trastornos de naturaleza multifactorial, que afectan el sistema nervioso y están estrechamente relacionados con problemas de salud, pobreza, violencia, comportamiento delictivo y exclusión social. Además, quienes los padecen suelen estar expuestos a riesgos psicosociales derivados de su edad, así como de factores de riesgo familiares, escolares, comunitarios y socioeconómicos, así como a condiciones de vulnerabilidad y exclusión social; desde esta perspectiva el análisis de las trayectorias de consumo permite aproximarse a la interacción de dichos factores y comprender los procesos que pueden conducir desde el inicio del consumo hasta patrones problemáticos y, posteriormente, al ingreso a servicios de tratamiento.

En este marco, de las cinco acciones planificadas para el cumplimiento del Programa 3.2, del Componente 3 de la *Estrategia Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas y Control de la Expansión de Cultivos de Coca 2021 – 2025*, el presente documento se enmarca en la acción ACP 3.2.5 “Elaboración y socialización de investigación respecto al tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno” (CPI, 2021, p. 63), constituyéndose en una contribución específica al cumplimiento de los objetivos establecidos en dicho programa.

La generación de esta evidencia se desarrolla, además, en un contexto de cooperación internacional orientado al fortalecimiento de las políticas sectoriales. En este marco, el 6 de diciembre de 2021 se suscribió el Convenio de Financiación Nº LA/2020/040-118 entre la Unión Europea y el Estado Plurinacional de Bolivia, mediante el cual se contemplan recursos destinados al Apoyo Presupuestario Sectorial (APS), a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y a la institución de cooperación correspondiente. El citado Convenio establece, en su Indicador 5, la elaboración de estudios y/o investigaciones que contribuyan a las políticas sectoriales enmarcadas en la *Estrategia Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas y Control de la Expansión de Cultivos de Coca*.

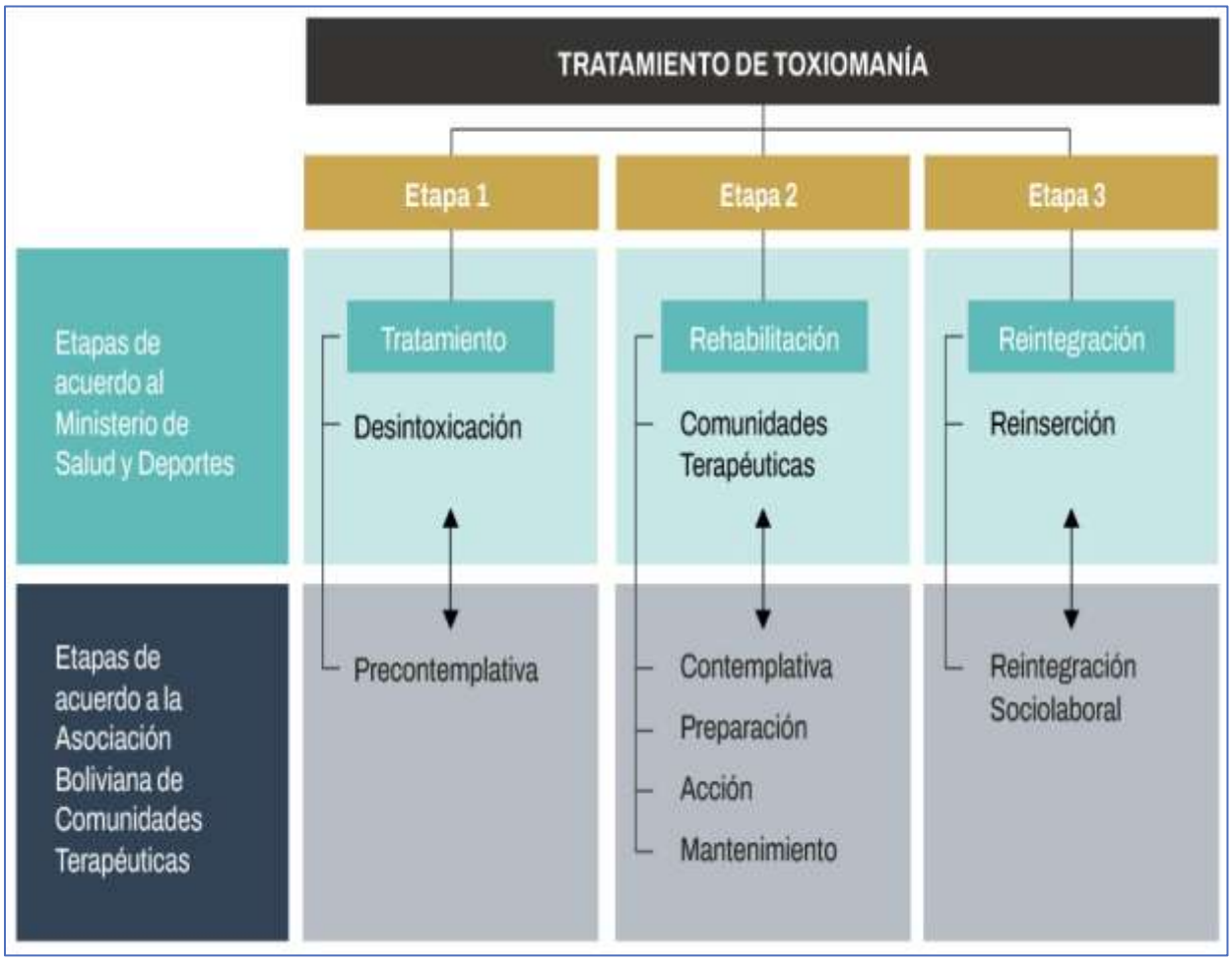
En este contexto institucional, estratégico y de cooperación, resulta pertinente analizar las características de las personas que acceden a los servicios de tratamiento y reconstruir sus trayectorias de consumo, desde el inicio hasta el ingreso y permanencia en estos servicios. Para la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), los centros de tratamiento comprenden instituciones terapéuticas, públicas o privadas, especializadas o no en

esta problemática, a las que acuden personas que demandan tratamiento por problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (CICAD, 2011, p. 8).

El tratamiento en estos centros contempla tres etapas, conforme a lo establecido por el Ministerio de Salud y Deportes y la Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas (ABCT):

Diagrama 1

Tratamiento por Consumo Problemático de Drogas



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información del Ministerio de Salud y Deportes y la ABCT.

- **Etapa 1: Tratamiento**

El **tratamiento** o etapa de desintoxicación[2] se entiende como un proceso estructurado orientado a reducir o eliminar el consumo de sustancias, manejar los síntomas del síndrome de abstinencia y favorecer la deshabituación.

- **Etapa 2: Rehabilitación**

La **rehabilitación** se concibe como la etapa de continuidad del tratamiento, enfocada en la recuperación funcional, emocional y social del paciente. Dentro de este proceso, las recaídas se reconocen como eventos posibles que forman parte del curso de la recuperación, siendo necesarias estrategias de acompañamiento, seguimiento y refuerzo terapéutico para prevenir nuevamente el consumo.

- **Etapa 3: Reintegración**

La **reintegración social** representa la fase en la que el paciente consolida los avances alcanzados, desarrollando capacidades para reinsertarse activamente en la vida cotidiana, familiar, comunitaria y laboral. Este proceso implica la reconstrucción del proyecto de vida, el fortalecimiento de redes de apoyo y la promoción de entornos libres de estigmas, que contribuyen a mantener la abstinencia y la estabilidad alcanzada.

En este marco normativo, estratégico e institucional, el presente estudio fue desarrollado con el propósito de generar evidencia técnica especializada que contribuya al fortalecimiento de las políticas públicas de reducción de la demanda, particularmente en los ámbitos de tratamiento, rehabilitación y reintegración social de personas con consumo problemático de drogas.

2. JUSTIFICACIÓN

El consumo problemático de drogas se considera un problema de salud pública a nivel mundial, de proporciones epidémicas que deriva en problemas de abuso en el consumo y dependencia, Esto repercute negativamente en el plano individual, relacional, socioeconómico, político y de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2021, como se citó en Medina et al., 2010, p. 84).

[2] . Según Becoña, "[l]a intoxicación es un estado transitorio que sigue a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol, en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas" (2002, pp. 50-51).

La magnitud del fenómeno se refleja en las cifras disponibles a nivel mundial: “[casi 292 millones de personas, o 1 de cada 18, consumieron una droga en 2022, el 20,0% más que diez años antes” y equivale al 5,6% de la población de 15 a 64 años (UNODC, 2024, s.p.). Dado que el consumo nocivo de drogas puede generar trastornos por consumo de drogas, se estima que, en 2022, más de 64 millones de personas (1 de cada 81) en todo el mundo padecieron un trastorno por consumo de drogas, lo que evidencia la magnitud de las necesidades de prevención, tratamiento y atención asociadas a esta problemática (Ibid.).

Según el Programa País para Bolivia 2023-2027 de la UNODC, desde 2017, se ha observado en el país, además de las drogas vegetales, la disponibilidad de drogas de diseño como: MDMA, LSD, hongos alucinógenos, éxtasis, fentanilo, ketamina mezclada con cocaína o MDMA que coloquialmente se denomina cocaína rosada. Esta oferta implica un riesgo latente que demanda la atención estatal (UNODC, 2022, p.11).

El consumo problemático de drogas es uno de los principales problemas de salud pública de los países “desarrollados”, implicando altos costos en términos económicos, como personales, familiares y sociales (Becoña, 2002, p. 15). Fernández y Weidberg (2016), mencionan, además del costo directo (sanitario), los costos indirectos: baja productividad, desempleo, pérdida de años de vida, entre otros; así como los costos intangibles, como el sufrimiento personal y familiar (p. 53).

Lievens et al. (2014) estimaron los costos asociados a los tratamientos orientados a los problemas de consumo de alcohol y drogas ilegales en la Unión Europea, concluyendo un costo total estimado de 7.600 millones de euros en tratamientos hospitalarios (como se citó en Fernández y Weidberg, 2016, p. 53), estas cifras permiten dimensionar no solo las consecuencias sanitarias del consumo problemático de drogas, sino también la carga económica que representa para los sistemas de atención.

En este contexto, en la Unión Europea, se estima que el 3,4% de las muertes de personas entre 15 y 39 años se debe a sobredosis por consumo abusivo de sustancias psicoactivas. Asimismo, el tabaco constituye una de las principales causas de muerte evitables (Fernández y Weidberg, 2016, p. 53).

Por tanto, el consumo de drogas, legales (alcohol y tabaco), e ilegales (marihuana o hachís, cocaína, drogas de síntesis, alucinógenos, heroína, etc.), tiene una alta prevalencia y alta incidencia en problemas para la salud y una importante morbimortalidad asociada a su consumo. No obstante, el impacto sanitario no se limita a la mortalidad, sino que comprende también

enfermedades, discapacidades y otras afectaciones a la calidad de vida (Institute for Health Policy, 1993, como se citó en Becoña, 2002, p. 19).

Así, según la *Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de Drogas* (ONU), en el mundo, el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas provoca: perjuicios para la salud; una ola de delincuencia, violencia y corrupción; la erogación de recursos humanos, naturales y financieros que en otras circunstancias habrían estado al servicio del desarrollo social y económico; la destrucción de personas, familias y comunidades; y la desestabilización de las estructuras políticas, culturales, sociales y económicas.

Según información de la UNODC correspondiente a 2018 en América Latina, se registró un 8,8% de personas con padecimiento de algún trastorno mental y de comportamiento por consumo problemático de drogas, de los cuales 1 de cada 8 personas recibían tratamiento. Además, la región se calificó como aquella en la que más se consume cannabis, seguido de los opioides, las anfetaminas y derivados y la cocaína (UNODC, 2020, como se citó en Medina et al., 2010, p. 85).

En Bolivia, el consumo de drogas y sus consecuencias sobre la salud pública representan un desafío creciente que requiere respuestas sustentadas en evidencia. Según informes internacionales (Programa País de la UNODC para Bolivia 2023-2027 y el Informe Mundial sobre las Drogas 2024), los trastornos por consumo de drogas han ido en aumento, afectando no solo a los individuos que las consumen, sino también a sus familias y comunidades. Sin embargo, en el contexto boliviano, existe una evidencia limitada sobre el perfil de los pacientes que ingresan a centros de tratamiento, los factores que inciden en su consumo y las barreras que enfrentan para acceder al tratamiento, rehabilitación y reinserción.

En términos normativos, este estudio se enmarca en las disposiciones establecidas por la Ley N° 913 de “Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas”, que orienta las acciones del Estado en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos por consumo de sustancias.

La Ley N° 913, *Ley de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas*, promulgada en 2017, en su artículo 29 crea la *Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno*, bajo la coordinación del Ministerio de Salud con el fin de: “… articular políticas, planes, programas, proyectos y acciones destinadas a coadyuvar en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, mediante la prevención integral de consumo de sustancias sicoactivas, tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes” (párr. II).

En este marco, el presente estudio se alinea con estos esfuerzos orientados a fortalecer la atención integral de las personas afectadas por el consumo problemático de drogas, ya que su análisis sobre los pacientes que acceden a centros de tratamiento permitirá generar insumos para la toma de decisiones basadas en evidencia, contribuyendo a una mejor articulación entre las instituciones responsables de la lucha contra las drogas y la salud pública en Bolivia.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Caracterizar las condiciones sociodemográficas y analizar las trayectorias de consumo de los pacientes en centros de tratamiento, rehabilitación y reintegración social por consumo de drogas en el eje troncal de Bolivia, examinando el proceso que va desde el inicio del consumo hasta la etapa de tratamiento, con el propósito de generar evidencia orientada al fortalecimiento de estrategias de prevención, atención integral y reintegración social.

3.2. Objetivos Específicos

1) Describir las características demográficas y socioeconómicas de los pacientes en centros de tratamiento, rehabilitación y reintegración social por consumo de drogas.
2) Describir las condiciones contextuales del inicio del consumo, incluyendo factores individuales, espaciales, relacionales y emocionales asociados al primer consumo.
3) Analizar los factores individuales, familiares y sociales que influyen en la progresión hacia un consumo problemático.
4) Analizar las consecuencias del consumo problemático en el entorno familiar, educativo, laboral, económico y social cercano.
5) Caracterizar la trayectoria del consumo problemático, considerando patrones de frecuencia, policonsumo, recaídas y acceso a tratamiento.
6) Analizar las experiencias relacionadas con el tratamiento, la rehabilitación y la reintegración social, incluyendo las expectativas y perspectivas futuras de las personas atendidas.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. Marco Normativo Internacional

a) Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes

En 1958, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas decidió convocar una conferencia de plenipotenciarios con el propósito de elaborar una Convención Única sobre Estupefacientes que permitiera consolidar y sustituir los principales instrumentos internacionales existentes en la materia, simplificar el sistema internacional de fiscalización de estupefacientes y fortalecer el control sobre las sustancias y materias primas utilizadas para su producción.

De esta manera, la Conferencia de las Naciones Unidas para la Aprobación de una Convención Única sobre Estupefacientes se efectuó entre enero y marzo de 1961. Entre sus resoluciones figura:

Resolución II. Tratamientos de los Toxicómanos:

La conferencia,

I. *Declara* que uno de los métodos más eficaces para tratar a los toxicómanos consiste en tratarlos en establecimientos en que no tengan acceso a los estupefacientes.
II. *Insta* a las Partes para las que la toxicomanía constituya un problema grave, y que cuenten con los recursos económicas necesarios, a proporcionar los servicios adecuados a tal fin.

Luego, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, en 1971, decidió convocar una nueva conferencia para examinar todas las enmiendas propuestas a la Convención de 1961 sobre Estupefacientes, la cual se realizó en marzo de 1972 y enfatizó la prevención de la toxicomanía, además reconoció que ésta ocurre con frecuencia en condiciones sociales y económicas deplorables, por tanto, recomendó a las partes:

1) Que tengan en cuenta el hecho de que la toxicomanía de estupefacientes es con frecuencia resultado de una atmósfera social malsana en la que viven quienes están más expuestos al peligro del abuso de los estupefacientes;
2) Que en todo lo posible combatan la difusión del uso ilícito de los estupefacientes;
3) Que desarrollen medios de diversión y actividades favorables a la salud física y psíquica de la juventud.

Finalmente, la Convención Única sobre Estupefacientes declara en el preámbulo que las partes (Estados) están “preocupadas por la salud física y moral de la humanidad” y que la toxicomanía “constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad”, por tanto, es “obligación combatir y prevenir ese mal”. En cuanto al consumo de estupefacientes, la Convención señala en el artículo 38, lo siguiente:

1) Las Partes prestarán atención especial a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, adoptarán todas las medidas posibles al efecto y coordinarán sus esfuerzos en ese sentido.
2) Las Partes fomentarán, en la medida de lo posible, la formación de personal para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso indebido de estupefacientes.
3) Las Partes procurarán prestar asistencia a las personas cuyo trabajo así lo exija para que lleguen a conocer problemas del uso indebido de estupefacientes y de su prevención y fomentarán asimismo ese conocimiento entre el público en general, si existe el peligro de que se difunda el uso indebido de estupefacientes.

b) Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

Este Convenio, reitera la preocupación por la salud física y moral de la humanidad y señala en su artículo 20:

I. Las partes adoptaran todas las medidas posibles para prevenir el uso indebido de sustancias psicotrópicas y asegurar la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, y coordinaran sus esfuerzos en este sentido.

c) Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, 1988

Esta vez, la Convención declara una profunda preocupación por la tendencia creciente de producción, demanda y tráfico ilícito de estupefacientes y psicotrópicos. En cuanto al tratamiento de consumidores frecuentes, señala en su artículo 14 que los Estados adoptarán medidas adecuadas para eliminar o reducir la demanda ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, contemplando las esferas de la prevención, tratamiento y rehabilitación.

d) Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de Drogas

Esta declaración aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1998, establece los lineamientos para prevenir el consumo de drogas y tratar a las personas que las consumen bajo el enfoque de reducción simultánea de demanda y de oferta, para desalentar el consumo, reducir las consecuencias sociales y sanitarias, facilitar la reinserción social de consumidores y brindar ayuda y acceso a los servicios; señala que: "las políticas y programas de reducción de la demanda de drogas deben dirigirse a todos los sectores de la sociedad".

Entre las acciones invocadas, se encuentran los programas de reducción de la demanda que:

"…deberán abarcar todos los aspectos de la prevención, desde desalentar el consumo inicial hasta reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas. Deberán incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social (IV. B. Tratamiento del problema)".

e) Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016

Aprobado por la Asamblea General de la ONU, se enmarca en la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, comprometiendo mitigar, antes de fines de 2030, a las personas que consumen droga, incluidos los consumidores de drogas por inyección. Para ello recomienda, entre otros:

- Alentar la participación voluntaria de personas con trastornos relacionados con las drogas en programas de tratamiento con consentimiento informado.
- Incluir entre los programas de prevención, tratamiento, recuperación, rehabilitación y reinserción social, medidas eficaces como programas de terapia asistida por medicación, destinadas a reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas para la sociedad y la salud pública.

f) Declaración Ministerial de 2019 (Comisión de Estupefacientes Viena)

Aquí, en cuanto se mencionan las iniciativas sobre la reducción de demanda de estupefacientes, se pide que éstas se basen en datos científicos que comprendan medidas de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación y reinserción social, sin discriminación, de conformidad con la legislación nacional. Iniciativas y medidas que tengan por objeto reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas para la salud pública y la sociedad.

4.2. Marco Normativo Nacional

En el ámbito nacional, la Constitución Política del Estado boliviano, garantiza el derecho y el acceso a la salud, sin exclusión ni discriminación.

a) Ley N° 913, "Ley de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas"

Promulgada en 2017, crea la *Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno* (coordinada por el Ministerio de Salud), con el fin dirigir y articular políticas, planes, programas, proyectos y acciones destinadas a coadyuvar en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, mediante la prevención integral del consumo de sustancias sicoactivas, tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes. La *Red de Prevención Integral* será conformada por instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro, que desarrollan actividades de prevención integral al consumo de sustancias sicoactivas; tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes e investigación científica sobre adicciones o sustancias sicoactivas, las cuales deberán registrarse y acreditarse, bajo regulación específica emitida por el Ministerio de Salud (art. 29).

b) Decreto Supremo N° 3434, Reglamento de la Ley de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas

De 2017, otorga atribuciones a la *Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno* (art. 65), entre las cuales se destacan: Validar y aprobar protocolos, manuales y guías de prevención integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno; Establecer mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional para la prevención integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno; Promover la articulación entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, así como con las entidades privadas sin fines de lucro; Coadyuvar en la generación de datos cualitativos y cuantitativos en reducción de la demanda de drogas, que orienten la Política.

c) Ley N° 259, "Ley de Control al Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas"

Promulgada en 2012, tiene como objeto "regular el expendio de bebidas alcohólicas, las acciones e instancias de prevención, protección, rehabilitación, control, restricción y prohibición" (art. 1). Respecto a las medidas de atención y rehabilitación por consumo de alcohol estipula en el artículo 11, que las Entidades Territoriales Autónomas, Instituciones Públicas y Privadas implementarán las siguientes medidas de atención y rehabilitación basada en la comunidad:

1) Fortalecer las Redes de Servicios de Salud y a las Comunidades Terapéuticas Especializadas, en cuanto a la capacidad de respuesta y atención del personal de salud, en lo que se refiere al tratamiento de la dependencia al alcohol.
2) Promover el fortalecimiento de instituciones específicas de rehabilitación, basadas en la comunidad a través de la conformación de grupos de autoayuda.
3) Diseñar e implementar programas, proyectos y acciones dirigidas a la rehabilitación y reinserción a su medio familiar, comunitario-social y sobre todo laboral y/o educativo, a través de centros psicosociales y psicopedagógicos.

d) Ley N° 3739, promulgada en 2007, establece:

- Artículo 1. Declarase la necesidad nacional la construcción, equipamiento, implementación y/o funcionamiento de Centros de Rehabilitación para niños, niñas, adolescentes y jóvenes alcohólicos y drogadictos en los nueve Departamentos.

- Artículo 2. Para la Programación, construcción e implementación y funcionamiento de los Centros de Rehabilitación se conformará una Comisión Interinstitucional entre representantes del Ministerio de Salud y Deportes, Prefecturas de Departamentos y Gobiernos Municipales.
- Artículo 3. Se encomienda al Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Deportes, a las Prefecturas de Departamento y a los Gobiernos Municipales, desarrollar acciones conjuntas a fin de gestionar y asignar financiamiento interno o externo para la construcción, equipamiento y/o funcionamiento de los Centros de Rehabilitación.

5. ESTADO DEL ARTE

A lo largo de los años se desarrollaron distintas investigaciones sobre la problemática de estudio, a continuación, se expone algunos de los principales aportes.

Consumo Problemático de Drogas y Centros de Rehabilitación en la Región

Según un estudio de las Naciones Unidas (2003) en la gran mayoría de países (desarrollados y en desarrollo), una de las mayores dificultades para abordar el tratamiento y la rehabilitación de drogodependientes es la falta de un registro claro y estandarizado que permitan conocer sus características y necesidades de atención. Este tema se problematiza aún más cuando se habla de los países del sur global, porque existen personas e instituciones de salud (público/privadas) que tienen serias dificultades en obtener medicamentos adecuados para los distintos tratamientos, por tanto, estos países se encuentran al borde de la inestabilidad (UNODC, 2025).

> *"…justo cuando la necesidad de inversiones es mayor, los Gobiernos se enfrentan a un aumento de la deuda, a presupuestos más ajustados y a una presión cada vez mayor por recortar el gasto. Los países de ingreso bajo son especialmente vulnerables. Varios países de ingreso alto están recortando los presupuestos destinados a la ayuda, lo que deja a muchos países del Sur Global sin acceso a tratamientos vitales y con sistemas de salud sobrecargados al borde del colapso (UNODC, 2025)".*

En este panorama, particularmente en América Latina, donde las condiciones económicas, sociales e institucionales presentan características propias, se han desarrollado diversos estudios orientados a comprender las respuestas frente al consumo de drogas y las características de las personas que acceden a servicios de tratamiento y rehabilitación. Estos

antecedentes permiten aproximarse al fenómeno desde diferentes perspectivas y constituyen un referente para analizar las particularidades del contexto boliviano.

Por un lado, Menéndez (2012) analizó las políticas que prohíben y limitan el consumo de drogas en el contexto latinoamericano. La crítica del autor se centra en señalar que las acciones estatales para frenar la adicción a estupefacientes no solo están mal aplicadas, sino que paralelamente estigmatizan a los consumidores asociándolos con los fabricantes de dichas sustancias ilícitas, por tanto, se los considera como delincuentes.

Además, el autor cuestiona la homogeneización de las políticas prohibicionistas, al desconocer las características particulares de cada país. Por ejemplo, la orientación político jurídica ha pretendido criminalizar tanto a los grandes carteles de la droga como a los consumidores, sin lograr diferenciar que ambos sectores cumplen distintos roles. Así también, señala, los "mecanismos de autocontrol social", generan intranquilidad en la población en general, produciendo la percepción de miedo e inseguridad hacia las propias esferas estatales las cuales deberían otorgar la sensación de protección y seguridad (Ibid.).

Ante este panorama, Menéndez propone lo que denomina "Políticas de reducción de daños". Dado que una de las principales debilidades es la legislación exageradamente punitiva sobre la portación y consumo de drogas, la propuesta plantea "cambios en la legislación y en las políticas sobre drogas que incluyan legalizar y despenalizar todas o por lo menos una parte de las drogas", esto en procura de "reducir hasta eliminar la penalización y persecución de los consumidores", evitando así, dice el autor, la discriminación y estigmatización de los consumidores (Ibid.).

En este sentido, existen estudios en Chile (CONACE, 2004), Argentina (SEDRONAR, 2018, 2019) y Paraguay (SENAD, 2005), donde cada gobierno, siguiendo sus particularidades, visibilizó la necesidad de tomar en cuenta tanto drogas ilícitas como lícitas, por ejemplo: consumo de alcohol y tabaco. Desde esta mirada amplia se observó un comportamiento regular entre la variedad de personas drogodependientes en rehabilitación. Ya que, según CONACE (2004) un 70,0% de sus pacientes declaran haber consumido más de una droga durante el momento cúspide de su adicción.

> *"…en la década de los '90, específicamente en el año 1993, con la elaboración de la Política y Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, cuando se define como área prioritaria, el beber problemático y consumo de drogas (CONACE, 2004, p. 50)".*

En Argentina de igual forma declara que estas sustancias lícitas están fuertemente ligadas, ya que:

> *"…se observa que el alcohol fue la sustancia más mencionada por la población encuestada (54,8%) y, en segundo lugar, la marihuana (41,6%). En menor medida, el 28,0% de la población refirió que la cocaína era una de las drogas que consumía en su época de mayor consumo y el 18,9% señaló al tabaco. Luego, el 15,5% declaró usar tranquilizantes en su época de mayor consumo (SEDRONAR, 2019, p. 28)".*

En Paraguay, donde se llegaron a censar 82 Centros de Tratamiento y Grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), y se vio el mismo comportamiento de combinar el uso de distintas drogas, entre lícitas e ilícitas, refiriéndose a un:

> "…referido consumo [de alcohol] por más de tres veces por semana, tabaco en un 46,1%, marihuana 25,7% y opiáceos 33,3%. Todos los pacientes que señalaron consumo de alucinógenos, reportaron que dicha práctica la realizaban varias veces a la semana (SENAD, 2005, p. 33)".

Por tanto, se evidencia que el comportamiento en la región ha cambiado, como Menéndez (2012) lo identificó anteriormente, en el que los consumidores ya tienden a tener otro tipo de tratos desde las entidades públicas y privadas en salud. Asimismo, los resabios de esta relacionalidad entre comercialización y producción de droga con los drogodependientes podrían ser los que aún prevalecen. Y tal vez por este estigma de crítica social repercuta a nivel institucional donde los centros de tratamiento tienden a ser reservados con la información interna. En este contexto, resulta pertinente conocer las características de los centros, sus modalidades de atención y las vías mediante las cuales las personas acceden a estos servicios.

En países como Argentina y Paraguay se ha prestado particular atención a los denominados "servicios de acceso directo"; estos servicios se encuentran en hospitales y centros médicos especializados, los cuales no ofrecen un tratamiento formal, sino que actúan como lugares importantes para tener un primer contacto con las personas afectadas. Esto puede considerarse como una política pública para la prevención y acción temprana. En el mejor de los casos, lo que se quiere es que estas instituciones de contacto tengan personal capacitado. Ya que:

> *"…la intervención es responsabilidad de los trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, educadores y otros profesionales afines, además de los técnicos en*

rehabilitación, supervisados por profesionales, quienes deben utilizar técnicas que apoyen la reinserción familiar, social, educacional y laboral. En este plano, se trabaja incluso en el cambio de hábitos relacionados con el ocio, el tiempo libre y la adquisición de una red de apoyo social que no esté relacionada con el anterior estilo de vida de la persona en tratamiento (CONACE, 2004, p. 11)".

Para Donmall, (2006), estos centros de tratamiento pueden encontrarse en locales médicos o no, especializados o generales. La cuestión es que estas instituciones buscan (desde sus posibilidades) establecer alianzas para tener alguna notoriedad local para realizar estos servicios. Un nicho importante es su vinculación con distintas unidades de desintoxicación, comunidades terapéuticas, centros de orientación y centros de primeros auxilios. El reto, para el autor, es establecer líneas institucionales de comunicación y trabajar en la actualización periódica de una lista de prestaciones de servicios que ofrecen estos centros de tratamiento.

Sobre el tema, Naciones Unidas (2003) menciona que:

"Con frecuencia esos servicios son administrados por organizaciones no gubernamentales con la intervención de iguales y pueden comprender las siguientes actividades: • Apoyo inmediato, es decir, sin que las personas tengan que solicitar consulta, a fin de brindar información y orientación (entre otras cosas, sobre atención de la salud, cuestiones jurídicas, vivienda, empleo y capacitación etc.) y prestar servicios básicos de supervivencia; • Actividades de acercamiento y orientación en la comunidad; servicios de prevención de la transmisión de virus por la sangre, entre ellos, educación, asesoramiento e intercambio de jeringuillas y agujas, y educación en materia de prevención de sobredosis; Servicios de asesoramiento general con cita previa; Líneas telefónicas de ayuda para brindar orientación con carácter anónimo y confidencial; Información para la remisión de casos y actividades de promoción; Grupos de autoayuda; Grupos de apoyo a la familia; Servicios de postratamiento y apoyo en la comunidad en general (Naciones Unidas, 20003, p. 38)".

A fin de cuentas, y como muchos estudios concuerdan, esta compleja problemática se entrelaza con una variedad de factores (internos, externos y coyunturales) con una variedad de actores sociales (situación socioeconómica, creencias culturales, perspectivas de su realidad y otros). Pero el punto medular de varios de los estudios revisados concuerda en la necesidad de saber más sobre estos centros de tratamiento y las particularidades de sus pacientes. Por esto, cobra especial importancia el saber local desde los actores, sus trayectorias y ver posibilidades de futuro.

Centros de Rehabilitación y Modelos de Rehabilitación en Bolivia

Respecto a métodos de tratamiento para consumidores problemáticos de drogas, Borelli y Pinto (2006) proponen vincular métodos terapéuticos diferenciados para la elaboración de propuestas técnicas de intervención. Este método fue aplicado a partir de una experiencia desarrollada en la institución "Centro de Rehabilitación", ubicada en la ciudad de La Paz-Bolivia; el tratamiento que ofrece este centro está dividido en: "casa de acogida, comunidad terapéutica y reinserción social". Este modelo tiene como principal soporte no solo la integración de los diferentes actores involucrados en "una sola familia", sino que está abierto a incorporar nuevos sistemas sociales partiendo de los criterios que ofrece el modelo sistémico cuyo principio es "que cualquier persona esta inserta en un contexto, a este contexto se le llamara sistema" (Borelli y Pinto, 2006, p. 20).

La necesidad de fortalecer este modelo, señalan los autores, radica en el vertiginoso aumento del consumo de sustancias psicoactivas, pero también en las rehabilitaciones que resultaron fallidas donde el consumidor recae en el consumo de las drogas. En este sentido, según el Registro Nacional de Centros de Tratamiento y Rehabilitación (2005) hay un 24,0% de éxito y un 8,9% de recaídas" (Ibid., p. 21). En este marco, la prioridad es potenciar el modelo sistémico para un mejor desarrollo del proceso de rehabilitación.

En relación con el modelo implementado en el Centro de Rehabilitación, existen varias coincidencias con el modelo sistémico, una de estas similitudes tiene que ver con el objetivo común para el proceso de rehabilitación que ofrece, se busca que el rehabilitado al momento de reinsertarlo a la sociedad no sufra ningún rechazo, no solo se trata de preparar al involucrado sino también a la misma sociedad que esta inserta en un determinado contexto (sistema) al cual se lo denomina "familia" (Ibid., p. 32). Como en todo sistema, esta familia "ampliada", tiene jerarquías, donde además existen roles y funciones específicas a cumplir. Pero también debemos hacer énfasis en los límites que "están constituidos por reglas que definen la participación, dónde, cómo, cuándo y quiénes; siendo la función del límite, proteger la diferenciación del subsistema". Es de esa manera que se pueden clarificar las tareas que cumple cada subsistema de la institución (Centro de Rehabilitación), "desde la parte administrativa, hasta los residentes; las funciones que se desempeñan están establecidas, permitiendo que los pacientes desarrollen sus funciones sin interferencias" (Ibid.).

Para las Naciones Unidas (2003), este tipo de modelo sistémico se refiere a lo que se conoce como "tratamiento estructurado", entendiéndose como un tratamiento basado en formalizar una serie de pasos, pensados desde la particularidad de los casos, considerando

temas como la desintoxicación, uso de fármacos, servicios de asesoramiento, calendarios de sesiones educativas y/o terapéuticas, y valoración de los círculos sociales cercanos.

Como bien lo señalan los autores Borelli y Pinto (2006), el objetivo de abordar a la familia como sistema es ver el funcionamiento orgánico de los “limites, valores y reglas” impulsando el bienestar y desarrollo de los pacientes para superar su consumo problemático de drogas. Sobre esto, se debe considerar que, en varios de los casos, estamos hablando de poblaciones vulnerables, como lo define Ríos, (2015) para el caso de La Paz: “La población es definida como vulnerable […] [como:] los niños, los adolescentes, jóvenes y adultos que cumplen diferentes roles a desempeñar todas las dificultades del problema de la familia” (p. 31).

Otro trabajo pertinente para el presente estudio es el de Gloria Rose (s.f.), que tiene como finalidad dar a conocer la realidad de los consumidores de drogas y el trabajo institucional para afrontar esa problemática. Con el objeto de brindar un panorama general, la autora recurre a un conjunto de estudios que revelan datos sobre el comportamiento del consumo de drogas; algo llamativo, por ejemplo, son los tipos de drogas que se consumen en Bolivia. Así, entre los años 2000, 2005 y 2010 la marihuana (cannabis) es la droga más consumida, seguidamente se encuentra el clorhidrato de cocaína entre otros estupefacientes (Rose, s.f.).

Uno de los estudios al que recurrió Rose fue el informe de Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Droga (CONALDIT), actual Dirección de Apoyo a la Prevención del Consumo de Drogas, Control del Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas y Coca Excedentaria (DIPREVCON), que en el año 2007 realizó la investigación sobre la prevalencia del consumo de drogas en diez ciudades de Bolivia. Entre los resultados que más llamó la atención es el elevado consumo de alcohol, una droga de consumo lícito, “…aproximadamente tres de cada cuatro personas en el país (76,0%) refieren haber consumido alcohol alguna vez en su vida” (Rose, s.f., p. 5). Seguidamente, se encuentra el cannabis como la segunda droga de mayor consumo en Bolivia.

En cuanto a grupos etarios se refiere, la población joven (quizá la más propensa al consumo de drogas) fue tomada en cuenta por la Comunidad Andina para la realización de un estudio sobre el consumo de drogas en esta población. Con una muestra representativa de 158.000 estudiantes universitarios, los resultados indican que la droga de mayor consumo entre los jóvenes es la marihuana: “un 3,4% declaró haber usado marihuana alguna vez en el último año (5,1% en los hombres y 2,3% entre las mujeres)”. La edad promedio de consumo es de 19 años. En cuanto a la cocaína se refiere, “[u]n 0,1% de los universitarios indicó haber consumido

pasta básica de cocaína durante el último año", con la misma edad promedio de consumo de inicio de 19 años (Rose, s.f.).

Un aspecto importante del trabajo de la autora es el análisis de las acciones estatales orientadas para tratar este problema y que se encuentran ubicadas sobre todo en el ámbito de la prevención. Concretamente hablando del Viceministerio de Lucha Integral contra el Narcotráfico, esta institución puso en práctica algunas estrategias como ser el plan de prevención, tratamiento y reinserción de personas con consumo problemático de drogas; y el fortalecimiento del enfoque preventivo en los municipios.

Según Rose (s.f.), una debilidad del Estado es la falta de coordinación entre el Ministerio de Gobierno y el Ministerio de Salud y Deportes para desarrollar labores conjuntas en el tema de la prevención. Además, señala el desequilibrio presupuestario, siendo el Ministerio de Salud y Deportes el más perjudicado; entre 2007 y 2009, según la autora, esta entidad no recibió un presupuesto específico para financiar programas de tratamiento y prevención. Por otro lado, según un informe de la OEA, se llegó a evidenciar que en Bolivia no existe un dato exacto sobre la cantidad de centros de rehabilitación para drogodependientes. Asimismo, resulta inquietante la ausencia de datos sobre el número de casos que fueron atendidos en instituciones especializadas que se dedican al tratamiento del consumo de drogas.

Otro estudio que se aproxima a la situación de consumo de drogas en niñas, adolescentes y jóvenes mujeres en situación de calle en los departamentos de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto fue desarrollado por Pérez *et al.* (2024), uno de los principales argumentos de este trabajo es la vulnerabilidad que sufre la población femenina al verse expuesta no solo a vivir en la calle, sino también a otros peligros como el consumo excesivo de sustancias psicoactivas. Entre los resultados, se revela que las niñas y adolescentes mujeres en situación de calle no necesariamente muestran un aspecto físico y estético descuidado, al contrario, según esta investigación, "muchas menores de edad en situación de calle ahora procuran vestir mejor, lucir más alineadas y prolijas, con cortes y peinados modernos, gafas de sol, ropa y zapatillas nuevas" (Pérez et al*.,* 2024, p. 4). Además, poseen celulares inteligentes con acceso a redes sociales, por lo que cuentan con acceso a la tecnología. Los espacios de interacción preferidos que frecuenta esta población son bares, discotecas y lenocinios. Ahora bien ¿cuáles son los medios económicos que utilizan estas jóvenes para sobrevivir? La respuesta tiene diversas connotaciones: "Van desde el trabajo vendiendo golosinas (dulces o cigarrillos), limpiando parabrisas, lavado o cuidado de autos, ayudando en mercados, la mendicidad, la violencia sexual comercial, además de prácticas ilegales como el robo, hurto, asaltos y microtráfico de drogas" (Ibid., p. 6).

Respecto al consumo de psicoactivos en jóvenes de situación de calle, afirma Pérez y otros, la combinación entre el consumo de sustancias y la libertad que otorgan las calles provocan en las jóvenes una predilección por la calle. La clefa constituye, según los autores, una de las sustancias de consumo preferidas en este sector de la población; se ha convertido en el psicoactivo más barato y probablemente más accesible porque se lo vende libremente, empero, las consecuencias que la inhalación de esta sustancia provocan en la salud suelen ser nocivas. “Los educadores de las instituciones que trabajan con esta población refieren que con el transcurrir del tiempo, las menores presentan un deterioro significativo de los procesos cognitivos, aletargamiento y dificultad en el habla” (Ibid., p. 8). Paralelamente, una de las consecuencias más negativas que presentan las jóvenes en situación de calle, según los autores, es la violencia. Por ejemplo, la violencia sexual comercial prácticamente es naturalizada, varias de ellas fueron incitadas a cometer delitos de proxenetismo introduciendo en este mundo a nuevas jóvenes, y esto tiende a convertirse en una constante puesto, que estas nuevas muchachas ejercitan esta práctica para reclutar a otras menores. Esta rutina suele estar acompañada de agresiones físicas y psicológicas, lo cual provoca trastornos emocionales que terminan en intentos de suicidio.

Por otra parte, Carretero (2010) se concentra en la *resiliencia*, como concepto para denotar la capacidad de afrontar el problema del consumo problemático de drogas. Para esto, señala, se debe pasar por un proceso de normalización de la vida cotidiana, es decir, que pese a que la persona atravesó por experiencias negativas fue capaz de normalizar su vida y estabilizarla. El autor expone los modelos de estudio sobre la resiliencia, estos se encuentran divididos en modelos centrados en variables y en personas. Respecto al primero, se tiene como prioridad “medir el grado de adversidad, y estudian las variables que aparecen en estas situaciones de adversidad, y cómo los individuos se enfrentan a estas situaciones, estudiando qué habilidades o capacidades se emplean para compensar esta situación de adversidad” (párr. 24); asimismo, se pueden encontrar distintos tipos de modelos centrados en variables como ser los modelos sumativos que consisten en incrementar los factores protectores a objeto de reducir la cantidad de factores de riesgo.

En cambio, los modelos centrados en la persona se ocupan de estudiar la evolución de la conducta resiliente en los diferentes grupos de personas con el objetivo de conocer las diferencias entre individuos que viven en entornos adversos y los que atraviesan por situaciones normales (Carretero, 2010). La finalidad de estos modelos es conocer cuáles son las diferencias entre personas resilientes y aquellas que no tienen conductas resilientes. De igual modo existen diferentes tipos de modelos de estudios centrados en las personas que son el estudio de casos de personas resilientes, la comparación entre dos subgrupos con alto grado de adversidad y la

comparación entre cuatro subgrupos. Quizá la más interesante es la segunda puesto que pretende “identificar las diferencias individuales entre las personas resilientes, que logran normalizar su vida después de vivir en una situación de adversidad, y las personas que, viviendo en esa misma situación de adversidad, no consiguen normalizar su vida, o sus conductas son consideradas como inadaptadas o inadecuadas” (párr. 34).

Carretero (2010) sostiene que, ningún factor ambiental o variable personal es suficiente para producir resiliencia, concluye señalando que cada persona es estrictamente responsable de su situación, es decir, que de ella misma parte la iniciativa de remontar su situación. Sin embargo, esto no se desarrollará de manera general o conjunta en razón a que cada persona tiene sus propias particularidades que se diferencian de otras.

Al respecto, Tarazona y Sierra (2019), clasificaron los niveles de resiliencia en el tratamiento y rehabilitación de personas drogodependientes, para ello, se tomó una muestra de 60 pacientes y cuatro profesionales de la Comunidad Terapéutica “Camino a La Paz”, con sede en Ecuador. Partiendo del criterio de que drogadicción y resiliencia se encuentran estrechamente relacionadas, puesto que de la etapa de consumo problemático de drogas se busca pasar a la fase de resiliencia para una pronta recuperación de la persona, esto depende del nivel de autoayuda que el drogodependiente tiene, “las personas con poca resiliencia tienen constantes recuerdos de las situaciones adversas y estresantes que le causan dolor e inestabilidad psicológica” (Tarazona y Sierra, 2019, p. 5). En función a los resultados, Tarazona y Sierra muestran que de los 60 pacientes que se tomaron como muestra, el 32,0% tenía altos niveles de resiliencia, el 53,0% un nivel de resiliencia medio y un 15,0% un nivel de resiliencia bajo (Ibid.).

Estos resultados muestran que el 85,0% de los pacientes evaluados presentó niveles medio o alto de resiliencia, los autores relacionan estos niveles con mejores condiciones para afrontar situaciones adversas y establecer relaciones sociales; sin embargo, no corresponde concluir directamente que este porcentaje tenga “buenas perspectivas de recuperación” únicamente a partir del nivel de resiliencia, debido a que esta variable constituye solo uno de los posibles factores asociados al proceso terapéutico. En cuanto al 15,0% que presentó un nivel bajo, los autores señalan que estos pacientes se encontraban en una situación de mayor vulnerabilidad y que presentaban dificultades asociadas a experiencias traumáticas y adaptación al proceso terapéutico. Según los autores, este grupo “pertenece a los pacientes que tienen entre uno a dos meses integrados a la comunidad terapéutica, se encuentran aún débiles y vulnerables, con ideas irracionales y experiencias traumáticas aun no superadas, estos pacientes están en la etapa de precontemplación” (Tarazona y Sierra, 2019, p. 13).

En tanto, los pacientes que tienen un nivel de resiliencia promedio y que llevan 3 meses en adelante internados, según los autores, tienen adaptabilidad al cambio superando dificultades, “están en la etapa de contemplación y preparación”. Finalmente están los pacientes con altos niveles de resiliencia que son los que se destacaron por cumplir con el procedimiento final del tratamiento, quienes se encuentran entre la etapa de acción y mantenimiento.

6. MARCO CONCEPTUAL

En este apartado, se definen los principales conceptos vinculados al análisis objeto de estudio. Para ello, se inicia ahondando sobre el término de “droga”, el cuál es un término transversal a lo largo del documento; posteriormente, se construye la definición de “consumo problemático de droga”; luego, se define el concepto de “trayectoria de consumo”; finalmente, se precisan las etapas de tratamiento del consumo problemático de drogas en centros especializados del país, estas son: tratamiento, rehabilitación y reintegración.

6.1. Droga

En la *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*, precisamente, se emplea el término **“estupefacientes”** para señalar a cualquier sustancia natural o sintética incluida en las Listas I y II del documento. Estas Listas son sujetas de modificación según la posibilidad de un uso indebido y los efectos nocivos que pueda implicar su consumo. Sin dar mayor especificación, el término genérico de “estupefaciente” se mantuvo en la enmienda al Convenio realizada en 1972.

En 1971, el *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas*, realza el término “sustancia sicotrópica”, que es “cualquier sustancia, natural o sintética, o cualquier material natural de la Lista I, II, III o IV” del Convenio (art. 1, inc. e). No obstante, más adelante señala que una Comisión podrá agregar una sustancia a las Listas I,II, III o IV según información reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), encargada de comprobar que la sustancia produzca: un estado de dependencia; estimulación, depresión del sistema nervioso central, alucinaciones, trastornos de la función motora, del juicio, del comportamiento, de la percepción, del estado de ánimo, o un uso indebido análogo y efectos nocivos parecidos a los de una sustancia ya incluida en las Listas (art. núm. 4, 5).

Posteriormente, en 1988, la *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas* reitera las definiciones de “estupefaciente” y “sustancia sicotrópica” establecidas en la *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre*

Estupefacientes y en el *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas* de 1971*,* manteniendo la distinción jurídica entre ambas categorías dentro del sistema internacional de fiscalización.

En 1988, la *Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas* emplea la expresión "reducción de la demanda de drogas" para describir las políticas y programas encaminados a reducir entre los consumidores la demanda de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Es decir que, aquí el término **"droga"** incluye a los anteriormente denominados "estupefacientes" y "sustancias sicotrópicas". Asimismo, la *Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de Drogas* (1998) hace mención a los estupefacientes y sustancias sicotrópicas como *drogas*, al igual que la Declaración Ministerial de 2019, la cual menciona como problema el "consumo de drogas". Asimismo, es importante mencionar que, en 1997, se crea la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), dado que, desde el nombre, el organismo se enfoca en el término de "droga" en lugar de "estupefacientes" o "sustancias sicotrópicas".

Por su parte, la OMS define a las "drogas psicoactivas" como:

> *"Sustancias que, al ingerirse o administrarse en el organismo, afectan los procesos mentales, como la percepción, la consciencia, la cognición o el estado de ánimo y las emociones. Las drogas psicoactivas pertenecen a una categoría más amplia de sustancias psicoactivas que también incluye el alcohol y la nicotina[3]".*

Si bien la OMS añade el término "psicoactivo" al concepto de *droga*, aclara que lo "psicoactivo" no necesariamente produce dependencia, y que este término es usualmente omitido, mencionándose solo la palabra *"droga".*

En Bolivia, la Ley N° 1008, *Ley de Régimen de la Coca y Sustancias Controladas*, de 1988, define las "*sustancias controladas"* como las sustancias peligrosas o sustancias fiscalizadas, los fármacos o drogas naturales o sintéticas consignadas en las listas I, II, III, IV y V [de la Ley]" (art. 33, inc. a). Además, define la "droga o fármaco" como "toda sustancia capaz de alterar las estructuras o las funciones corporales, psíquicas, fisiológicas y/o biológicas, ocasionen o no dependencia y/o tolerancia" (art. 33, inc. b).

A partir de estas referencias, es posible afirmar que las fronteras de significado entre los términos "estupefaciente", "sustancia sicotrópica" o "droga" son muy permeables y, podría

[3] Revisado el 5/12/25. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/drugs-sychoactive#tab=tab_1

decirse, hasta semejantes, puesto que comparten elementos comunes en su definición como lo referido a una sustancia natural o sintética o los efectos nocivos resultantes de su consumo. Quizá el debate semántico pueda centrarse en el hecho de que el consumo del estupefaciente, sustancia sicotrópica o droga tenga, o no, que producir un estado de dependencia según las definiciones antes expuestas. No obstante, es claro que el uso de estos conceptos también responde a contextos históricos, pasando del uso de la palabra “estupefaciente” en la década de 1960 a “sustancia sicotrópica” por la década de 1970 y, finalmente “droga”, desde fines de la década de 1980. La misma Ley N° 1008 de Bolivia responde a su contexto histórico internacional, con la diferenciación de que la definición de “droga” es compartida con el término “fármaco”.

Para el presente estudio se opta por el uso del concepto de *droga* como categoría general y de uso transversal, siendo el término más actual, derivado de acuerdos internacionales y, a la vez, conforme a la legislación nacional. De esta manera, se define a la *droga* como cualquier sustancia natural o sintética cuyo consumo produce alteraciones en los procesos mentales o físicos, tales como: la percepción, la consciencia, la cognición o el estado de ánimo y las emociones, las funciones corporales, fisiológicas y/o biológicas, ocasionen o no dependencia y/o tolerancia. Podrá notarse que esta definición construida se alimenta de los convenios y declaraciones internacionales, de la definición brindada por la OMS y la Ley N° 1008 de Bolivia.

6.2. Consumo Problemático de Droga

El consumo problemático de drogas constituye un fenómeno complejo y multifactorial, determinado por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que afectan la salud física, mental, familiar y comunitaria de las personas. El inicio del consumo puede responder a diversas motivaciones, como la curiosidad, la presión social, la búsqueda de placer o la evasión de la realidad; y su desarrollo depende de la frecuencia, cantidad, tipo de sustancia y vía de administración (oral, inhalada, fumada, esnifada, inyectada, entre otras). Estos factores inciden directamente en el grado de dependencia y en los daños físicos, psicológicos y sociales que se producen.

El consumo problemático de droga fue considerado desde los primeros convenios internacionales, pero bajo diferentes paraguas conceptuales. Así, la *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación*, en su Resolución II utiliza expresiones como “toxicomanía” y el “tratamiento de los toxicómanos”, pero también establece medidas contra el “uso indebido de estupefacientes” (art. 38).

Posteriormente, la *Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas* (1998) menciona el "uso indebido de estupefacientes y las sustancias sicotrópicas". Luego, en el *Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas* (2016) y en la *Declaración Ministerial de 2019* se usa la expresión *"uso indebido de drogas".*

Por su parte, el *Informe Mundial sobre las Drogas 2024* de la UNODC define en su glosario a los "*consumidores de drogas problemáticos"* como:

> *"[P]ersonas que consumen drogas con un alto grado de riesgo. Por ejemplo, las personas que se inyectan drogas, las que consumen drogas diariamente o las que padecen trastornos por consumo de drogas (consumo nocivo o drogodependencia) diagnosticados sobre la base de los criterios clínicos contenidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (quinta edición) de la American Psychiatric Association, o en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (décima revisión) de la OMS [énfasis propio] (UNODC, 2024)".*

Asimismo, la UNODC define el "*consumo nocivo de sustancias"* como un concepto definido en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* (décima revisión) para referirse a un patrón de consumo que causa daño a la salud física o mental (UNODC, 2024). Esta diferenciación resulta relevante para el presente estudio, debido a que no todo consumo de drogas constituye necesariamente un consumo problemático ni implica la existencia de dependencia o de un trastorno por consumo de sustancias. Por tanto, el concepto de consumo problemático debe entenderse en función de la presencia de patrones de consumo de mayor riesgo, consecuencias adversas o afectaciones significativas en la salud y en el funcionamiento individual y social.

Ahora bien, una de las fuentes que refiere la UNODC es el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 5ta edición (DSM-5), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés). Este manual incorpora un capítulo denominado "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos", en el que señala:

> *"Todas las drogas que se consumen en exceso producen una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos. Esta activación del sistema de recompensa es tan intensa que*

incluso se descuidan las actividades normales[4]. En vez de obtener dicha estimulación a través de comportamientos adaptativos, las drogas de abuso activan directamente las vías de recompensa. Los mecanismos farmacológicos por los que cada clase de droga produce la recompensa son diferentes, aunque generalmente las drogas activan el sistema y producen sentimientos de placer, denominados frecuentemente 'subidón' (APA, 2014, p. 481)[5]".

Por otro lado, se encuentra el concepto de drogodependencia que, según la OMS, es:

"El estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: i) el deseo dominante para continuar consumiendo la droga y obtenerla por cualquier medio; ii) la tendencia a incrementar la dosis de la droga; iii) la dependencia física y generalmente psíquica; y, iv) la presencia de efectos nocivos para el individuo (consumidor) y para la sociedad (como se citó en UNODC, Ministerio de Gobierno, 2015, p. 28)".

Sin embargo, existen posiciones que señalan que el término "drogodependencia" tiene una carga peyorativa, puesto que este se asocia a la drogadicción; es decir, que la persona que consume drogas de manera compulsiva es "drogadicta". En contraste, otra alternativa conceptual fue usar un término más neutro como ser la "la farmacodependencia", comprendida como la dependencia física y psíquica de los fármacos (Becoña, 2010)[6].

En la legislación nacional, la Ley N° 1008 define la "dependencia química o farmacodependencia", el cual es "el estado psíquico y/o físico, debido a la interacción entre el ser humano y la droga, natural o sintética, que se caracteriza por alteraciones del comportamiento y otras reacciones causadas por la necesidad y el impulso de ingerir la droga natural o sintética, en forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus defectos y a veces para evitar el malestar producido por la privación de la misma" (art. 33, inc. f). Esta definición resulta pertinente para el presente estudio, aunque corresponde distinguirla del concepto más amplio de

[4] . Según Becoña (2002), estos trastornos son incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados como la intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (p. 21).

[5] . A la vez, la APA menciona que dichos trastornos relacionados con sustancias se relacionan con el consumo de: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (tipo anfetamina, cocaína y otros), tabaco y otras sustancias. Paralelamente, también el capítulo referido incluye el juego patológico, debido a la evidencia existente de que el juego patológico activa sistemas de recompensa similares a las drogas y produce conductas semejantes a las de trastornos por consumo de sustancias (APA, 2014, p.481).

[6] Becoña (2002) argumenta que, técnicamente se suele usar "dependencia de drogas" o de "dependencia de sustancias".

consumo problemático de drogas, dado que la dependencia constituye una de las posibles manifestaciones de un patrón de consumo de riesgo.

Becoña diferencia los términos de *uso, abuso y dependencia.* Se hace *uso* de una droga cuando el consumo es esporádico y no implica consecuencias negativas en el consumidor; el *abuso* cuando hay un consumo continuado de droga con consecuencias negativas; y la *dependencia* es el uso excesivo de una sustancia, con consecuencias negativas significativas en un periodo largo de tiempo (Becoña, 2002, p. 47).

En este sentido, queda clara que la noción del consumo problemático de drogas parte del reconocimiento de que determinados patrones de consumo pueden generar efectos y consecuencias adversas en la persona y en su entorno. Este problema ha recibido varias denominaciones, entre ellas: toxicomanía, uso indebido de estupefacientes, uso indebido de sustancias sicotrópicas, uso indebido de drogas, consumidores de droga problemáticos, consumo nocivo de sustancias, drogodependencia, dependencia química, farmacodependencia, adicción[7], entre otros. Lo cierto es que estas denominaciones comparten elementos en común al hacer referencia a los efectos dañinos para el consumidor como para la sociedad.

Para el presente documento, se optó por emplear el concepto de *consumo problemático de drogas*, por considerarlo un término de uso actual que permite abordar de manera amplia los patrones de consumo que generan consecuencias adversas para la persona y su entorno, sin limitarse exclusivamente a la presencia de dependencia, reconociendo que presenta muchas similitudes con los denominativos anteriormente mencionados permitiendo integrar distintas manifestaciones y grados de afectación asociados al consumo de drogas. Dicho esto, para efectos del presente estudio, **consumo problemático de drogas** se define como:

El consumo excesivo de droga autoadministrada de forma continua, periódica, frecuente o crónica, cuyos síntomas o estados como la intoxicación, tolerancia, dependencia o síndrome de abstinencia producen en el consumidor cambios de comportamiento orientados a: satisfacer el deseo, necesidad o impulso dominante de reiterar el consumo de droga e incrementar la dosis de droga administrada; esto con el fin de volver a experimentar sus efectos o evitar efectos adversos producto de la dependencia física y/o psíquica generada, resultando como consecuencia en el consumidor un efecto incapacitante en el ámbito personal, físico, familiar, laboral y social.

[7] Según la Asociación Americana de Psicología (APA) la adicción es: "una condición en la que el cuerpo debe consumir una determinada sustancia para evitar síntomas de abstinencia de carácter físico y psicológico" (American Psychological Association, 2015, como se citó en Fernández y Weidberg, 2016, p. 52).

6.3. Trayectoria

Otro concepto fundamental para la presente investigación, es el tema de la **trayectoria**. Una primera aproximación sobre este concepto es sustentada por Eugenia Roberti, quien considera a las trayectorias como “resultantes de interacciones complejas que integran tiempos históricos, sociales y biográficos” (Roberti, 2017, p. 328). El enfoque que esta autora le da a la trayectoria se constituye en una “revalorización de la dimensión biográfica” y su integración con el contexto sociohistórico, es decir, se produce la imbricación de los niveles subjetivos (biografía) con los niveles objetivos (estructuras), además señala que en las trayectorias intervienen “temporalidades externas” o “momentos de inflexión” que hacen referencia a momentos especialmente significativos de cambio y ruptura.

Otro abordaje, similar, sobre trayectorias que es pertinente para esta investigación es el planteado por Pierre Bourdieu. El autor sostiene que el curso de vida de una persona no puede ser comprendida de manera lineal, es decir, estrictamente asociada al individuo y sus orígenes. Esta crítica a la corriente subjetivista está primordialmente sustentada en que la trayectoria atraviesa permanentes cambios. Para ser más precisos en esta argumentación, el autor caracteriza a la trayectoria como una “serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (Bourdieu, 1997, p. 82).

Bourdieu es enfático al señalar que las trayectorias individuales están adscritas a la heterogeneidad de los cambios que ocurren alrededor de los agentes, además deja en claro la influencia que ejercen los procesos estructurales. “El paso de una trayectoria a otra depende a menudo de acontecimientos colectivos (guerras, crisis, etc.) o individuales (ocasiones, amistades, protecciones, etc.) que comúnmente son descritos como casualidades” (Bourdieu, 1988, p. 108).

En consonancia con este planteamiento, consideramos que toda trayectoria tiene un punto de inicio a partir del cual se delinean los posibles recorridos o posiciones que se ocupan en un espacio social, por tanto se considera que en las trayectorias de las personas que atravesaron por el consumo problemático de drogas tuvieron momentos en los que ocuparon una determinada posición en función a una sucesión compleja de situaciones que reflejan etapas como: consumo de drogas, tratamiento y rehabilitación, y ello mismo fue fundamental para desarrollar una capacidad de resiliencia. Pero, existen factores estructurales (acontecimientos colectivos y/o individuales, así como también fenómenos macro y microsociales), los cuales son determinantes para comprender estas trayectorias personales y su recuperación o situación actual. Todo este

análisis toma importancia, no solamente para dar una lectura de la trayectoria en sus distintos momentos, sino también para considerar las proyecciones a futuro que los pacientes tienen en términos de una etapa post recuperatoria.

En el marco del presente estudio, la trayectoria del paciente se concibe como un proceso dinámico que inicia con el evento de primer consumo, avanza por diferentes etapas de búsqueda de ayuda, atención y tratamiento, y culmina en los procesos de rehabilitación y reintegración social. Cada una de estas fases refleja tanto la evolución del consumo como las respuestas personales e institucionales frente a esta problemática, permitiendo la identificación de patrones, factores asociados y condiciones que influyen en el éxito terapéutico.

6.4. Adicción

La reflexión sobre la adicción demanda un acercamiento multidimensional, debido a que involucra procesos neurobiológicos, psicológicos y conductuales que pueden afectar el funcionamiento individual y las relaciones sociales de la persona. Primeramente, resulta necesario precisar que el uso de este término proviene de las diciplinas médicas-psicológicas. En segundo lugar, se aborda la adicción desde una perspectiva social, considerando que sus manifestaciones y consecuencias trascienden al individuo y pueden afectar sus vínculos familiares, laborales y comunitarios, aspectos que se relacionan con el concepto de consumo problemático desarrollado en el apartado precedente.

A nivel cerebral, diversos estudios coinciden en que el consumo de drogas desencadena cambios neuropsicológicos y neuroanatómicos que a su vez producen una neuro adaptación funcional en las funciones cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales que influyen finalmente en el funcionamiento psicosocial diario y calidad de vida de las personas dependientes de sustancias (Fernández et al., 2011). El consumo persistente de sustancias —especialmente la pasta base y drogas sintéticas como el Tusi (OBSCD, 2025)— provoca una alteración en la transmisión de dopamina y daños estructurales en la corteza prefrontal, responsable de la toma de decisiones (Ortiz & Sesma, 1999). Esto explica la “disminución empática” y la impulsividad descrita por los pacientes, donde el cerebro prioriza la sustancia sobre instintos básicos como el hambre o la autoprotección, convirtiendo el consumo en una necesidad biológica involuntaria.

En el plano individual, la adicción se manifiesta como una pérdida progresiva de la autonomía y el proyecto de vida. El sujeto experimenta una distorsión de la realidad y una desestabilización psicoemocional, en la que aparecen el miedo, la paranoia y la depresión (Nunes y Sani, 2015). Esta etapa se caracteriza por el abandono del cuidado personal y el

malbaratamiento del patrimonio. Como se verá en los testimonios, existe un comportamiento donde la persona sacrifica su dignidad y sus bienes materiales por una satisfacción efímera, lo que deriva en un profundo sentimiento de frustración y la percepción de “haberlo perdido todo”. Generando una situación con múltiples vulnerabilidades (habitacional, educación, laboral, salud, violencia, entre otros) (Caparelli et al., 2022).

Pero, la adicción no termina en el individuo, sino que se extiende como un fenómeno de desintegración social. Provoca la ruptura de los vínculos afectivos primarios, donde la falta de apoyo familiar, mala influencia familiar o círculos que influencian al consumo se convierten tanto en consecuencia como en obstáculo para la recuperación, ya que desde la teoría del apego los seres humanos poseen la tendencia innata para formar lazos afectivos en busca de proximidad (Marcon et al., 2012). Socialmente, el adicto sufre un proceso de estigmatización y discriminación que cierra puertas laborales y círculos de confianza, empujándolo hacia la marginalidad o el tráfico de supervivencia. La adicción, por tanto, no es solo un diagnóstico clínico, sino una barrera de exclusión que invalida el rol del sujeto dentro de su comunidad.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio sobre Trayectorias del Consumo de Drogas de Pacientes en Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración adopta un diseño metodológico mixto, en el que se articulan de manera complementaria los enfoques cuantitativo y cualitativo. Esta combinación metodológica permite abordar el fenómeno desde múltiples dimensiones, integrando mediciones objetivas con interpretaciones subjetivas que enriquecen la comprensión de las trayectorias de consumo, los factores que las configuran y los procesos terapéuticos de los pacientes.

El enfoque mixto responde a la necesidad de comprender el consumo problemático no solo como un evento aislado, sino como un proceso dinámico y multidimensional, influido por elementos biográficos, sociales, económicos, emocionales y contextuales. De esta manera, el estudio permite generar evidencia sólida para orientar la formulación de políticas públicas, el fortalecimiento de los servicios de tratamiento y la toma de decisiones institucionales.

7.1. Sujetos de Estudio

Pacientes que reciben servicios de tratamiento (desintoxicación o deshabituación), rehabilitación o reintegración por consumo de drogas, en centros ubicados en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz correspondientes al eje troncal de Bolivia.

Esta población fue seleccionada debido a que agrupa a personas que han atravesado diversas etapas del proceso de consumo y que actualmente se encuentran en una fase de atención institucional, lo cual les permite reconstruir y relatar con mayor precisión su trayectoria de consumo, los factores asociados a su inicio y progresión, así como las circunstancias que motivaron su ingreso a tratamiento.

Se excluye a personas que únicamente se encuentren alojadas en albergues y que no estén vinculadas a procesos de tratamiento, rehabilitación o reintegración por consumo de drogas, ya que no cuentan con procesos terapéuticos y, por tanto, no podrían aportar información específica sobre la experiencia de tratamiento y recuperación, la cual es central para los objetivos del estudio.

7.2. Delimitación Espacial

El estudio se circunscribe al eje troncal de Bolivia, comprendiendo los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, que concentran la mayor densidad poblacional y la principal oferta institucional en materia de tratamiento, rehabilitación y reintegración por consumo problemático de drogas.

La selección de esta delimitación territorial responde a criterios demográficos y operativos, en tanto estos tres departamentos agrupan aproximadamente el 84% de la población objetivo identificada, mientras que el resto del país concentra el 16%. Esta cobertura territorial permite asegurar una representatividad sustantiva de los pacientes atendidos en centros especializados, así como una adecuada captación de la diversidad de trayectorias de consumo presentes en el contexto nacional.

7.3. Delimitación Temporal

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de agosto y septiembre de 2025, en coordinación con los centros de tratamiento participantes. Este periodo corresponde exclusivamente a la fase de levantamiento de información y establece el momento en que fueron recopilados los datos de los pacientes incluidos en el estudio.

No obstante, dado que el análisis se orienta a reconstruir las trayectorias de consumo de los pacientes, el periodo de referencia de la información no se limita al momento de levantamiento de datos, sino que abarca el historial de vida del paciente en relación con el consumo de sustancias y los tratamientos recibidos.

En el componente cuantitativo se adopta la categoría temporal “a lo largo de la vida”, con el propósito de recoger información retrospectiva sobre antecedentes de consumo, edad de inicio, progresión en el uso de sustancias, episodios de policonsumo y experiencias terapéuticas previas y actuales. Este enfoque permite situar el ingreso al tratamiento dentro de una secuencia temporal más amplia, coherente con el análisis de trayectorias que sustenta el estudio.

7.4. Diseño Metodológico - Enfoque Cualitativo

El componente cualitativo profundiza en las percepciones, experiencias y dinámicas que inciden en los procesos de tratamiento, rehabilitación y reintegración desde la perspectiva de los propios pacientes. Este componente permite complementar la información cuantitativa mediante la recuperación de experiencias, significados y acontecimientos relevantes que contribuyen a comprender la trayectoria individual más allá de los datos descriptivos.

La información fue recolectada mediante entrevistas en profundidad de carácter semiestructurado, aplicadas a la población descrita anteriormente. Para ello se elaboró una guía de entrevista organizada en tres momentos analíticos:

1) La experiencia del primer consumo de drogas,
2) El proceso del informante hacia el consumo frecuente y problemático,
3) La fase de internación y tratamiento en el centro de tratamiento, rehabilitación y reintegración por consumo de drogas.

Las entrevistas se efectuaron con previo consentimiento verbal de los informantes, quienes accedieron a responder las preguntas planteadas. Como es usual, no todos los entrevistados brindaron información en profundidad, por lo que se continuó realizando entrevistas hasta lograr la *saturación temática* que permitiera identificar patrones recurrentes y elementos relevantes para los objetivos del estudio.

Por otro lado, con el fin de aprovechar el relato textual de los informantes, se optó por grabar las entrevistas en formato de audio mediante dispositivos celulares, obteniendo un total de 138 entrevistas, 34 correspondientes al departamento de Cochabamba, 45 al departamento de La Paz y 59 al departamento de Santa Cruz.

Procesamiento de la Información

El procesamiento de la información se enmarca en los principios de la *teoría fundada* o *teoría fundamentada*, la cual propone para la etapa de procesamiento el método comparativo constante, el cual puede resumirse en: “el investigador clasifica las porciones de datos, pueden ser palabras, oraciones y párrafos, en categorías *intuidas*, a las que en principio no les pone un nombre sino una marca que señala más bien una unidad de sentido. A medida que el proceso de selección continúa, las categorías se hacen más explícitas y se pueden construir reglas cada vez más claras para incluir términos dentro de las categorías” (Vieytes, 2004, p. 672). En este sentido, se detalla el proceso seguido a continuación:

1) **Registro de material empírico:** Se realizó el resguardo y organización del material de campo generado, compuesto por audios de entrevistas en profundidad realizadas a pacientes de centros de tratamiento.

2) **Transcripción:** Se procedió a la transcripción íntegra de las entrevistas. Debido al volumen de información recopilada, se coordinó el proceso con un equipo de transcriptores, bajo supervisión técnica, a fin de garantizar fidelidad al discurso original y cumplimiento de los plazos establecidos.

3) **Codificación inicial y ajuste metodológico:** En una primera etapa, se intentó realizar la codificación mediante el software Atlas. Ti. No obstante, se identificaron limitaciones operativas relacionadas con la fragmentación excesiva de citas, lo que dificultaba preservar el contexto discursivo, así como incorporar variables de identificación del entrevistado (sexo, sustancia asociada a la internación, edad y municipio). Esta situación generaba la necesidad de un segundo proceso de reorganización de la información, incrementando los tiempos de análisis.

4) **Edición contextual de fragmentos:** Con el fin de preservar la coherencia semántica y contextual, se optó por editar los fragmentos seleccionados antes de su clasificación. Esta edición consistió en:

   - Corrección de errores de transcripción.
   - Eliminación de muletillas y repeticiones innecesarias.
   - Ajustes mínimos de sintaxis para mejorar claridad expositiva.

- En ningún caso se alteró el contenido sustantivo ni el sentido original de las declaraciones. Las correcciones fueron verificadas mediante escucha simultánea del audio y revisión de la transcripción.

5) **Clasificación temática manual:** Paralelamente, los fragmentos fueron organizados por tópicos temáticos en archivos independientes, correspondientes a categorías preliminares emergentes del análisis. Entre los principales tópicos identificados se encuentran: evento y motivo del primer consumo; sensaciones asociadas al consumo inicial; progresión hacia consumo problemático; antecedentes familiares; violencia; financiamiento; acceso a sustancias; consecuencias sociales y de salud; reacción familiar; recaídas; motivación para rehabilitación; perspectivas futuras, entre otros.

   Estas categorías fueron consideradas preliminares y susceptibles de ajuste progresivo, en coherencia con el enfoque inductivo propio de la teoría fundamentada.

   Por supuesto, los tópicos anteriores fueron preliminares y son totalmente válidos, puesto que, dentro del enfoque de la teoría fundamentada, estas categorías son intuidas por el investigador de acuerdo al contenido de las citas.

6) **Identificación de citas:** A cada cita textual seleccionada se le añadió la referencia del/la informante según: (sexo, droga por la que fue internado/a al centro de tratamiento, rehabilitación y reintegración, edad en años cumplidos, municipio de entrevista). Vale aclarar que, para la identificación de la droga por la que el/la paciente se internó en el centro, se tomó en cuenta la respuesta del informante a la pregunta: ¿qué droga le causó más daño? (guía de preguntas). Este criterio, asume que la droga que le causó más daño es la droga por la que se internó en el centro; los resultados de la encuesta muestran estrecha relación entre estas dos variables. Además, el Protocolo de estudio sobre drogas en pacientes de centros de tratamiento de la CICAD señala textualmente: En general, la droga que causa más daño o de mayor impacto, “es también la droga que motiva la demanda de tratamiento” (p. 6).

7.5. Diseño Metodológico - Enfoque Cuantitativo

El componente cuantitativo se desarrolla bajo un diseño descriptivo, analítico y transversal, dado que el objetivo central es caracterizar y comprender las experiencias de consumo de drogas antes, durante y después del ingreso a los centros de tratamiento.

Se adopta un diseño descriptivo porque el estudio busca detallar y documentar las características, patrones, secuencias y frecuencias del consumo a lo largo de la vida de los pacientes, sin intervenir en las variables observadas.

El enfoque analítico se incorpora porque, además de describir, el estudio busca explorar relaciones, comparaciones y posibles asociaciones entre variables relevantes, como edad de inicio, tipo de sustancia, factores familiares, motivaciones de ingreso y características sociodemográficas o clínicas.

Finalmente, el diseño transversal es pertinente porque la información se recolecta en un único momento, obteniendo una fotografía del estado actual y del historial de consumo de los pacientes. Aunque el estudio reconstruye trayectorias retrospectivas, el levantamiento de datos se realiza una sola vez durante el periodo de campo, lo cual es consistente con investigaciones que requieren sistematizar experiencias acumuladas sin hacer seguimiento longitudinal.

Este enfoque permite:

- Describir patrones de consumo a lo largo de la vida.
- Identificar edades de inicio, sustancias consumidas y posibles transiciones entre patrones o tipos de consumo.
- Reconstruir trayectorias diferenciales por sexo, edad, formación, motivos de ingreso, entre otros.

7.5.1. Marco Muestral, Diseño y Tamaño de Muestra

a) Marco Muestral

El marco muestral fue construido a partir del listado inicial de centros proporcionado por la Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas (ABCT) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

Posteriormente, se desarrolló un proceso de verificación y actualización para validar el funcionamiento de cada centro, identificar cambios administrativos y detectar centros nuevos no registrados inicialmente. Este proceso incluyó:

- Llamadas telefónicas para confirmar datos institucionales.

- Contacto directo con responsables de los centros.
- Identificación de nuevos centros a través de referencias (efecto red).
- Reuniones de socialización, donde se presentó el estudio y se realizó la invitación formal a participar.

Como resultado del proceso de verificación, se confirmó la participación de 38 centros que brindan servicios de tratamiento (desintoxicación), rehabilitación y reintegración. Dichos centros reportaron la población atendida por tipo de servicio, identificándose 830 pacientes registrados en los departamentos estudiados (eje troncal).

Tabla 1

Marco Muestral de Pacientes (En Número)

DEPARTAMENTO	TRATAMIENTO (DESINTOXICACIÓN)	REHABILITACIÓN	REINTEGRACIÓN	TOTAL
La Paz	72	52	34	158
Cochabamba	66	48	25	139
Santa Cruz	221	217	95	533
TOTAL	**359**	**317**	**154**	**830**

Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a información proporcionada de los centros participantes.

b) Unidad de Análisis

Pacientes atendidos en servicios de tratamiento (desintoxicación), rehabilitación o reintegración por consumo de drogas en los centros participantes.

c) Diseño Muestral

El diseño muestral se estructuró mediante un muestreo estratificado, considerando como estratos la combinación de las siguientes variables:

- **Departamento:** La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.
- **Tipo de servicio:** Tratamiento (desintoxicación), rehabilitación y reintegración. La asignación de la muestra por estrato se realizó mediante afijación potencia ($\alpha = 0,5$).

d) Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra se determinó utilizando la fórmula de muestreo para poblaciones finitas:

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

Donde:

n = Tamaño inicial de la muestra.
N = Tamaño total de la población.
z = Nivel de confianza del 95% (Z=1.96).
p = Proporción esperada de pacientes con la característica de interés (0,5).
e = Margen de error permitido (6%).

Con el fin de considerar la variabilidad adicional asociada al diseño y la posible pérdida de entrevistas, el tamaño calculado se ajustó mediante:

$$n* = n * DEFT$$

Donde:

$$n_{final} = \frac{n*}{1 - TNR}$$

$DEFT$ = Efecto de diseño (1,7)
$T\ N\ R$ = Tasa de no respuesta de 7%
$^{n}fin\ al$ = Tamaño final de la muestra

Tabla 2

Tamaño de la Muestra Planificada y Efectiva por Departamento y Tipo de Servicio (En Número)

DEPARTAMENTO	TRATAMIENTO	PACIENTES	MUESTRA PLANIFICADA	MUESTRA EFECTIVA
La Paz	Desintoxicación	72	39	34
	Rehabilitación	52	33	35
	Reintegración	34	27	26
Cochabamba	Desintoxicación	66	37	25
	Rehabilitación	48	32	42
	Reintegración	25	23	23
Santa Cruz	Desintoxicación	221	68	58
	Rehabilitación	217	67	58
	Reintegración	95	44	68
TOTAL		**830**	**370**	**369**

Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información del marco muestral

Las diferencias entre muestra planificada y efectiva se deben a la variabilidad en el número de pacientes presentes el día del operativo.

- **Afijación potencia**

  La distribución de la muestra por estratos se realizó mediante afijación potencia, siguiendo la expresión:

$$n_h = n * \frac{N_h^{\propto}}{\sum_h^H N_h^{\propto}}$$

  Donde:

  n_h: Tamaño de muestra del estrato h
  N_h: Tamaño poblacional del estrato h
  H: Número total de estratos
  α: parámetro de potencia (0,5) que permite equilibrar entre una asignación estrictamente proporcional y una distribución que garantice un mínimo de casos por estrato.

- **Probabilidades y factores de expansión**

  Dentro de cada estrato, los pacientes se seleccionaron aleatoriamente, asegurando que cada paciente tuviera probabilidad conocida de ser seleccionado:

$$\pi_{hi} = \frac{n_h}{N_h}$$

El factor de expansión es el inverso de la probabilidad de selección:

$$w_{hi} = \frac{1}{\pi_{hi}} = \frac{N_h}{n_h}$$

Donde:

wi: Factor de expansión.

7.5.2. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información Cuantitativa

La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario estructurado, diseñado específicamente para capturar antecedentes, historial de consumo, dinámicas familiares y motivaciones vinculadas al tratamiento. Este instrumento fue administrado mediante la modalidad CAPI (Computer-Assisted Personal Interviewing), un sistema de entrevista asistida por computadora que permite aplicar cuestionarios digitales en dispositivos móviles. Se utilizó esta técnica porque mejora la calidad de los datos al incorporar validaciones automáticas, reducir errores de digitación y agilizar la navegación por el cuestionario. Para su implementación se empleó la plataforma KoboToolbox, a través de la aplicación KoboCollect, que además permitió el registro seguro de la información y su sincronización eficiente durante el trabajo de campo.

El uso de esta tecnología aportó múltiples ventajas metodológicas:

- **Estandarización del proceso de entrevista:** Los entrevistadores aplicaron un cuestionario digital con rutas lógicas predefinidas, lo que redujo errores humanos y mejoró la coherencia interna.
- **Controles automáticos de calidad:** Validaciones de rango, coherencia y obligatoriedad y bloqueo de combinaciones de respuestas inconsistentes.
- **Optimización operativa en campo:** Captura de datos sin necesidad de conexión permanente, permitiendo trabajar en zonas con conectividad limitada y sincronización en tiempo real cuando el equipo accedía a internet, facilitando el monitoreo continuo.

Una vez concluido el levantamiento de datos, la información registrada en KoboToolbox fue sistematizada para posteriormente realizar el análisis estadístico en R-Studio. El procesamiento siguió un protocolo sistemático dividido en varias etapas:

- **Depuración y control de calidad**

  - Eliminación de registros duplicados, incompletos o inconsistentes.
  - Detección de anomalías, como valores extremos o errores de digitación no filtrados por Kobo.
  - Revisión del cumplimiento de los criterios y verificación de los códigos asignados a los centros.

- **Codificación y estandarización**

  - Transformación de las variables categóricas en códigos numéricos.
  - Unificación de etiquetas y estructuras de respuesta.
  - Creación de diccionarios de variables.

- **Tratamiento de valores pérdidos**

  - Identificación y clasificación de las diferentes formas de no respuesta.
  - Aplicación de criterios analíticos para su manejo (recodificación, exclusión, o imputación según la naturaleza de la variable).

- **Análisis estadístico**

  Se aplicaron procedimientos de estadística descriptiva y analítica, incluyendo:

  - Distribuciones de frecuencia.
  - Medidas de tendencia central.
  - Cruces bivariados y análisis comparativos.
  - Identificación de perfiles mediante agrupamientos simples.

SEGUNDA

PARTE 02

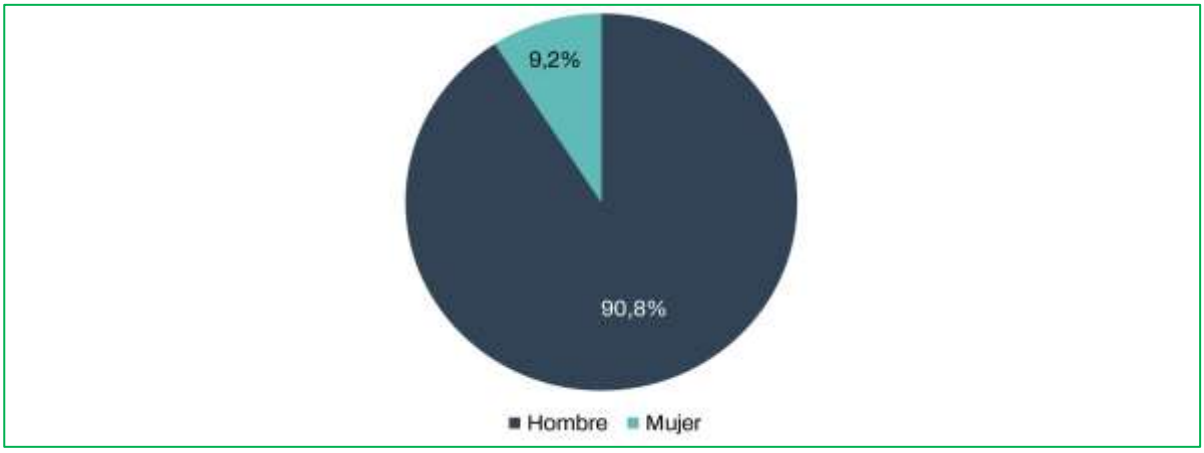
ANÁLISIS DE RESULTADOS



8. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LOS PACIENTES DE CENTROS DE TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN

A modo de contextualización de la población estudiada, es importante exponer las principales variables demográficas y socioeconómicas de los pacientes de los Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración que formaron parte de la encuesta aplicada. Así, por ejemplo, el Gráfico 1 muestra la distribución por sexo de los encuestados, donde el 90,8% son hombres y 9,2% mujeres.

Gráfico 1
Eje Troncal: Pacientes según sexo, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Existe una asimetría en la distribución por sexo de los pacientes según el Gráfico 1, sin embargo, éste no es un dato atípico pues, como señala el *Informe Mundial sobre las Drogas 2024*, la probabilidad de que los hombres consuman drogas es mayor respecto de las mujeres. Según esta fuente, más de tres cuartas partes de las personas que consumen drogas a nivel mundial son hombres (UNODC, 2024, s.p.)[8].

En la misma línea, Becoña sostiene que la proporción de consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) es prácticamente la misma entre hombres y mujeres, pero no ocurre lo mismo

[8] Esto ocurre especialmente en el consumo de cannabis, anfetaminas, opiáceos y la cocaína. No obstante, la proporción de mujeres puede ser considerablemente mayor cuando se trata del consumo no médico de algunos fármacos como los sedantes y los tranquilizantes, los fármacos opioides y los fármacos estimulantes; esto según datos proporcionados por un número reducido de países (UNODC, 2024).

con las drogas ilícitas, donde el porcentaje de consumidores hombres es mayor (Becoña, 2002, p. 24).

Por otro lado, las mujeres que consumen drogas no siempre son conscientes de los servicios de tratamiento a su alcance. Añadido a esto, las mujeres consumidoras son sujeto de estigmatización y discriminación: por ser mujeres y por consumir drogas, lo cual inhibiría su internación en Centros de Tratamiento al poner en riesgo, de forma paralela, la pérdida de custodia de sus hijos; posiblemente, esto lleve a que las familias oculten un consumo problemático de una mujer como preservación del "honor" familiar. Todo lo mencionado además de que los servicios de tratamiento por consumo problemático de drogas, en su mayoría, no cuentan con la aplicación del enfoque de género (UNODC, 2024).

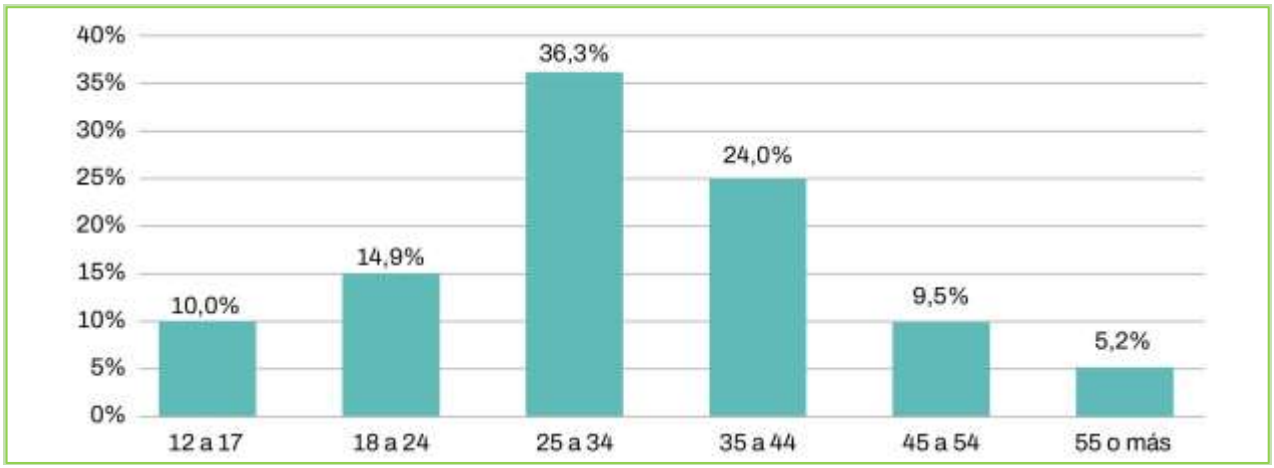
Así, en 2022, una de cada cuatro personas que consumían drogas era mujer, sin embargo, las mujeres representaban solo una de cada cinco personas que recibían tratamiento por consumo problemático de drogas. La UNODC afirma que en el mundo dicha brecha o asimetría de pacientes según sexo ha existido por décadas con casi todas las drogas (2024)[9]. Por su parte, Becoña (2002) afirma que la distribución por sexo de pacientes de Centros de tratamiento en el mundo es aproximadamente 85,0% hombres y 15,0% mujeres, siendo los primeros quienes desarrollan mayor consumo problemático de drogas (p. 25).

Es posible que las mujeres desarrollen patrones de consumo de drogas menos visibles o reducidos a espacios privados, no públicos, lo cual dificultaría la identificación de consumo problemático de drogas en mujeres por parte del círculo social cercano y/o el sistema público de salud.

El Gráfico 1, resultado de la encuesta aplicada para el presente estudio, presenta una distribución de pacientes de Centros de Tratamiento por sexo coherente con la realidad no solo en Bolivia, sino en el resto de la región y el mundo.

[9] En el caso de drogas estimulantes de tipo anfetamínico, el 25,0% de las personas que consumen dichas sustancias en el mundo son mujeres, empero solo representan el 16,0% de las pacientes en Centros de tratamiento (UNODC, 2024).

Gráfico 2
Eje Troncal: Pacientes, por Grupo Etario, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Por otra parte, en cuanto a la distribución etaria de los pacientes de Centros de Tratamiento (Gráfico 2), el 36,3% pertenecen al grupo de edad entre 25 a 34 años; le sigue el grupo de edad de entre 35 a 44 años con un 24,0%; posteriormente, el 14,9% de los pacientes tienen entre 18 a 24 años de edad; el 10,0% tiene entre 12 a 17 años; 9,5% de 45 a 54 años de edad; y finalmente el 5,2% corresponde a pacientes de 55 años o más.

Al respecto, es notoria la preponderancia del rango etario de 25 a 34 años de edad (36,3%), lo que podríamos denominar una población "joven" en edad productiva. Sumado al segundo rango etario de mayor porcentaje, resulta que el 60,3% de los pacientes en Centros de Tratamiento tienen entre 25 y 44 años de edad.

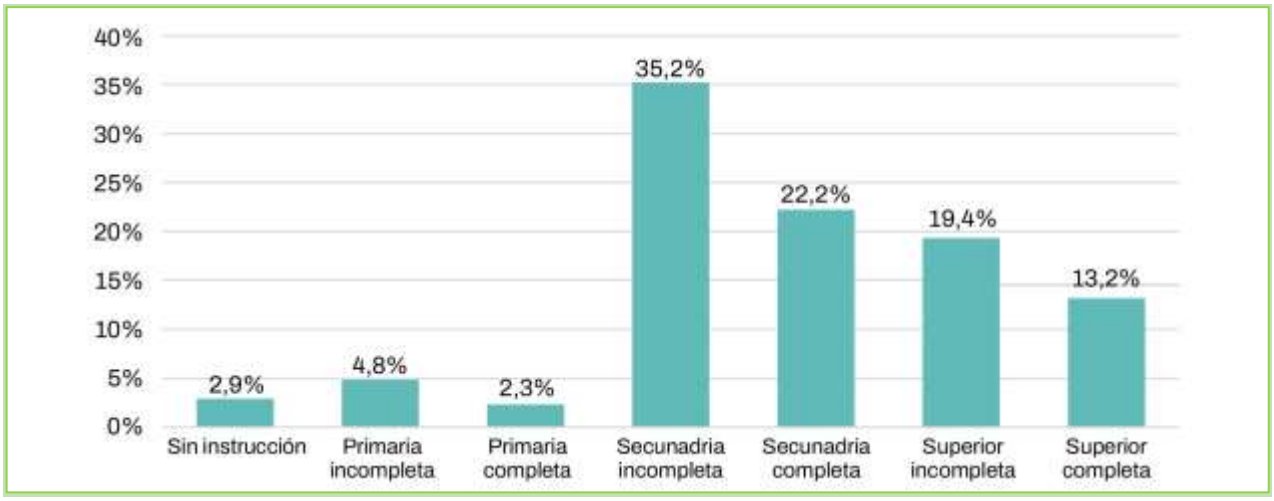
No obstante, otro dato que llama la atención son los pacientes menores de edad con el 10,0%. Es decir, no solamente son menores de edad, en edad escolar, que accedieron y consumieron drogas[10], sino menores de edad que desarrollaron un *consumo problemático de drogas*[11] al punto de ser internados en Centros de Tratamiento.

[10] En Bolivia, se prohíbe la venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores de edad. La Ley N° 259 de control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas, que estipula: "Queda prohibida la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años de edad, sujeto a sanciones previstas en la presente Ley" (art. 20); de igual forma, la Ley N° 1280, *Ley de prevención y control al consumo de los productos de tabaco*, prohíbe: la comercialización y venta de productos del tabaco, a menores de dieciocho (18) años de edad (art. 12, inc. b).

[11] Véase definición de *consumo problemático de drogas* en el apartado de Marco conceptual.

En algunos casos, el consumo de drogas en los jóvenes es tan intenso que requiere tratamiento. África, Centroamérica y el Caribe y América del Sur tienen la mayor proporción de jóvenes en tratamiento por consumo de drogas. Los trastornos por consumo de drogas a edades tempranas suscitan especial preocupación, ya que pueden desembocar en un círculo vicioso que conlleve menores logros educativos y, por consiguiente, menos oportunidades de reintegración en la sociedad (UNODC, 2024, s.p.).

Gráfico 3
Eje Troncal: Pacientes por Nivel de Educación, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

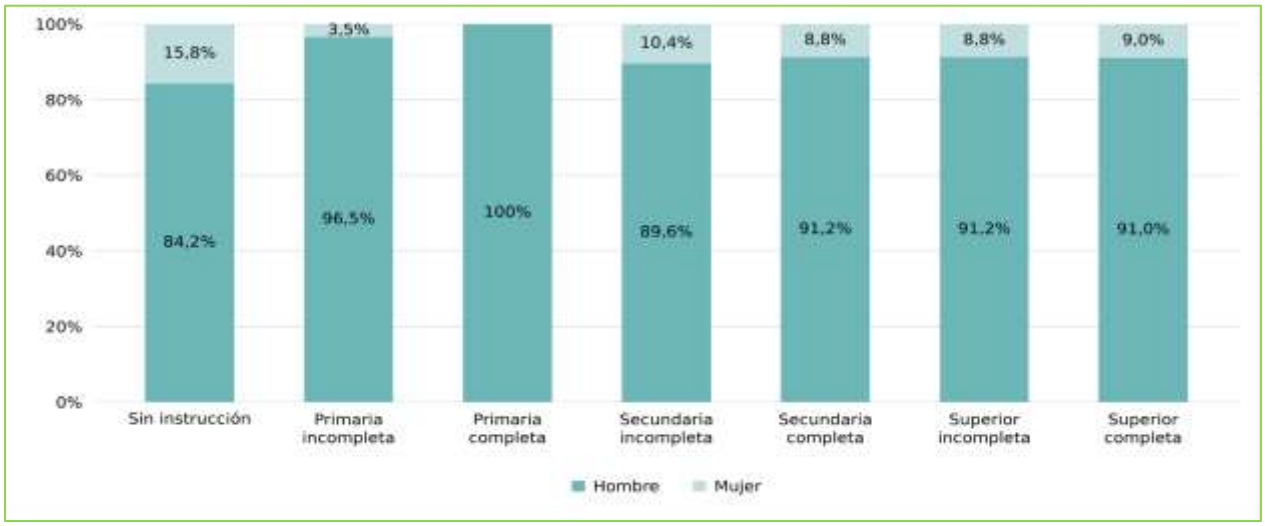
Precisamente, el consumo temprano de drogas se relaciona con menores logros educativos, como refleja el Gráfico 3, el mayor porcentaje, 35,2% de los pacientes de Centros de Tratamiento no completó el nivel secundario; luego se encuentran aquellos que lograron completar el nivel secundario (22,2%), seguidos de los que cursaron el nivel superior sin concluirlo (19,4%), los pacientes con educación superior completa (13,2%), y aquellos con el nivel primario incompleto, sin instrucción y primario completo con 4,8%, 2,9% y 2,3%, respectivamente.

Como muestra, relacionando los Gráficos 2 y 3 se puede observar que, el mayor porcentaje de pacientes de Centros de Tratamiento tiene entre 25 y 34 años (36,3%) y, en cuanto a nivel de instrucción, que el mayor porcentaje de pacientes no alcanzó a completar el nivel secundario (35,2%). Es decir, el rango etario de los pacientes no corresponde al nivel de instrucción esperado.

Es claro que la variable de nivel de instrucción es afectada negativamente por el desarrollo de un consumo problemático de drogas donde, como veremos más adelante, se acostumbra a dejar de lado las responsabilidades y a priorizar el acceso y consumo de drogas en el presente inmediato.

De todas formas, el Gráfico 3 revela un 13,2% que sí concluyó una formación superior; profesionales que de todas formas desarrollaron un consumo problemático de drogas; posiblemente debido a que el consumo frecuente fue más tardío, o sea, a mayor edad o incluso después de haber concluido su formación profesional o durante su etapa laboral.

Gráfico 4
Eje Troncal: Pacientes por Sexo, según Nivel de Educación, 2025
(En Porcentaje)

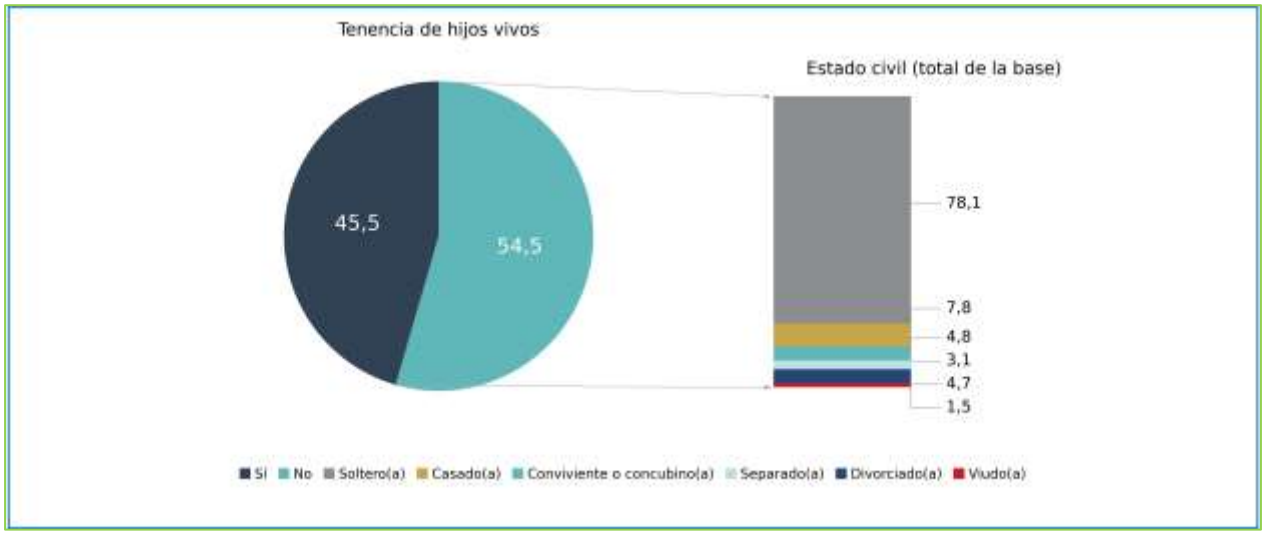


Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Al analizar el logro educativo según sexo, se observa que, entre los pacientes sin instrucción, el 84,2 % son hombres y el 15,8 % son mujeres. En el grupo con educación primaria incompleta, el 96,5 % son hombres y el 3,5 % son mujeres, mientras que, en aquellos con educación primaria completa, la totalidad son hombres. En los niveles de secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleta y superior completa, la proporción de hombres y mujeres mantiene una relación aproximada de 9 a 1.

Es relevante señalar que esta distribución refleja la composición por sexo de los pacientes atendidos en los centros de tratamiento, así como la muestra obtenida en el estudio.

Gráfico 5
Eje Troncal: Tenencia de Hijos de los Pacientes y Estado Civil, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

En cuanto al estado civil de los pacientes de centros de tratamiento, el 54,5% indico que no tienen hijos, mientras que el 45,5% dijo que “si”, de este total el (78,1%) indicó ser “soltero/a”; en menor proporción se encuentran los casados (7,8%), convivientes o concubinos (4,8%), separados (3,1%), divorciados (4,7%), y viudos (1,5%).

Gráfico 6
Eje Troncal: Pacientes, por Situación Laboral antes del Ingreso al Centro de Tratamiento, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

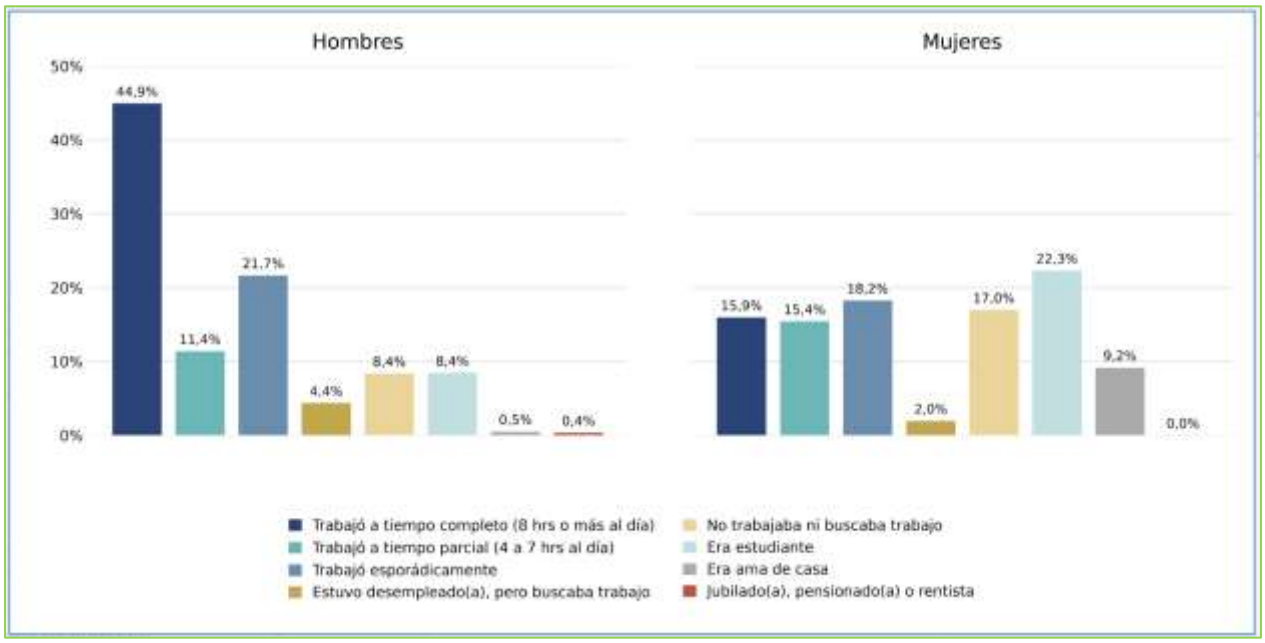
Respecto a la situación laboral antes del ingreso al centro de tratamiento (Gráfico N.º 6), el 42,3 % de los pacientes trabajaba a tiempo completo, el 21,3 % lo hacía esporádicamente y el 11,8 % trabajaba a tiempo parcial. Asimismo, el 9,7 % era estudiante, el 9,1 % no trabajaba ni buscaba trabajo y el 4,1 % estaba desempleado, pero buscaba trabajo. Las personas que se dedicaban a labores del hogar representaban el 1,3 %, y las jubiladas, pensionadas o rentistas, el 0,3 %.

En conjunto, el 79,5 % de los pacientes declaró que trabajaba o buscaba trabajo antes de ingresar al centro. Este porcentaje comprende a quienes tenían una actividad laboral (75,4 %) y a quienes estaban desempleados y buscaban trabajo (4,1 %). El 20,5 % restante correspondía a las demás categorías.

Si bien predominaban quienes trabajaban o buscaban trabajo, estos resultados no permiten determinar por sí solos la estabilidad ni la calidad de sus empleos. En particular, trabajar a tiempo completo no implica necesariamente contar con un empleo estable. Quienes trabajaban a tiempo parcial o esporádicamente, junto con quienes estaban desempleados y buscaban

trabajo, representaban el 37,2 % del total de pacientes. Los testimonios analizados más adelante pueden complementar estos resultados al describir experiencias relacionadas con el trabajo y el financiamiento del consumo de drogas, sin que tales experiencias deban generalizarse a la totalidad de este grupo.

Gráfico 7
Eje Troncal: Pacientes, por Situación Laboral antes del Ingreso al Centro, según Sexo, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

El Gráfico 7 muestra que, en el caso de los pacientes hombres, la mayoría (44,9%) se encontraba trabajando a tiempo completo antes de ingresar al Centro de Tratamiento; luego están aquellos que trabajaban esporádicamente con un 21,7%; le siguen los que trabajaron a tiempo parcial con un 11,4%; con un 8,4% se representa a los hombres que no trabajaban ni buscaban trabajo y también a los estudiantes; finalmente, con un 4,4% se sitúan los que estuvieron desempleados, pero buscaban trabajo.

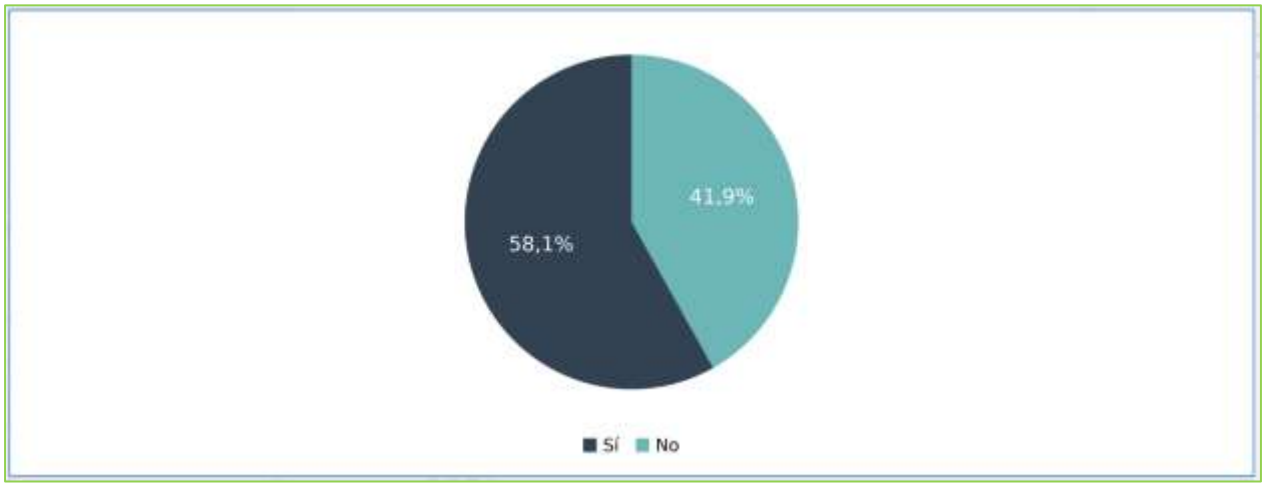
En cuanto a las pacientes mujeres, en primer lugar se encuentran las que eran estudiantes antes de ingresar al Centro de Tratamiento con un 22,3%; seguidas de las mujeres que trabajaban esporádicamente con un 18,2%; posteriormente se encuentran las pacientes que no trabajaban ni buscaban trabajo con un 17,0%; luego aquellas que trabajaban a tiempo

completo y las que trabajaban a tiempo parcial con 15,9% y 15,4% respectivamente; las pacientes que eran amas de casa alcanzan un 9,2% y, por último, aquellas que estuvieron desempleadas pero buscaban trabajo con un 2,0%.

9. ANTECEDENTES DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN LA FAMILIA

Una de las variables que incide en el consumo problemático de drogas son los antecedentes de consumo en el núcleo familiar o en el círculo social cercano, pues se considera un predictor o factor de riesgo significativo cuando una persona está expuesta de forma temprana a patrones de consumo de drogas normalizados dentro del hogar, lo cual reduce la percepción de riesgo sobre el consumo y constituye parte de la *socialización primaria* de la persona. De este modo, la influencia de un padre, madre o pariente cercano con antecedentes de consumo problemático puede influir en las actitudes de una persona joven hacia el consumo de drogas, facilitando el inicio y el desarrollo hacia un consumo frecuente, ya sea por imitación o por la desestructuración que el consumo previo generó en el entorno doméstico.

Gráfico 8
Eje Troncal: Pacientes que tienen Familiares Consanguíneos que tienen Problemas de Adicción, 2025
(En Porcentaje)

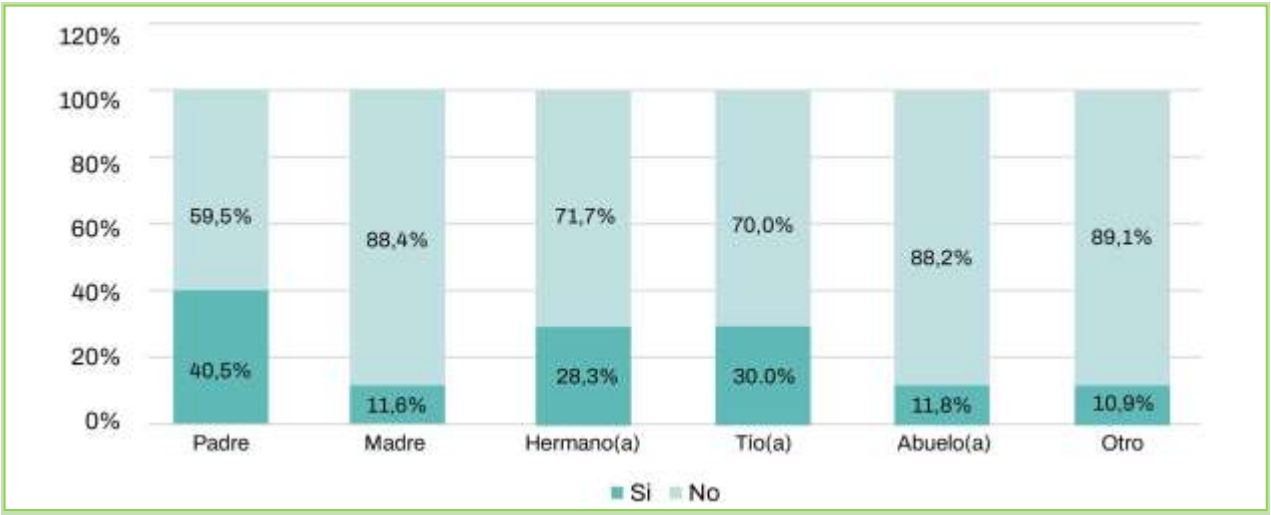


Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

El Gráfico 8 muestra que el 58,1% de los pacientes afirmaron tener familiares con antecedentes de consumo problemático de drogas frente al 41,9% que declararon no haber tenido familiares con dicha característica. Una familia con antecedentes de consumo

problemático de drogas suele presentar patrones de interacción o comunicación disfuncional, carencia de límites claros y un ambiente emocionalmente inestable, factores que aumentan la vulnerabilidad psicológica del individuo.

Gráfico 9
Eje Troncal: Tipo de familiar con problemas de adicción, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.
Nota: La sección "Otro" comprende sobrinos y primos.

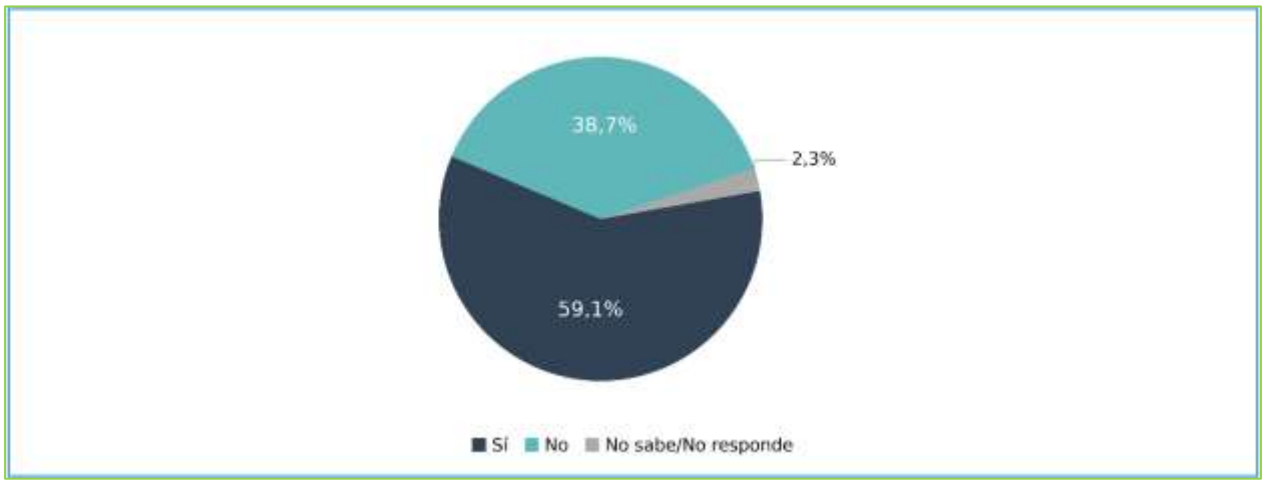
Ahora bien, el Gráfico 9 revela información más específica, ya que, de aquellos que declararon tener familiares con antecedentes de consumo problemático de drogas, o sea, del total de pacientes que afirmaron tener un familiar consanguíneo con problemas de adicción de drogas, el 40,5% señaló al padre como sujeto de consumo problemático, el 30,0% a algún/a tío/a, el 28,3% al hermano/a, el 11,8% al abuelo/a, 11,6% a la madre y 10,9% a algún otro familiar.

> *"Tengo mi hermana, se escapó de la casa a sus 15 años, tiene un mal camino, ella toma diario; su esposo fuma marihuana diaria, pero sí he estado en familias que tenían problemas con el alcohol […] a mi papá no lo conozco, mi mamá sí consumía, que yo sepa, tenía un tío que había muerto con cirrosis, después mis primos, mi tía igual, igual ha muerto, tomaba (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 23 años, Sacaba)".*

Los antecedentes de consumo de drogas en la familia son importantes porque el círculo familiar opera como sistema de apoyo o, por otro lado, como fuente inicial de traumas que

motivan el consumo de drogas como vía de escape. En este caso, es notoria la preponderancia de la figura paterna como sujeto de consumo problemático de drogas respecto a los demás familiares.

Gráfico 10
Eje Troncal: Pacientes por Percepción sobre Influencia de Consumo de Drogas en el Entorno Familiar, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

De aquellos pacientes que declararon tener algún familiar consanguíneo con antecedentes de consumo problemático de drogas, el 59,1% de los pacientes encuestados, afirmó que tal situación indujo a su propio consumo problemático; en tanto que el 38,7% de los pacientes atribuyen su consumo problemático a ellos mismos, a pesar de contar con familiares con antecedentes de consumo problemático (Gráfico N° 10).

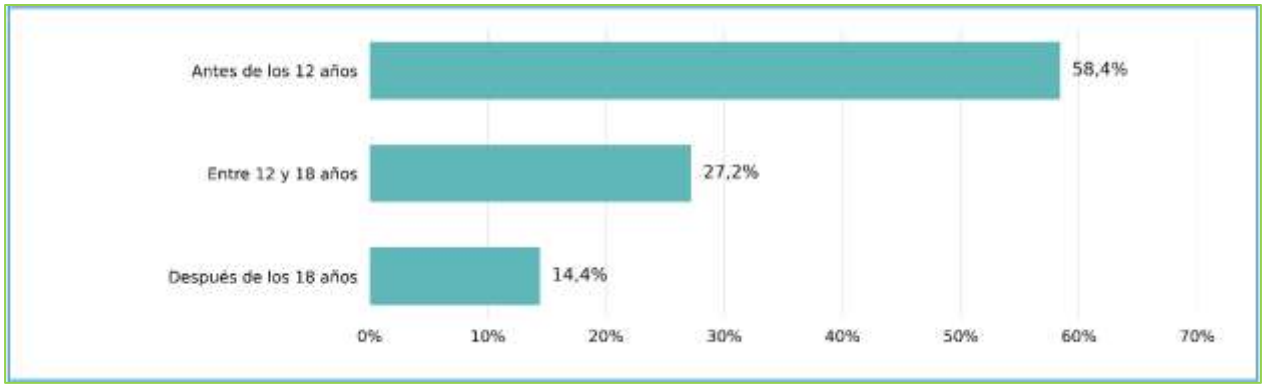
El hecho de que el 59,1%, es decir, más de la mitad de los pacientes consideren que los antecedentes de consumo familiares hayan impactado en su mismo consumo, sugiere que el consumo problemático de drogas no es un hecho meramente individual, sino que puede ser condicionado desde la intimidad del núcleo familiar, ámbito importante al constituirse en el centro de la *socialización primaria* de los individuos, como señala el siguiente testimonio:

> *"…mi mamá llegó cuando yo tenía 15 años, yo sufrí bastante al verla, sufrí bastante, porque yo a ella no la conocía muy bien y cuando llegó me dediqué a tomar […] yo le dije, que: 'es por tu culpa, hasta tú también tomas, haces todo' […] Entonces yo tomé y seguí*

el mismo paso al igual que mi mamá y empecé a caer y tomé (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 17 años, El Alto)".

Por otro lado, el grupo de pacientes que no atribuye responsabilidad de su consumo problemático a su círculo familiar, podría denotar que los casos de consumo no escalaron a niveles incontrolables o que hayan generado una desintegración familiar.

Gráfico 11
Eje Troncal: Pacientes por Exposición al Consumo de Alcohol, Tabaco o Drogas del Paciente en el Entorno Familiar, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

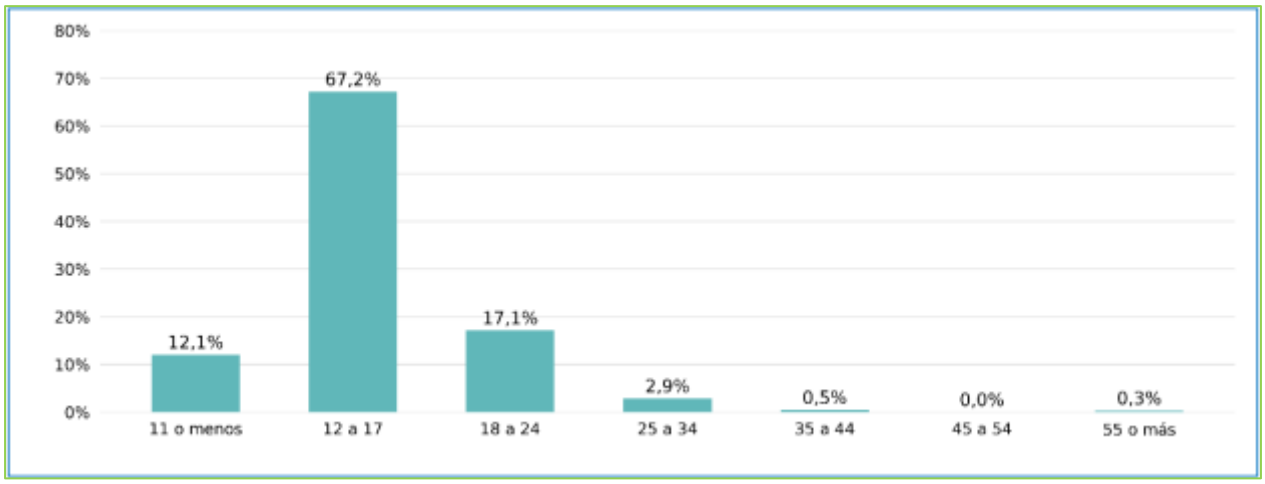
La encuesta efectuada para el presente estudio, preguntó desde qué edad el paciente recuerda haber estado expuesto al consumo de alcohol, tabaco o drogas. Al respecto, de aquellos que declararon tener algún familiar con consumo problemático de droga, el 58,4%, más de la mitad, afirmó que tal exposición se dio antes de sus 12 años de edad; el 27,2% recuerda haber observado situaciones de consumo entre los 12 y 18 años; y, por último, el 14,4% declaró que la exposición sucedió después de los 18 años (Gráfico 11).

Destaca el porcentaje que concentra el primer grupo de edad (12 años o menos), pues se habla ya de una exposición temprana al consumo de drogas en el entorno familiar y, por ende, una mayor propensión al primer consumo de droga igualmente temprano. Mucho más tomando en cuenta que muchas veces el menor tiene acceso a drogas, principalmente lícitas, en su mismo hogar.

10. CARACTERÍSTICAS DEL PRIMER CONSUMO DE DROGA

El consumo problemático de drogas se origina, necesariamente, con un evento inicial de primer consumo. Este evento de primer consumo es un escenario espacial, temporal y relacional donde la persona accede o decide consumir alguna droga por primera vez en la vida. Así entonces, el primer consumo no es un evento aislado, sino el resultado de la interacción entre la vulnerabilidad personal y el entorno social.

Gráfico 12
Eje Troncal: Pacientes por Rangos de Edad del Primer Consumo, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

El Gráfico 12 muestra que el 67,2 % de los pacientes de los Centros de Tratamiento declaró haber consumido alguna droga por primera vez entre los 12 y los 17 años. El 17,1 % inició el consumo entre los 18 y los 24 años, mientras que el 12,1 % lo hizo a los 11 años o antes. Los grupos de 25 a 34 años, de 35 a 44 años y de 55 años o más representaron el 2,9 %, el 0,5% y el 0,3 %, respectivamente. No se registraron primeros consumos entre los 45 y los 54 años.

Estos resultados muestran que, entre los pacientes encuestados, el inicio del consumo se concentró principalmente entre los 12 y los 17 años. Este hallazgo destaca la importancia de la prevención y la detección temprana durante esa etapa. Sin embargo, al tratarse de personas que se encontraban en Centros de Tratamiento, la distribución observada no debe generalizarse al conjunto de adolescentes ni a toda la población que consume sustancias.

Por su parte, el 17,1 % que inició el consumo entre los 18 y los 24 años evidencia que también existen experiencias de inicio posteriores a la adolescencia. La edad declarada, por sí sola, no permite identificar los espacios, las circunstancias ni los motivos del primer consumo. Para comprenderlos, es necesario complementar estos resultados con información sobre las trayectorias personales y los entornos familiares, educativos, laborales y sociales.

Finalmente, el inicio del consumo a los 11 años o antes, declarado por el 12,1 % de los pacientes, constituye un hallazgo relevante para orientar acciones de protección y prevención desde la niñez. No obstante, este dato no permite atribuir el inicio del consumo a una falta de supervisión parental ni establecer cómo se accedió a las sustancias. Estas circunstancias requieren un análisis específico y evidencia complementaria.

> *"…estaba solo, a mis 11 o 12 años máximo, [alcohol] es lo primero que me he comprado […] no conocía que efectos hacía, no conocía qué es lo que ocasionaba, pero ya veía de cursos mucho superiores al mío que empezaban o decían entre sí: 'hemos tomado o vamos a tomar' […] y no sabía qué hacía hasta que he tomado un sorbo y era como medio picante algo así y no me hacía nada, me he tomado toda una media botella y ya me empezó a hacer efectos medio raros, adormecer el cuerpo y me eché en la cama y me dormí (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 29 años, Viacha)".*

El testimonio anterior cuenta la experiencia del primer consumo de un paciente durante su infancia, pero resalta la declaración de "me he comprado". Es decir, a pesar de que el expendio de bebidas alcohólicas a menores de 18 años está prohibido y es pasible a sanción[12], aun siendo niño, el paciente entrevistado pudo comprar una botella de alguna bebida alcohólica, posiblemente de algún punto de venta o de alguna otra persona de mayor edad.

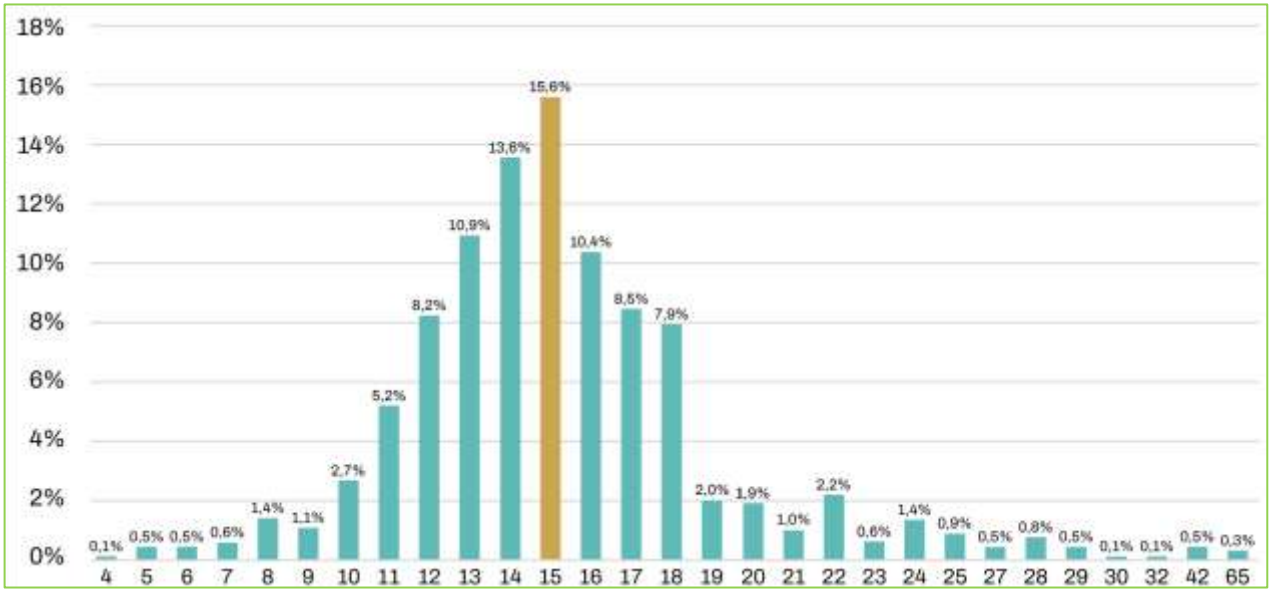
> *"Yo consumí por intermedio de mi primo, la primera vez que consumí fue a los nueve años, fue pasta base. Sabía que era droga porque de eso trabajaba [su primo] (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 25 años, San Carlos – Santa Cruz)".*

En general, dado que la compra de drogas en la niñez es más dificultosa comparado con la adolescencia, por ejemplo, lo más probable es que los niños accedan a las drogas en su mismo entorno cercano, como es el caso del último testimonio, o que se relacionen con amistades de

[12] La Ley N° 259, Ley de Control al Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas, prevé sanciones al expendio y comercialización de bebidas alcohólicas a menores de 18 años de edad en su artículo 31.

mayor edad. Pugés et al. (2010) basado en otros estudios sostiene que “cuanto más temprano se comienza a consumir, mayor es la probabilidad de progresar al abuso [consumo problemático de drogas]” (p. 332).

Gráfico 13
Eje Troncal: Pacientes por Edad del Primer Consumo de Drogas de los Pacientes en Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Comprendiendo que el primer consumo de droga ocurre, sobre todo, durante la adolescencia, la desagregación por edades simples revela que, en promedio, la edad de primer consumo de droga es a los 15 años (Gráfico 13)[13]. Como se mencionó anteriormente, el inicio temprano en el consumo de drogas es un factor de riesgo para el desarrollo hacia un consumo problemático.

A la vez, los 15 años de edad y la adolescencia en sí, supone la participación en el sistema escolar, escenario que posibilita la interacción social con otros adolescentes con igual propensión al primer consumo de droga:

[13] En otros países como en España, la edad promedio de primer consumo son los 13 años (tabaco y alcohol), 14 años para el cannabis y tranquilizantes y 15 años para otras drogas (Becoña, 2002, p. 24); según Pugés et al., el consumo de alcohol, tabaco y cannabis se inicia en España entre los 12 y 14 años (2010, p. 331).

"[A los 13 años] no fui a la escuela un día, y mi amigo me dijo: 'vamos allí, vamos a fumar, ¿quieres fumar?' y yo le dije: '¿qué es eso? ¿cómo se hace?' yo quería aprender eso y [al fumar] me atoré, porque no sabía (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 14 años, Sacaba)".

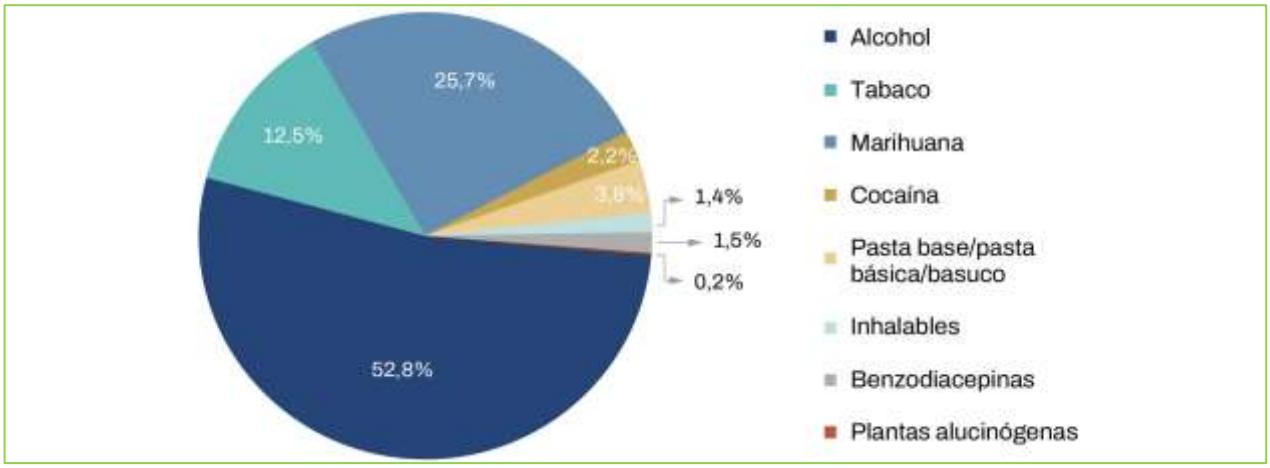
"[El primer consumo fue] a mis 17 [años], con mis amigos del colegio. Ellos salían en los recreos, se fugaban del colegio y ellos traían [alcohol] (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 27 años, Viacha)".

"La primera vez consumí alcohol ha sido en el colegio, yendo a una discoteca, la primera vez que me acuerdo, era para entrar a esa discoteca con un grupo de amigos y amigas. Bueno uno ya que sabía era un poco mayor dijo 'compraremos' y ha comprado una caja de vino, de esa caja de vinos hemos bebido todos (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 54 años, Viacha)".

De los testimonios declarados en las entrevistas efectuadas, la escuela, o más bien las relaciones sociales que se crean en la etapa escolar, son un factor importante en el evento de primer consumo de droga. Becoña afirma que las acciones preventivas sobre consumo de drogas se deben realizar antes de iniciar el primer consumo para evitar que se prosiga con el consumo de otras drogas más intensas, esto debido a que los consumidores problemáticos de drogas son policonsumidores (Becoña, 2002, p. 24).

Una investigación realizada por Pugés et al. (2010) concluye que los adolescentes que declararon haber probado el cannabis, consumían con más frecuencia tabaco y alcohol que aquellos que no lo habían probado. Diversos estudios, afirman la relación entre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes. En ellos, casi la totalidad de los adolescentes que habían probado la cocaína y la heroína habían consumido previamente tabaco, alcohol y cannabis (Pugés et al., 2010, p. 336).

Gráfico 14
Eje Troncal: Pacientes según Primera Droga Consumida, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

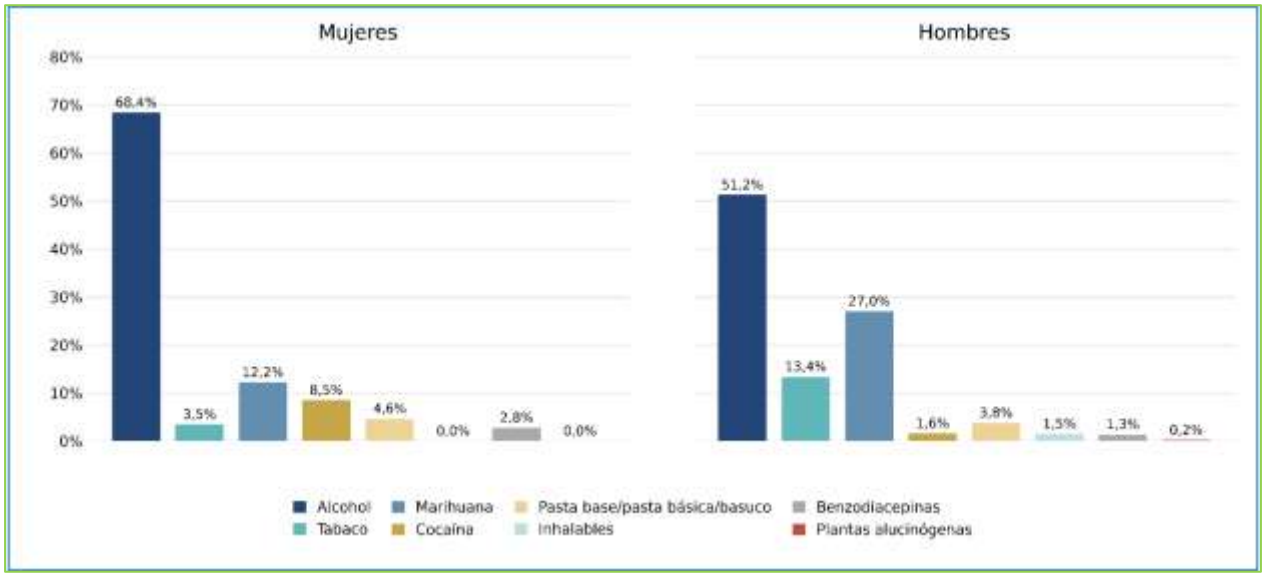
Ya describimos la edad promedio y grupo etario en el cual ocurre el evento de primer consumo de droga, pero ¿qué droga se consumió por primera vez? La encuesta aplicada muestra que más de la mitad (52,8%) consumió por primera vez el alcohol, seguido de la marihuana (25,7%), el tabaco (12,5%), la pasta base de cocaína (3,8%) y otras drogas en menor proporción.

Se observa que, el alcohol es la droga que preponderantemente se consume en el evento de primer consumo. No obstante, la cuarta parte de los pacientes de Centros de Tratamiento (25,7%) declararon haber consumido marihuana la primera vez, un porcentaje mayor que aquellos que consumieron tabaco la primera vez (12,5%) (Gráfico 14).

Según estimaciones de la UNODC, en 2022, 228 millones de personas consumieron cannabis en 2021, posicionando al cannabis como la droga más consumida en el mundo. En el caso de adolescentes de 15 y 16 años, la prevalencia de consumo de cannabis en 2021 fue mayor que la de los adultos a nivel mundial: 5,5% frente al 4,4%, respectivamente (UNODC, 2024, s.p.). Según el reporte mundial de drogas de 2020 de la UNODC, así como en el mundo, la marihuana es la sustancia que más se consume en América Latina, donde se incrementó la demanda en los últimos años (CPI, 2021, p. 22)[14].

[14] Becoña revela que, en España, la Encuesta Escolar del Plan Nacional sobre Drogas, 2002 refleja al alcohol, tabaco y cannabis con 58,0%, 30,5% y 19,4% respectivamente como las drogas de más alto consumo los últimos 30 días en la población de 14 a 18 años (2002, p. 24). Restaría aquí contrastar dicha encuesta con datos más actualespara verificar si el tabaco continúa siendo la segunda droga de mayor consumo en adolescentes españoles o si fue desplazado por la marihuana.

Gráfico 15
Eje Troncal: Primera Droga Consumida, por Sexo, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Al desagregar la información sobre la primera droga consumida según sexo (Gráfico 15), se observan patrones parcialmente coincidentes, aunque con diferencias relevantes en la magnitud de las proporciones.

En el caso de las mujeres, el 68,4% reportó haber iniciado el consumo con alcohol, constituyéndose en la sustancia de inicio predominante. En segundo lugar, se encuentra la marihuana (12,2%) y, posteriormente, la cocaína (8,5%).

Entre los hombres, el alcohol también ocupa el primer lugar como sustancia de inicio, con el 51,2%. Sin embargo, a diferencia de las mujeres, la segunda sustancia más frecuente es la marihuana (27,0%), con una proporción considerablemente mayor que la observada en mujeres, seguida del tabaco (13,4%).

Las drogas legales como el tabaco y, sobre todo, el alcohol resulta importantes en el evento de primer consumo; no obstante, la marihuana (droga ilegal) supera el porcentaje de consumo de tabaco en ambos sexos, lo que sugiere su fácil accesibilidad a pesar de ser ilegal. Por otro lado, los porcentajes expuestos sugieren un espectro más amplio de drogas de primer consumo en el caso de mujeres, donde la cocaína, pasta base de cocaína y benzodiacepinas

cuentan con un porcentaje mayor respecto a los hombres. Estos datos deben leerse dentro del marco de la muestra obtenida para este estudio.

Según la OMS, la prevalencia de último año[15] de consumo de drogas lícitas en los años 2014 y 2018 muestra que el alcohol es la droga más consumida seguida del tabaco; a la vez, los hombres presentan mayor consumo de drogas lícitas comparado con las mujeres (CPI, 2021, p. 33).

Tabla 3
Eje Troncal: Primera Droga Consumida, por Nivel Educativo, 2025
(En Porcentaje)

TIPOS DE DROGAS	SIN INSTRUCCIÓN	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	SUPERIOR INCOMPLETA	SUPERIOR COMPLETA
Alcohol	58,2%	43,1%	80,1%	44,5%	42,7%	61,9%	76,5%
Tabaco	0,0%	3,5%	0,0%	10,7%	17,7%	15,7%	11,9%
Marihuana	20,3%	41,0%	19,9%	29,8%	35,6%	14,0%	11,6%
Cocaína	5,8%	0,0%	0,0%	3,6%	2,9%	0,8%	0,0%
Pasta Base/Pasta Básica/Basuco	15,8%	12,4%	0,0%	5,9%	1,1%	2,3%	0,0%
Inhalables	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%	0,0%	1,5%	0,0%
Benzodiacepinas	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%	2,9%	0,0%
Plantas Alucinógenas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%
TOTAL	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.
Nota: Los porcentajes se calcularon con el factor de expansión dentro de cada nivel educativo. Debido al redondeo a un decimal, la suma de los porcentajes mostrados puede diferir de 100 %.

Según la Tabla 3, al igual que por rango etario, el alcohol constituye la principal sustancia "de inicio", de los pacientes de cualquier nivel de educación. Sin embargo, resalta el alto porcentaje de consumo de marihuana como droga de inicio, antes que haber consumido el tabaco, en los pacientes sin instrucción, con la primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta y secundaria completa. Por ejemplo, en los pacientes con nivel educativo de primaria incompleta, la marihuana casi alcanza al alcohol como droga de primer consumo,

[15] Prevalencia en el consumo de drogas es la proporción de personas que consumieron alguna de las principales drogas en un periodo específico de tiempo (prevalencia del consumo en el último mes, en el último año o en la vida) (OMS como secitó en CPI, 2021, p. 33).

41,0% y 43,1% respectivamente, con una diferencia mínima de solo 2,1% y muy por encima del tabaco.

En cambio, el patrón de consumo primigenio cambia en los pacientes que alcanzaron el nivel superior completo o incompleto, donde el tabaco es la segunda droga más importante en el primer consumo, quedando por debajo la marihuana. Esta diferenciación se repite, en menor medida, con la pasta base de cocaína, mediante una relación negativa, con lo cual, a menor nivel de educación, mayor consumo de pasta base de cocaína como primera droga.

En el evento de primer consumo, al último análisis se puede adicionar que, diferenciando a las drogas lícitas e ilícitas, a menor nivel educativo alcanzado, mayor el consumo de drogas ilícitas; por otro lado, a mayor nivel de educación alcanzado, menor el consumo "inicial" de drogas ilícitas.

Ahora bien, por otro lado, además de los datos cuantitativos expuestos como la edad de primer consumo de droga, el tipo de droga consumido, la primera droga consumida por sexo y nivel educativo, los resultados de las entrevistas aplicadas develaron **escenarios** de ocurrencia del primer consumo de droga, por ejemplo, las **graduaciones**[16]:

> *"Bueno, la primera vez [que consumí] era mi graduación de la normal. Una graduación como la de todos, ha sido con tradición también, pero era un tiempo en que estaba pues experimentando, digamos, prácticamente yo no había tomado [antes], era por la costumbre también y tradición también (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 48 años, Cochabamba)".*

> *"El alcohol consumí cuando ya hemos salido del cuartel, cuando ya nos hemos licenciado, en mi licenciamiento [aproximadamente a los 22 años] (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol-marihuana, 45 años, La Paz)".*

> *"[Primer consumo] a los 18 años, porque mi papá me invitó [alcohol], aparte que estábamos celebrando también mi libreta del cuartel (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 26 años, Viacha)".*

[16] La **graduación** es el acto de recibir un título al completar satisfactoriamente un plan de estudios; también se refiere a la **ceremonia** donde se celebra este logro, entregando formalmente el documento que certifica el fin de una etapa formativa. En nuestro contexto, y sobre todo en sectores populares, el paso de un hombre por el cuartel (servicio militar obligatorio), constituye parte importante de la formación cívica-educativa; por ello con frecuencia se observa eventos de celebración al obtener la libreta militar, documento que avala haber cumplido con la obligación del servicio militar obligatorio según el artículo 108, numeral 12 de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Los testimonios precedentes muestran que, en este tipo de escenarios, el consumo de alcohol es socialmente aceptado; es más, la declaración de "mi papá me invitó" refleja la legitimación familiar con la que cuenta especialmente el consumo de alcohol como elemento simbólico y cultural de celebración. En el último testimonio, es el propio padre quien induce al consumo de droga (alcohol) por primera vez, lo cual disminuye la percepción de riesgo respecto al consumo.

Otro *escenario* frecuente identificado a partir de los resultados cualitativos son las **fiestas**:

"Primero probé el alcohol a los 14 años junto con el tabaco y lo probé en una fiesta con mis amigos. Después a los 16 años probé la marihuana con el Tusi y eso fue también en una fiesta, también con amigos (Hombre, paciente por consumo problemático de Tusi, 19 años, Santa Cruz)".

"…tuve la oportunidad de conocer a otros chicos, chicas que hacían música. Entonces al principio todo fue sano, fue divertido […] justo se dio que en una de esas fiestas después del concierto, justo uno de ellos trajo [marihuana] y me dijeron: 'vamos a la terraza arriba', y …fue la primera vez que probé, fue en una pipa de agua llamada bong[17] en la cual cuando se quema, el humo se filtra por el agua y sale directamente hacia ti (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 27 años, Viacha)".

"A mis 30 años en una fiesta, como todo joven empieza (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 50 años, La Paz)".

En fiestas el consumo de drogas lícitas como sustancias desinhibidoras es común, empero, como el primer y segundo testimonio certifican, son escenarios donde se puede también acceder a drogas ilícitas. Por lo general, la asistencia a fiestas no es un hecho individual, sino más bien un hecho coordinado entre personas con previo relacionamiento social; añadido a esto, el escenario ofrece el consumo de alcohol y tabaco; y, otorga cierto anonimato al ser espacios con alta concurrencia. Por tanto, las fiestas son escenarios que brindan condiciones favorables para un primer consumo.

Por otro lado, un factor importante identificado en el evento de primer consumo son las relaciones interpersonales afectivas del círculo social del individuo previamente configuradas como las amistades:

[17] Dispositivo de filtración para fumar, comúnmente hecho de vidrio, utiliza agua para enfriar e hidratar el humo antes de inhalarlo.

“Cuando tenía 10 años, conocí malas influencias; a mis 14 años empecé a caer en al alcohol, empecé a caer con malos amigos y malas amigas que me juntaba […] La primera vez que tomé yo pensé que era feo, la verdad no quería tomar, hasta que mis amigos me dijeron que es bien tomar y así tomé, parecía algo regular (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 17 años, El Alto)”.

“Sí, me acuerdo bien [del primer consumo], a los 13 o 14 años, me acuerdo bien que hubo una curiosidad un día, una noche. Fue la marihuana. La marihuana con… yo digo amigos, pero no son amigos ¿verdad? Entonces fue con amigos de barrio. La marihuana fue la droga que probé una noche. Sí, yo me acuerdo que estaba pasando. Estaba yendo a la canchita de futsal, me gusta jugar fútbol, estaba yendo a la canchita y un día estaban dos amigos ahí, estaban escondidos en una construcción y de allá me silban y me hablan: ‘¿Quieres probar marihuana? te va a hacer alucinar, puedes echarte en tu cama y vas a sentir que estás en una discoteca’. La curiosidad mía siempre. Siempre va a haber, entonces la probé (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol y pasta base de cocaína, 33 años, Santa Cruz)”.

“…la primera vez ha sido a mis 25 años, por compartir con mis amigos en el trabajo, si me han invitado, como algo de compartir ha sido (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 57 años, Viacha)”.

Según Pugés et al. (2010), el lugar de primer consumo obtenido en su estudio fue la calle o el parque con el 53,8%; seguido de la casa de un amigo con 21,0%. Sin embargo, el 95,8% de su muestra, dijo haber consumido droga por primera vez en compañía de amigos, principalmente por curiosidad (68,0%) y la búsqueda de sensaciones nuevas (31,0%) (p. 334).

A las amistades, se suman las relaciones sentimentales de pareja como parte de las relaciones interpersonales afectivas que participan de forma importante en el evento de primer consumo de droga:

“Probé cocaína a mis 18 años con la primera pareja que tuve porque pensé que me iba a acercar más a él. Él me dijo que no me iba a pasar nada, que iba a estar bien y que solamente lo íbamos a hacer una vez y sí, acepté, accedí y ya luego lo volvimos a hacer unas cuantas veces y ya después no lo volví a hacer (Mujer, paciente por consumo problemático de Tusi, 23 años, Santa Cruz de la Sierra)”.

"Mi consumo empezó cuando yo tenía 14 años, conocí un chico que me llevó por el consumo, el consumía entonces yo tenía problemas familiares y decidí escapar de casa, cuando escapé con él, me llevó a consumir, con el pasar del tiempo yo encontré amigos que consumían y decidí juntarme con ellos y rodearme de esas personas que supuestamente me entendían a mí (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, [16] años, El Alto)".

10.1.Razones para el Consumo de Droga la Primera Vez

A los *escenarios* y las *relaciones interpersonales afectivas* identificadas durante el evento de primer consumo, se añaden las razones por las que los pacientes decidieron consumir alguna droga por primera vez.

Una de las principales razones que sobresalieron, producto de las entrevistas efectuadas a los pacientes de Centros de Tratamiento, es la **curiosidad**, como reflejan los siguientes testimonios:

"Eso fue a mis 15, 14 años he probado alcohol [primera droga consumida]. Unos pelados[18] siempre tenían bolsa con soda. Eso me dieron, alcohol con soda mezclado en una bolsa. Ahí le sentí el gusto, el gusto, más por curiosidad (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 49 años, Warnes)".

"[¿Por qué consumió droga la primera vez?] Por curiosidad, porque igual quería estar más cerca de él [enamorado], porque quería saber qué era lo que sentía él y quería experimentar eso con él y tratar de entenderlo también. Él tenía muchos problemas, antes ya había caído en una parálisis de todo su cuerpo por consumir muchas sustancias, su padre lo había dejado, no sé si desde pequeño. En ese entonces yo no sabía cómo manejarlo, cómo poder ayudarlo, y pensé que, con eso, si yo accedía a estar con él de esa manera, iba a poder ayudarlo (Mujer, paciente por consumo problemático de Tusi, 23 años, Santa Cruz de la Sierra)".

"Solo lo consumí, fui a la tienda y me compré [tabaco] por curiosidad (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 50 años, La Paz)".

[18] Chicos, jóvenes.

“Más que todo por probar algo nuevo (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 27 años, Viacha)”.

“[Marihuana] para ver qué efecto se sentía, por curiosidad (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, [23] años, Viacha)”.

Los testimonios expuestos muestran que, durante el evento de primer consumo, las personas no tienen la intención de desarrollar un consumo problemático de drogas, sino que más bien se inicia con un deseo de satisfacción de una curiosidad o de experimentación, usualmente en la adolescencia y juventud como se vio anteriormente.

Por otro lado, los factores identificados no operan de forma independiente, por ejemplo, en el segundo testimonio, una de las entrevistadas señaló que su pareja “ya había caído en una parálisis de todo su cuerpo por consumir muchas sustancias”, por lo que ya tenía consciencia de las consecuencias negativas que podría implicar el consumo de drogas; sin embargo, aquí, la curiosidad se entremezcla con el factor de *relaciones interpersonales afectivas*, donde la pareja motiva y facilita la satisfacción de la curiosidad.

Otra de las razones sobresalientes de las entrevistas efectuadas para el primer consumo de drogas es el **sentido de pertenencia**, el cual consiste en la intención consciente del individuo por ingresar, pertenecer o permanecer en un grupo social, elemento fundamental en la formación de la identidad individual:

“Probé el cigarrillo a mis dieciséis o diecisiete años […] Era por experimentar, es que tenía mucha presión en el colegio, yo era la chica más tranquila del curso, no tenía ni chico, ni esas cosas, me daba miedo […] pero los chicos, las chicas [compañeros de colegio] me decían: ‘ay, pero ya deberías tener tu novio, por qué te haces a la santa’. Fue ahí donde me retaron, me dijeron: ‘eres una loser[19], si no fumas esto, te vamos a ralear[20], te vamos a hacer bullying’. Como tipo retos, y fue ahí donde experimenté, agarré, lo fumé, lo inhalé, como dicen lo aspiran (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 29 años, Sacaba)”.

[19] . Perdedora.

[20] . Aislar.

Esta declaración muestra que la aceptación dentro del grupo social puede estar condicionado a ciertos requisitos o comportamientos, en este caso de consumo de drogas con mediación de la *presión social*.

Ante la pregunta: ¿por qué probó droga la primera vez? Algunas respuestas de los entrevistados son:

> *"Por aparentar ser hombre, por no quedar menos que los compañeros. Quería ser igual que ellos. (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 67 años, Cotoca)".*

> *"Por agradar a los demás, por entrar al entorno (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 40 años, La Paz)".*

> *"Por curiosidad, por no quedar atrás, claro, por las amistades (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)".*

El primer fragmento corresponde a un paciente exmilitar que afirmó haber consumido droga "por aparentar ser hombre"; esto refleja la concepción de masculinidad en ciertos círculos que relacionan el "ser hombre" con el consumo de drogas. Posiblemente, lo mencionado tenga que ver con que la probabilidad de consumo de drogas sea mayor en hombres que en mujeres, pues una de las características de la masculinidad sería el consumo de drogas, por tanto, el consumo de drogas formaría parte de la identidad masculina[21].

Paralelamente, los pacientes entrevistados señalaron que el primer consumo de droga se hizo: "por no quedar menos con los compañeros", por ser "igual que ellos" y por "no quedar atrás", lo que refleja la intención consciente de asemejar el comportamiento individual al comportamiento del grupo social al cual se quiere agradar o pertenecer y que tienen normalizado el consumo de ciertas drogas. Así, la imitación en el consumo de droga converge en una integración social que solidifica los lazos e identificación de grupo.

A los elementos de *curiosidad* y *sentido de pertenencia* se añade los **estados emocionales críticos** como el estrés, la ansiedad y la depresión, ocasionados por problemas individuales, familiares, de pareja, o problemas laborales:

[21] . Según el *Informe Mundial sobre las Drogas 2024*, más de tres cuartas partes de las personas que consumen drogas a nivel mundial son hombres (UNODC, 2024, s.p.).

“A mis 13 años yo tenía problemas familiares y de ese problema familiar se volvió más grande y mi papá entró preso, entonces yo empecé a ir donde mía tía y me sentía sola y salía a las calles, entonces ahí me encontré con una amiga que conocía antes. Ella me estaba dando consejos, pero ella estaba metida en el alcohol y las drogas, entonces ella me dijo: ‘ven, vamos a calmar este dolor’ y entonces yo fui, ahí probé por primera vez el alcohol, y empecé a tomar cada día más, más, más y más, y poco a poco la sustancia se hacía más, de más alta calidad, entonces a los 14 años empecé a consumir la marihuana donde ya no he podido salir más de la adicción (Mujer, paciente por consumo problemático de marihuana, 17 años, El Alto)”.

“En el penal he conocido la marihuana a los 23 años, había un chico sin sección, se me acercó y me dijo: ‘de qué estas llorando, tranquilízate, esto te va calmar’. Era un relajante [marihuana], me relajaba mis nervios por estar allí adentro [penal] o esa ansiedad de querer salir, porque incluso nos dejaban sacar la basura hasta la puerta y yo tenía esa ansiedad incluso de salirme corriendo, de irme, de escapar de ese lugar, la verdad para mí ha sido muy estresante, muy traumático estar en [el penal de] San Pedro (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 26 años, Viacha)”.

“…se podría decir [que consumió droga] por decepción, porque perdí a mis padres, estaba decepcionado de quedarme solo, y perdí a mi esposa, por decepción (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 44 años, Warnes)”.

“…en general [el primer consumo] fue porque caí en depresión, empecé con el tabaco antes que el alcohol, empecé a escuchar música triste, solito, fumando cigarro; mis amigos del colegio me decían ‘salgamos a una fiesta, estás muy apagado’ (Hombre, paciente por consumo problemático de Tusi, 19 años, Santa Cruz)”.

La dificultad para recurrir a figuras emocionalmente cercanas en estados de estrés es una de las posibles causas de un historial de experiencias relacionales negativas en el desarrollo temprano. De esta forma, el riesgo de consumo se ha explicado a partir de las estrategias de regulación emocional y afrontamiento de situaciones adversas características de cada estilo de apego, donde las personas con un apego inseguro pueden utilizar drogas como estrategia alternativa para lidiar con el estrés emocional (Schindler et al., 2005).

En la literatura se ha explicado la ocurrencia del consumo de sustancias desde la teoría del apego, lo cual nos lleva a entender el uso de drogas como una forma de regulación emocional,

cuya función sería reconfortar ante estados de estrés (Khantzian, 2012). Así, las sustancias servirían como mecanismo de reemplazo a la función que usualmente cumplen las figuras de apego (Höfler & Kooyman, 1996) en individuos que no establecen intimidad y cercanía interpersonal. Precisamente, un elemento común en los testimonios citados es la ausencia del núcleo social cercano que coadyuve a gestionar los estados emocionales críticos, por lo que el consumo de drogas funge como una salida o escape momentáneo, como un mecanismo para afrontar situaciones adversas ante una inadecuada gestión de las emociones.

11. CARACTERÍSTICAS SOBRE EL DESARROLLO HACIA UN CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

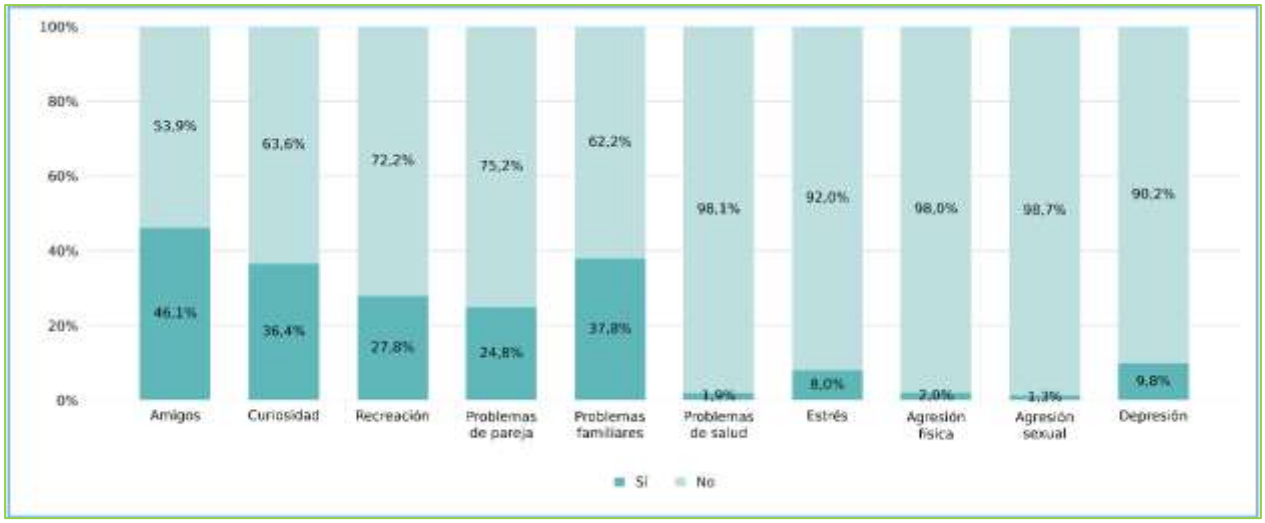
11.1 Razones de Reincidencia en el Consumo de Drogas

Luego del primer consumo de droga, para el desarrollo del consumo problemático, los pacientes tuvieron que reincidir o repetir el consumo. En este sentido, resulta relevante identificar los motivos que los propios pacientes señalaron como asociados a su decisión de continuar consumiendo alcohol, tabaco u otras drogas con mayor frecuencia. El gráfico siguiente muestra los principales motivos declarados.

Gráfico 16

Eje Troncal: Motivo por el cual Decidió Consumir Alcohol, Tabaco o Drogas con Mayor Frecuencia

(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

El Gráfico 16 muestra que la influencia de amigos, los problemas familiares y la curiosidad fueron los motivos mencionados con mayor frecuencia por los pacientes para incrementar el consumo de alcohol, tabaco o drogas.

El 46,1 % señaló la influencia de amigos; el 37,8 %, los problemas familiares; y el 36,4 %, la curiosidad. Les siguieron la recreación o diversión (27,8 %) y los problemas de pareja (24,8 %). Estos porcentajes corresponden a una pregunta de respuesta múltiple, por lo que una misma persona pudo señalar más de un motivo. Los resultados describen las razones declaradas por los pacientes y no permiten establecer, por sí solos, relaciones causales.

Este dato es consistente con los testimonios que analizamos anteriormente. Las ***relaciones interpersonales afectivas*** no solo inducen al primer consumo, sino también a la reincidencia del mismo. Dada la ilegalidad o sanción social respecto al consumo de drogas, estos grupos de pares se tornan huidizos o frecuentan lugares “ocultos”, lo cual aísla al individuo del contacto con otros entornos sociales y, a la vez, refuerza la cohesión del grupo de consumo, entonces el consumo se vuelve una actividad necesaria para pertenecer al círculo social, convirtiéndose en un “consumo de convivencia”.

“Luego del primer consumo después de un mes recién otra vez ese amigo [de primer consumo] me ha dado [droga] y ya desde esa vez he ido comprando cada semana, cada dos semanas (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base, 23 años, Viacha)”.

“…después de esas primeras veces [de consumo], como fue divertido, junto con otros amigos me decían ‘hay que repetirlo’, y yo también me dejé llevar con ellos y bueno, lo fuimos repitiendo ya ocasionalmente así, una ocasión especial, un cumpleaños, un concierto, y poco a poco eso ya se fue tornando en algo más, más diario, más común (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 27 años, Viacha)”.

“Porque andaba con el mismo grupo de universidad, siempre había reuniones o saliendo de clases y ya tomábamos [alcohol] (hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 40 años, La Paz)”.

Por otro lado, los problemas familiares y problemas de pareja como uno de los principales motivos para continuar con el consumo de droga. Esto se relaciona con lo que en el anterior acápite se denominó ***estados emocionales críticos***, lo que involucra al estrés, la ansiedad y la depresión, ocasionados por problemas familiares o de pareja, como reflejan las siguientes declaraciones:

“No te das cuenta cuando entras [al consumo problemático], puede ser por una decepción que tu mujer te haya engañado, o tu ñata[22], y los amigos mismo te llevan a ello, cuando ya te das cuenta ya estás chupando[23], ya estás perdiendo el trabajo, ya no tienes plata, ya no tienes cuenta [de banco] y ahí se acabó. Desgraciadamente son decepciones de familia, esposas, ñatas… (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 50 años, La Paz)”.

“Me afectó el que ya no estaba con él [enamorado] y me aferré a eso, pero después ya lo hice por costumbre [consumo de droga], por tratar de verme junto a él o acercarme de alguna u otra manera. Buscaba acercarme más que todo a él. Pero no fue así, terminó arruinándome (Mujer, paciente por consumo problemático de Tusi, 23 años, Santa Cruz de la Sierra)”.

[22] . Enamorada.

[23] . Consumiendo bebidas alcohólicas.

En estos casos, el fin de la reincidencia del consumo de droga es el escape del estado emocional crítico por el cual se atraviesa, la droga constituye un recurso para afrontar y, digamos, "anestesiar" el dolor, la frustración o soledad.

También resalta en el Gráfico 16, el porcentaje que atribuye a la **curiosidad y a la recreación** como motivo de la reiteración del consumo. Esto sugiere que, para una parte importante de los pacientes, el consumo frecuente no nace del dolor, sino de la búsqueda de placer o de la exploración de sensaciones sin advertir que es una puerta de entrada para el desarrollo de un consumo problemático[24].

> *"[Luego del primer consumo estaba] asustado obviamente poque mi sensibilidad era muy, o sea era bien sensible a esas cosas, nunca había pasado en mi vida, entonces 'nunca más lo vuelvo a hacer' dije, pero después había algo dentro de mí para que otra vuelta lo haga, porque tenía más curiosidad, quizás había otros nuevos efectos, porque me sentí más fuerte, más valiente así (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 29 años, Viacha)".*

Dicho esto, es importante notar que la "curiosidad" (36,4%) tiene casi el mismo peso que los "problemas familiares" (37,8%), lo que lleva a pensar que la continuidad del consumo ocurre tanto por "querer experimentar" como por "querer olvidar".

11.2. Adicción al Consumo de Drogas

La continuidad y repetición del consumo de drogas puede contribuir al desarrollo de patrones de consumo problemático cuando aumenta su frecuencia, intensidad o impacto en diferentes ámbitos de la vida de la persona. En determinados casos, este patrón puede evolucionar hacia una adicción, caracterizada por una pérdida progresiva del control sobre el consumo, una fuerte necesidad de consumir y la priorización de la sustancia por encima de otras actividades y responsabilidades.

> *"La fase de consolidación del consumo de una sustancia es aquella donde se da el paso del uso al abuso y a la dependencia. El elemento fundamental que va a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. En función de las mismas, la persona decidirá continuar o no consumiendo esa*

[24] En los últimos años, se incrementó el consumo de drogas como forma de recreación o de prolongación e intensificación de la diversión (Becoña, 2002, p. 56).

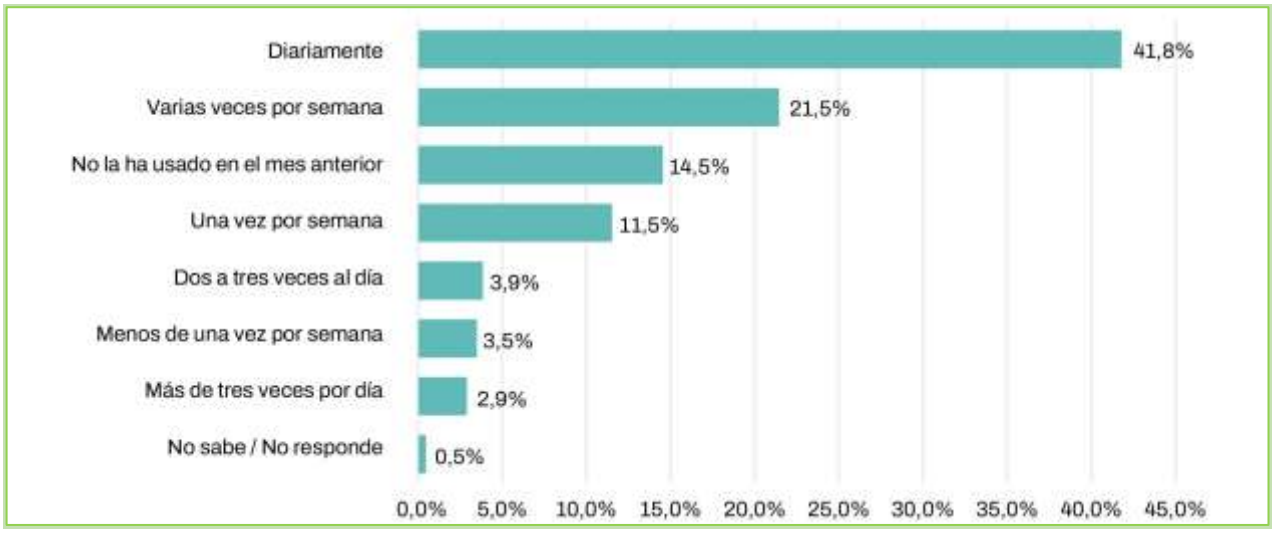
sustancia. Sus iguales pueden o no aceptar su conducta; pueden reforzarla o castigarla (Becoña, 2002, p. 57)".

En la actualidad el consumo problemático de drogas es reconocido como una enfermedad multifactorial cuyo origen, desarrollo y mantenimiento se atribuyen a diversos factores de índole genético, neurológico, psicológico o de personalidad, también al contexto socioeconómico y familiar, entre otros (Páramo et al., 2015; Souza y Cruz, 2010, como se citó en Medina et al., 2010, p.88).

Algunos indicadores para diagnosticar una adicción son: consumo de drogas durante intentos de abandono del consumo; el deseo de dejar de consumir; neuroadaptación como la tolerancia o la dependencia; conductas de búsqueda de droga en desmedro del desarrollo de otras actividades prioritarias para el individuo; rápido resurgimiento de la dependencia después de un periodo de abstinencia (Becoña, 2002, p. 48).

En la encuesta efectuada, se preguntó a los pacientes de Centros de Tratamiento la frecuencia con la que consumían alguna droga durante el último mes antes de ser internados. Al respecto, los encuestados respondieron:

Gráfico 17
Eje Troncal: Pacientes según frecuencia de consumo de la primera sustancia consumida, durante los 30 días previos al ingreso al centro, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Como muestra el Gráfico 17, 4 de cada 10 personas (41,8%) consumían drogas diariamente antes de ingresar a los Centros de Tratamiento; seguidamente, el 21,5% declararon que consumían varias veces por semana; con el 14,5% se encuentran los que no consumieron el mes anterior; luego, con el 11,5% están aquellos que consumían una vez por semana; por debajo se sitúan los pacientes que consumían droga de dos a tres veces por día (3,9%), menos de una vez por semana (3,5%) y más de tres veces por día (2,9%).

Partiendo del dato de mayor frecuencia, por supuesto, un consumo diario denota ya una anomalía o consumo problemático, perjudicando las actividades cotidianas o perspectivas de planificación futura como lo exponen los siguientes testimonios:

> *"…desde el 2021 que ocurrió la fallecimiento de mi abuelo, los problemas familiares, económicos, disputas internas, eh más que todo la razón principal fue mi depresión, fue lo que me llevo a consumir ya, diariamente, todos los días, debería ser unas tres veces al día que consumía la marihuana o dos, entre dos a tres veces, entonces ya iba, me compraba, me hacía durar una semana y media, casi dos semanas lo que eran 10 gramos, y así ya llevaba un estilo de vida (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 27 años, Viacha)".*

> *"[Consumía] pasta base todos los días. O sea, en la mañana al despertar le tiraba un billazo[25] o fumaba una vez en la mañanita al despertar, porque ya no podía ni despertar, a veces venían mis amigos, me despertaban, ellos ya sabían, ellos ya me pasaban, yo con eso ya despertaba. Después de eso, desde las seis de la mañana a veces le echaba hasta las doce del mediodía; de las doce del mediodía hasta las cuatro le echaba la marihuana, la hierba; desde las doce hasta las ocho le echaba fluni[26]; y de ocho hasta las doce de la noche sería que le echaba la pila[27]; y desde las doce de la noche ya me inyectaba (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 25 años, San Carlos – Santa Cruz)".*

> *"[Consumía] a diario. Si no había un día me quería volver loco. Si no había un día, era cuando malvendía mis cosas, lo remataba (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 44 años, Warnes)".*

[25] . Fumar, con solo una aspiración.

[26] . Benzodiacepina, fármaco hipnótico capaz de producir depresión del sistema nervioso central.

[27] . Droga en pastilla.

El primer testimonio corresponde a un consumo problemático por “depresión”. Como se mencionó anteriormente, los ***estados emocionales críticos*** son un motivante para iniciar el consumo, para reincidir el consumo, pero también para desarrollar el consumo problemático. El segundo testimonio va más allá, tratándose incluso de un policonsumo de drogas y, por último, el tercer testimonio refleja incluso un estado de dependencia del consumo de droga.

Precisamente, cuando se alcanza el consumo problemático de drogas, la prioridad es la reiteración del consumo y las acciones se orientan a conseguir la sustancia a ser consumida en **desmedro de bienes materiales individuales o familiares**.

> *“…gastaba la plata como papel, no sabía aprovechar, ni para comprarme una casa, ahí es donde ha sido más frecuente mi consumo, después ya se me ha hecho un vicio, un día sin tomar no podía estar, siempre tenía que tomar una cerveza o un vino, o cualquier cosa, en mi casa también no me dejaban consumir […] se han renegado y me han botado de mi casa, eso ha sido más el consumo cuando me han botado de mi casa, ya más he empezado a tomar, y de ahí, ha muerto mi esposa más me he dedicado a tomar, quería matarme, he tratado de matarme dos, tres veces, he tomado raticida, he tomado lavandina (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 57 años, Viacha)”.*

> *“La droga que me trajo problemas fue la pasta base [consumo diario] porque se me hizo una adicción y cuando ya la quise dejar no podía, no tenía fuerza. Ella destruyó mis valores, mis principios, mis sueños, mis anhelos, mis metas. Y bueno pues, me hizo perder muchas cosas (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia).*
> *Eso era pues... Una vez a la semana ¿no? Antes de llegar acá, como le digo, me iba a la cancha. A mí me gusta el fútbol. Yo saliendo de la cárcel, yo siempre, a apoyar a mi equipo. Bien me iba al estadio, bien me iba a la cancha. Entonces pues ahí celebraban, bien ganaban los pelados, bien perdían, y ya estábamos tomando cerveza (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol y pasta base de cocaína, 33 años, Santa Cruz)”.*

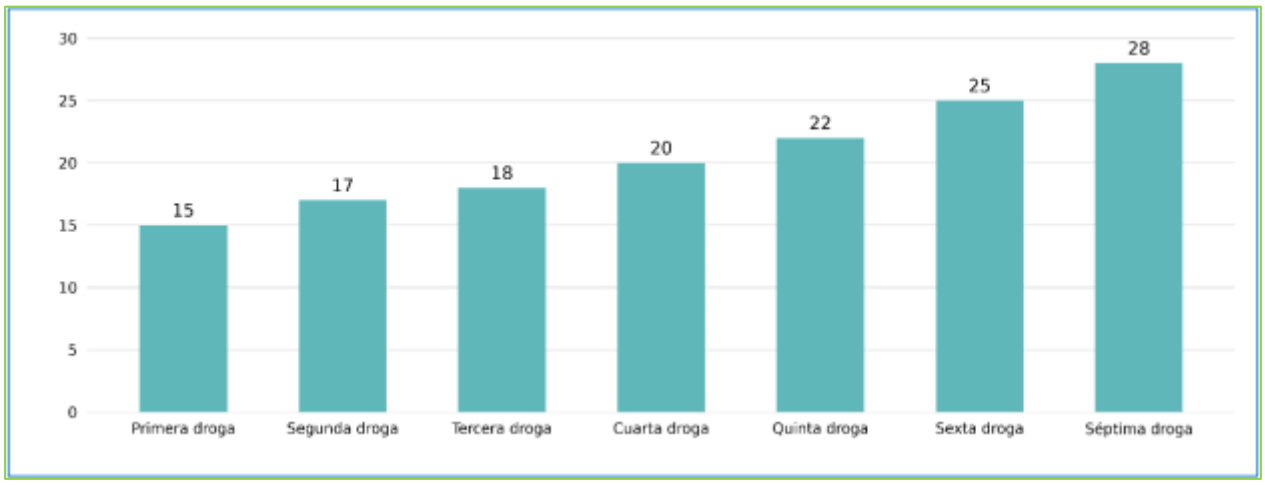
Finalmente, es posible afirmar que el consumo problemático de drogas tiene una serie de implicaciones negativas para los consumidores que van desde la exclusión familiar, pérdida de recursos económicos y como uno de los entrevistados señala: destrucción de valores, principios, sueños, anhelos y metas.

11.3. Policonsumo de Drogas

Según la UNODC, el *policonsumo de drogas* es el "consumo de más de una droga o de más de un tipo de droga por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra, y por lo general, con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga" (2015, p. 96). En la actualidad, la variedad y el acceso a las drogas se ha ampliado, complejizando los hábitos de consumo de drogas y haciendo más frecuente el policonsumo de las mismas (UNODC, 2024)[28].

Los pacientes abordados en esta investigación, revelaron experiencias de policonsumo de drogas en la encuesta y en las entrevistas efectuadas, siendo éste una acción implícita del consumo problemático de drogas. Es decir, la adhesión al consumo problemático de más tipos de droga de forma simultánea o después de la anterior droga consumida.

Gráfico 18
Eje Troncal: Edad Promedio de las Drogas Consumidas a lo Largo de la Vida de los Pacientes, 2025
(En Años Cumplidos)



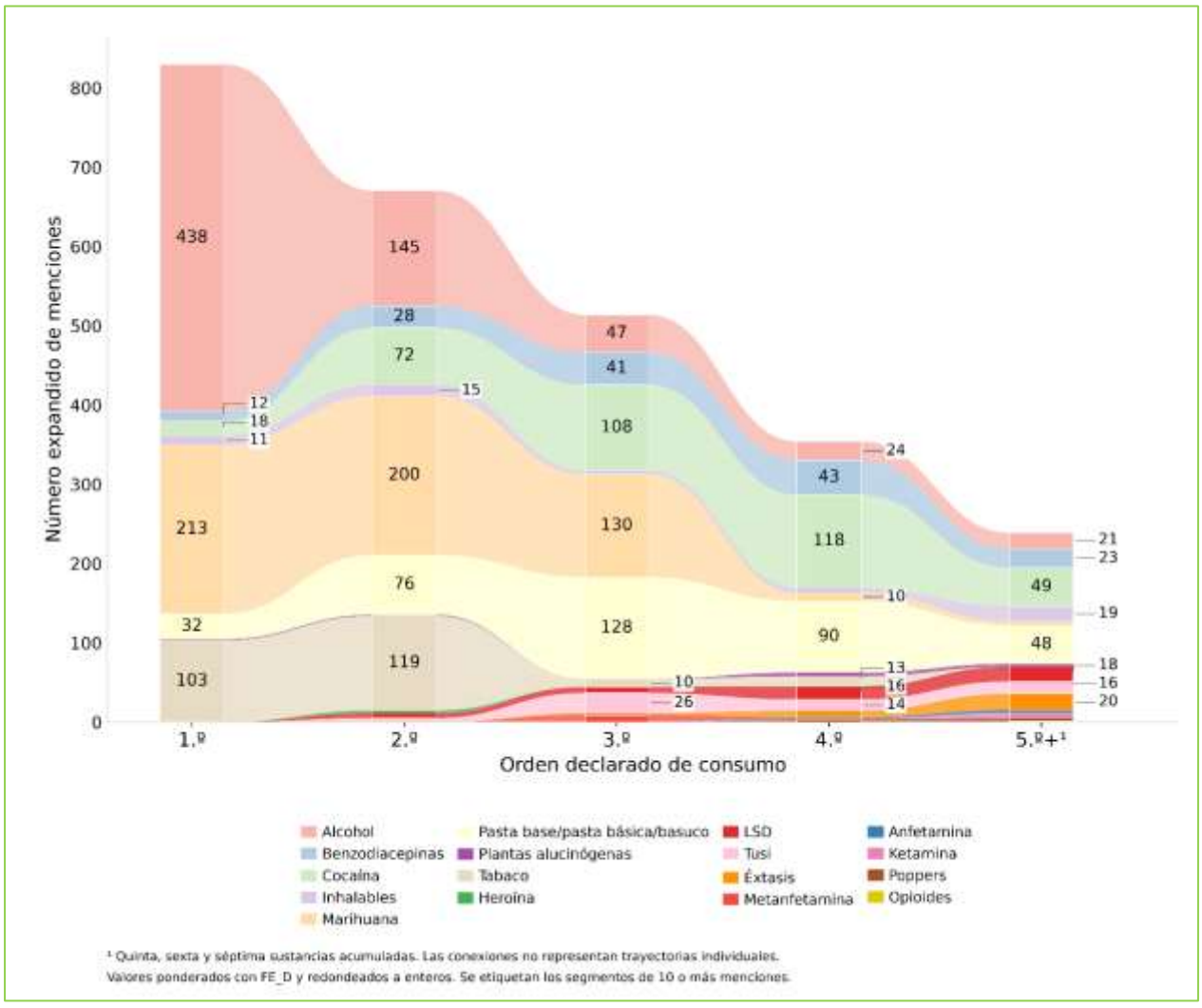
Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

El Gráfico 18 expone la edad promedio de consumo de droga según prelación. Como se mencionó en el acápite de "características del primer consumo de droga", la edad promedio para

[28] Este concepto se relaciona a la *politoxicomanía, poliadicción* o *uso de sustancias múltiples*, cuando un consumidor es diagnosticado dependiente de dos o más drogas; o cuando consume otras drogas por disponibilidad inmediata, para contrarrestar los efectos del síndrome de abstinencia o para incrementar los efectos de una droga (Becoña, 2002, p. 54).

el primer consumo de droga son los 15 años; a los 17 años en promedio, los pacientes en Centros de Tratamiento ya consumieron una segunda droga; a los 18 años ocurrió el consumo de una tercera droga; la cuarta droga se consumió a los 20 años en promedio; la quinta a los 22, la sexta a los 25 y la séptima a los 28 años de edad[29].

Gráfico 19
Eje Troncal: Drogas Consumidas a lo Largo de la Vida del Paciente, 2025
(En Número)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

[29] . Según la encuesta, los pacientes de los centros de tratamiento, rehabilitación y reintegración declararon haber consumido hasta siete tipos de drogas a lo largo de su vida.

El Gráfico 19 presenta las sustancias consumidas a lo largo de la vida de los pacientes según el orden declarado en la encuesta. Los valores corresponden a menciones ponderadas mediante el factor de expansión, redondeadas a números enteros. Como primera sustancia consumida, predominó el alcohol, con 438 menciones expandidas, seguido de la marihuana (213) y el tabaco (103). Estas cifras describen las sustancias señaladas por distintos pacientes en la primera posición; no indican que todos hayan iniciado el consumo siguiendo una misma secuencia.

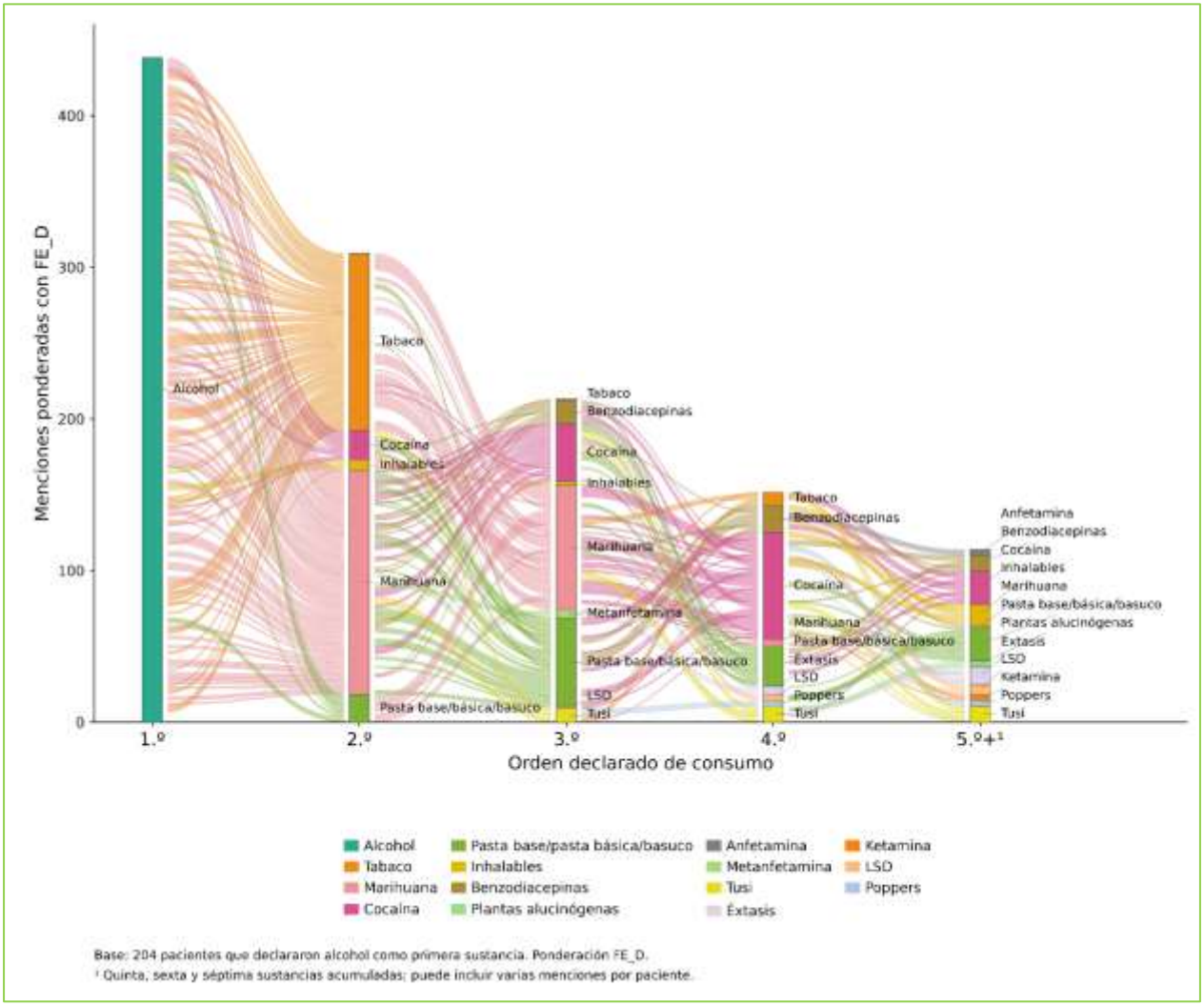
En la segunda posición, la marihuana registró el mayor número de menciones expandidas (200), seguida del alcohol (145) y el tabaco (119). En la tercera posición, las sustancias más mencionadas fueron la marihuana (130), la pasta base/pasta básica/basuco (128) y la cocaína (108).

En la cuarta posición, predominó la cocaína (118), seguida de la pasta base/pasta básica/basuco (90) y las benzodiacepinas (43). La última barra, denominada «5.º+», acumula las menciones de la quinta, sexta y séptima sustancias. En esta agrupación, la cocaína y la pasta base/pasta básica/basuco registraron 49 y 48 menciones expandidas, respectivamente. Una misma persona puede aportar más de una mención a esta barra.

En conjunto, el alcohol y el tabaco tuvieron mayor presencia en las primeras posiciones, mientras que la cocaína y la pasta base/pasta básica/basuco adquirieron mayor relevancia en posiciones posteriores. La marihuana estuvo presente desde la primera posición y fue la sustancia más mencionada en la segunda y la tercera. Estos resultados describen los antecedentes declarados por los pacientes, pero no permiten establecer una progresión común entre sustancias ni explicar el orden observado por su accesibilidad o aceptación social. Además, cada posición comprende un grupo diferente de pacientes, por lo que las conexiones del gráfico no representan trayectorias individuales.

Gráfico 20

Eje Troncal: Trayectorias de Consumo de personas que Iniciaron con Alcohol, 2025



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

El Gráfico 20 muestra las trayectorias de aquellos pacientes cuya primera droga consumida fue el alcohol. De esta forma, en la segunda barra del eje “orden de consumo” se observa que los pacientes que comenzaron con el consumo de alcohol, consumieron luego preponderantemente marihuana y tabaco, pasando después al consumo de pasta base y cocaína (tercera barra), posteriormente se adhiere el consumo de benzodiacepinas (cuarta barra) y éxtasis (quinta barra).

“Eso ya ha sido ya con compañeros de trabajo, he llegado a conocer con jóvenes también, bueno con mis ayudantes, en una de esas estábamos tomando [bebidas alcohólicas] y probé [marihuana], totalmente me ha hecho loquear con eso, sinceramente todo era chiste, daba risa, pero al último no me acuerdo de nada ni de cómo llegue a mi casa (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 45 años, La Paz)”.

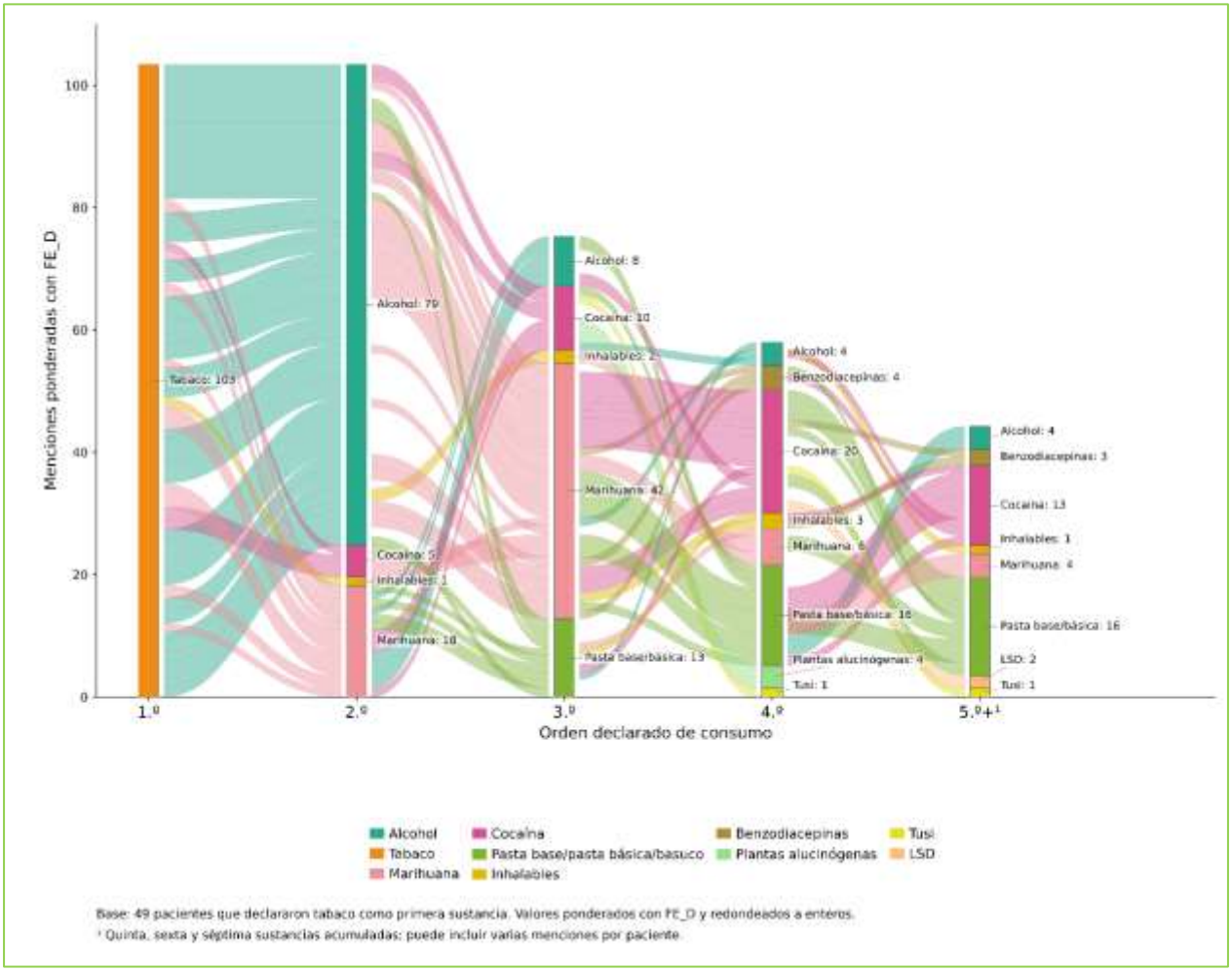
“[Consumo de marihuana después de alcohol] Con mi amigo del colegio a los 16 años, en una fiesta era, ese amigo me ha llevado a la fiesta donde había varios personajes y según mi amigo me decía que la marihuana acompañaba al alcohol y ya caí ahí (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base, 23 años, Viacha)”.

“Tal vez una noche de discoteca. Una noche de boliche, tal vez. Porque un amigo la consiguió y me dijo: ‘estás muy borracho, ¿quieres probar esto? para que te pase’. Y me invitó y lo probé y me sentí ya que otra vez volví en sí, digamos (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol y pasta base de cocaína, 33 años, Santa Cruz)”.

“[1ra. vez cocaína] me encontraba yo borracho y uno de mis amigos me dijo: ‘¿querés sanar?’, ‘ajá’ le dije. Entonces agarró y me invitó, recuperé y me gustó. Y cada vez que bebía a cualquier fiesta ya yo andaba con mi paquete, con mi buen tantito para no emborracharme (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)”.

Gráfico 21

Eje Troncal: Trayectorias de Consumo de Personas que Iniciaron con Tabaco, 2025



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

El Gráfico 21 presenta las trayectorias declaradas por los pacientes que señalaron al tabaco como primera sustancia consumida. En la segunda posición predominó el alcohol, con aproximadamente 79 menciones expandidas, seguido de la marihuana (18). En la tercera posición, las sustancias más mencionadas fueron la marihuana (42), la pasta base/pasta básica/basuco (13) y la cocaína (10).

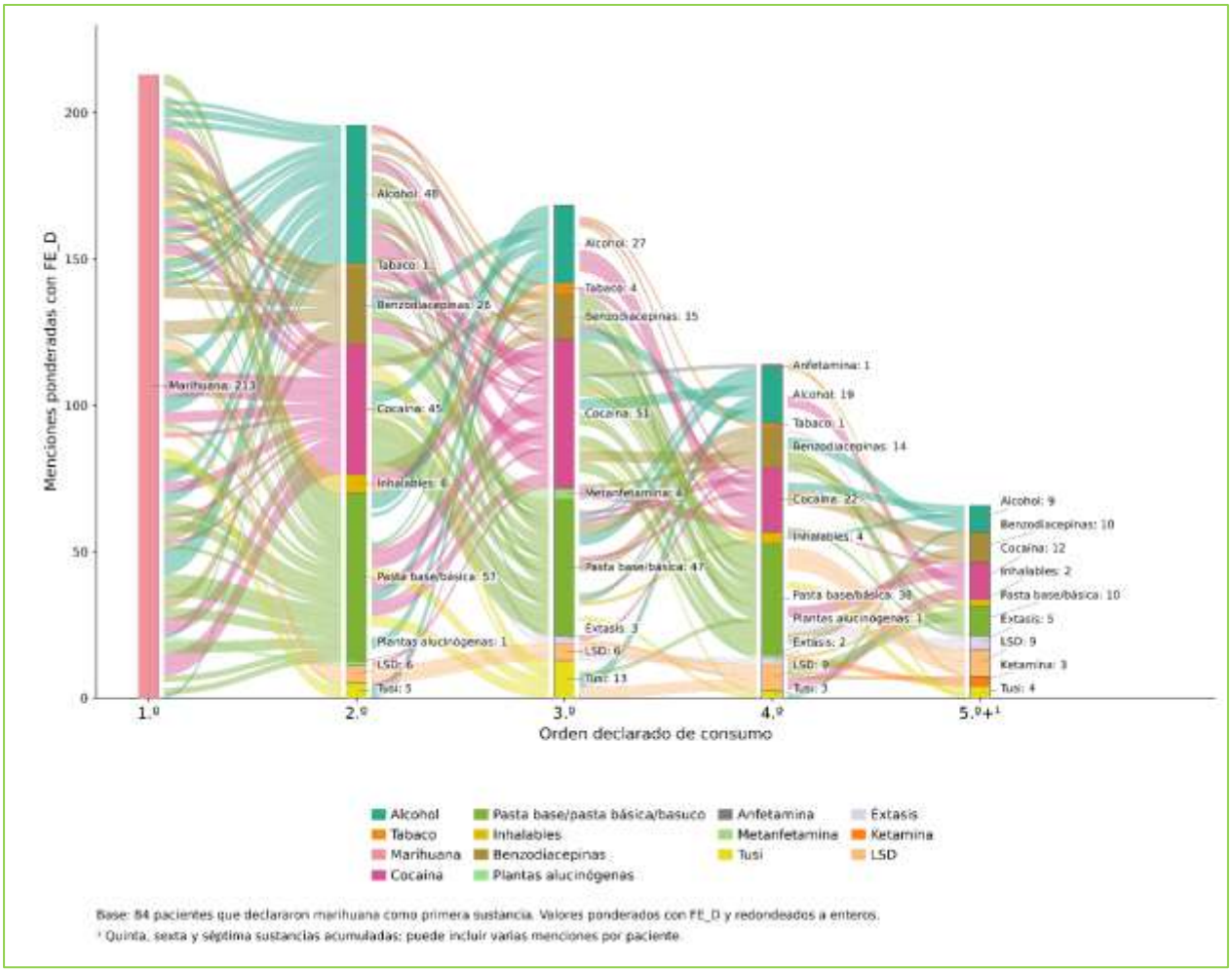
En la cuarta posición destacaron la cocaína (20) y la pasta base/pasta básica/basuco (16). Estas sustancias también tuvieron mayor presencia en la categoría «5.º+», que acumula las menciones de la quinta, sexta y séptima sustancias, con aproximadamente 13 y 16 menciones

expandidas, respectivamente. Los resultados muestran distintas secuencias declaradas y no una trayectoria única seguida por todos los pacientes.

Como se observó en el Gráfico 14, el tabaco ocupó el tercer lugar entre las primeras sustancias consumidas, después del alcohol y la marihuana. El análisis del Gráfico 21 corresponde a 49 pacientes que declararon haber iniciado con tabaco. Por ello, las diferencias en la variedad y magnitud de las conexiones respecto de otros grupos deben interpretarse considerando sus distintos tamaños, sin atribuirlas únicamente a la sustancia de inicio.

Gráfico 22

Eje Troncal: Trayectorias de Consumo de Personas que Iniciaron con Marihuana, 2025



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Para aquellos pacientes cuya primera droga consumida fue la marihuana, pasaron a consumir principalmente la pasta base de cocaína, el alcohol, la cocaína y benzodiacepinas (segunda barra), patrón similar ocurre en la tercera y cuarta droga consumida, empero en la quinta, se adhieren otros tipos de drogas como el LSD, éxtasis, Tusi, inhalables y ketamina. (Gráfico 22)

> *"Claro, he consumido la primera droga fue marihuana, me encontraba en la edad de 14 años. Después enseguida vino la cocaína, y bueno, la pasta base ya fue lo peor. Las probé con las amistades (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)".*

> *"La pasta base era con mi primo, yo tenía 16 y él habrá tenido unos 20 años. Yo fumaba marihuana normal, no perdía ni mi trabajo nada, yo lo veía como un tabaco, porque me hacía dar hambre, especialmente me hacía reír, y luego me ha dicho mi primo que él fumaba pasta base y me dijo: 'tengo algo mejor que la marihuana' me dijo, y yo le dije 'a ver', 'casi tiene el mismo efecto' me dice, la probé, la fumé y solo me hizo esconder en cuatro paredes, me hizo asustar, no me daba hambre, me hacía temblar, nada más (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base, 23 años, Viacha)".*

> *"…la primera vez que probé cocaína fue justo en una reunión de amigos, en la tarde nos reunimos todo, estábamos fumando [marihuana] como de costumbre, ya era, era algo tranquilo ya, el efecto ya lo tenía conocido ya, era como fumar un cigarro casi, entonces escuchando música, charlando, justo llega uno de ellos, como siempre el amigo de un amigo que llega y nos dice; he traído esto. Justo veo y era cocaína pues, entonces me dice así; 'toma, probalo', y yo tampoco no lo dudé, para mí digamos ya era algo como que podía manejarlo (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 27 años, Viacha)".*

En el policonsumo, la adhesión de drogas consumidas va de la mano con la frecuencia de consumo, lo cual va generando *tolerancia* a las sustancias y, al disminuir el efecto de la droga, la búsqueda de otras sustancias o el incremento de la dosis. Algunos ejemplos son:

"[Consumí] la hierba, está la marihuana, la pasta base, fluni, está después lo que me inyectaba, después el perico[30], la pila, después la papa[31] (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 25 años, San Carlos – Santa Cruz)".

"Eso me dolía bastante [problemas familiares], trataba de no acordarme de eso y donde sentía que el alcohol no me hacía pasar esa rabia. Buscaba ya una sensación más fuerte, que era la cocaína. Si no pillaba[32] cocaína, era la marihuana. Si no pillaba marihuana, era pasta base. Pero una de las tres drogas tenía que pillar (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol y pasta base de cocaína, 33 años, Santa Cruz)".

"La primera vez probé cocaína con él [enamorado] y luego ya después, porque ya no quise consumir cocaína, él consiguió por sus amigos marihuana. Y él me dijo para probar marihuana […] él comenzó a decirme a mí que yo consuma, porque no era tan grave como la cocaína y cosas así. Entonces yo caí en esa red otra vez y consumí marihuana a través de brownie. Luego después de eso, las pepas, pero eso ya fue cuando nos separamos. Teníamos un grupo de amigos al cual hicimos una fiesta y ahí llegó un amigo con esas sustancias y nos invitó a todos, y de ahí consumí ya yo esas sustancias. Después el Tusi, el Tusi lo conseguí por el mismo grupo de amigos igual, porque ellos ya consumían y me hicieron probar a mí y ya no lo dejé (Mujer, paciente por consumo problemático de Tusi, 23 años, Santa Cruz de la Sierra)".

"…estaba solo, no sabía qué hacer entonces poco a poco empecé a querer conocer más cosas que no había conocido, tenía mucha curiosidad y poco a poco se había empezado ya a perder la sensibilidad que yo tenía, porque de una cosa paso a la otra cosa y a la otra cosa, ya empecé con el alcohol, después ya empecé a poner clefa en una bolsa para ver que sentía, pintura y hasta a veces tinner, después de las garrafas que ya estaban casi vacías, las abría, ponía mi boca y ya todo el gas entraba a mi cuerpo, y empezaba a escuchar los mismo sonidos que empecé a escuchar cuando estás con clefa, empiezas ya a alucinar, ya tus pies empiezan, como si hubiese terremoto, eran nuevas experiencias que he tenido, y me ha gustado porque era una manera de alejarme del mundo, de la realidad que tenía en ese tiempo (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 29 años, Viacha)".

[30] . Cocaína.
[31] . Pasta base de cocaína.
[32] . Encontraba.

Tabla 4

Eje Troncal: Consumo de Vida, por Tipo de Droga, 2025

(En Porcentaje)

DROGA	CONSUMO DE VIDA	
	SI	NO
Alcohol	86,1	13,9
Marihuana	66,4	33,6
Pasta base	45,9	54,1
Cocaína	44,2	55,8
Tabaco	34,9	65,1
Benzodiacepinas	17,0	83,0
Tusi	7,4	92,6
Inhalables	7,3	92,7
LSD	4,6	95,4
Éxtasis	3,7	96,3
Plantas alucinógenas	1,4	98,6
Metanfetamina	1,1	98,9
Ketamina	0,9	99,1
Poppers	0,9	99,1
Anfetamina	0,6	99,4
Heroína	0,5	99,5
Opioides	0,1	99,9

Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

El análisis del consumo de vida de drogas entre los pacientes muestra que el alcohol es la droga con mayor consumo, con un 86,1% de los pacientes reportando haberla consumido alguna vez en su vida. Le sigue la marihuana, con un 66,4%, y la pasta base de cocaína y cocaína, con 45,9% y 44,2%, respectivamente, indicando que aproximadamente la mitad de los pacientes ha tenido experiencia con estas sustancias.

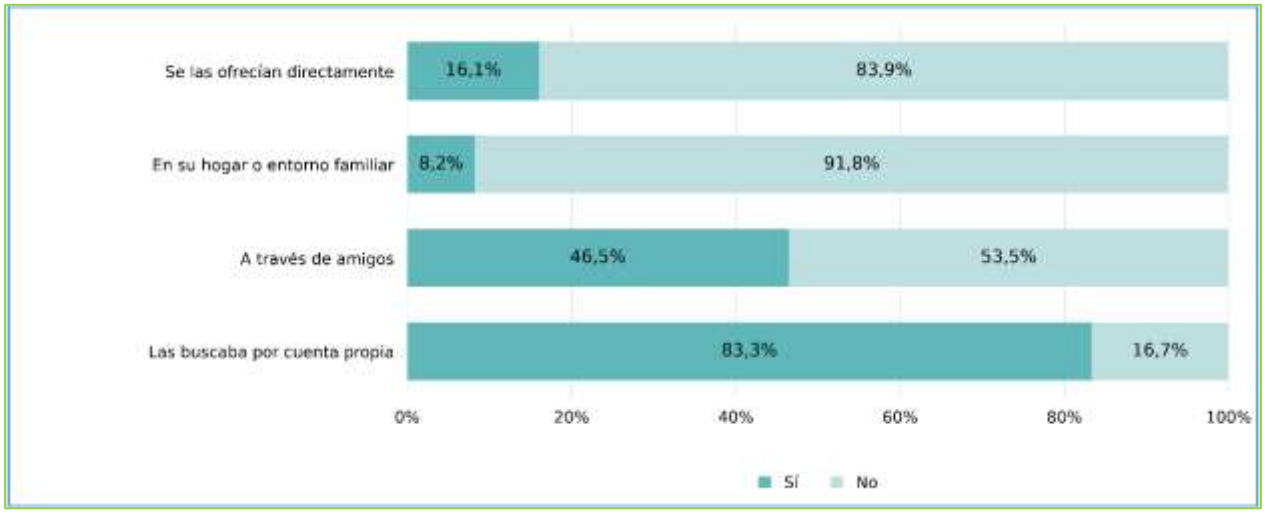
El tabaco presenta un consumo de vida del 34,9%, mientras que las benzodiacepinas, utilizadas como medicamentos psicotrópicos, muestran un 17,0% de consumo de vida.

En contraste, el consumo histórico de drogas como Tusi (7,4%), inhalables (7,3%), LSD (4,6%), éxtasis (3,7%) y plantas alucinógenas (1,4%) es relativamente bajo. Las sustancias de menor frecuencia, como metanfetamina (1,1%), ketamina (0,9%), poppers (0,9%), anfetamina (0,6%), heroína (0,5%) y opioides (0,1%), son consumidas por menos del 2% de los pacientes.

11.4. Acceso y Compra de Drogas

El desarrollo del consumo problemático de drogas lleva implícito el problema de la comercialización, pues surgen mecanismos, con frecuencia clandestinos, para conectar la oferta y demanda. Como se mencionó anteriormente, cuando ya se desarrolla el consumo problemático de drogas el individuo prioriza la reincidencia del consumo por encima de otras actividades personales, ello implica una modalidad de acceso a la droga para mantener la dependencia a la droga. El siguiente gráfico refleja la forma en que los pacientes de Centros de Tratamiento accedían a las drogas para su consumo:

Gráfico 23
Eje Troncal: Acceso a conseguir Alcohol, Tabaco o Droga que Consumía
(En Porcentaje)

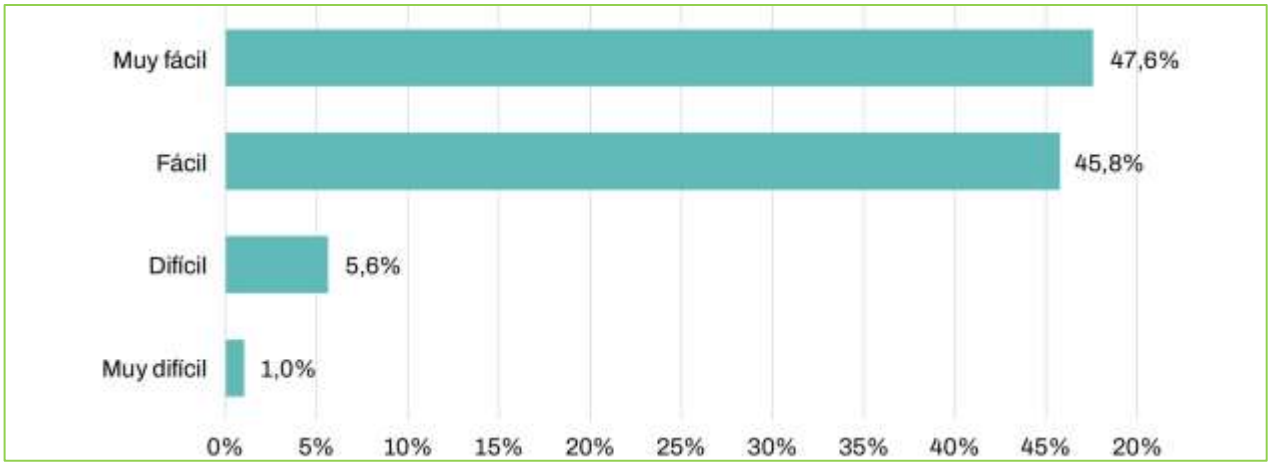


Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Según el Gráfico 23, el 83,3% de los encuestados conseguía la droga de consumo por cuenta propia; el 46,5% la conseguía a través de amigos; al 16,0% de los pacientes se las ofrecían directamente; y el 8,2% accedía a la sustancia en su hogar o su entorno familiar. Es claro que, al desarrollarse un consumo problemático, un porcentaje importante de los pacientes tomaba acciones para conseguir las sustancias por su propia cuenta ya que, al volverse el consumo en prioridad, no podía estar sujeto a terceros o a condiciones que escapen de su control para la continuación del consumo.

Resalta que, como la gran mayoría de los pacientes (83,3%) conseguían la droga por cuenta propia se pasó por un proceso de conocimiento de puntos o contactos de comercialización, precios y cantidades de venta según tipo de droga consumida lo cual, en el caso de drogas ilegales, vincula al consumidor con redes criminales situándolo en el último eslabón de la cadena del narcotráfico: el consumidor, que muchas veces es confundido con vendedor teniendo que afrontar las sanciones legales o gestionar el proceso judicial para impedir su privación de libertad por delitos tipificados en la Ley N° 1008.

Gráfico 24
Eje Troncal: Facilidad de Acceso a conseguir Drogas para el Paciente, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Por otro lado, se consultó a los encuestados su percepción sobre cuán accesible les resultaba la adquisición de drogas, a lo que el 47,6%, casi la mitad, considera que la obtención o acceso de drogas es “muy fácil”; el 45,8% considera que es “fácil”; el 5,6% “difícil” y el 1,0% “muy difícil”. Si se suman las opciones “muy fácil” y “fácil”, se obtiene un amplio 93,4% con facilidad de acceso a las drogas de consumo. (Gráfico 24).

Este amplio porcentaje puede estar relacionado al desarrollo de círculos sociales de consumo, cuyos miembros establecieron redes de contactos de comercialización de drogas para continuar su propio consumo. Sin embargo, el acceso a las drogas también involucra el financiamiento de las mismas. Al respecto, se identificó el **despojo de bienes materiales propios** como fuente para el financiamiento del consumo:

“Casi económicamente tenía también, pero ya las últimas veces que no tenía dinero vendía mi ropa, mis chamarras, me compraba luego lo vendía, mis zapatillas, mi celular lo empeñaba (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 54 años, Viacha)”.

“…vendiendo mis cosas, como le digo, cosas que por decir costaban 35 bolivianos, lo vendía en 7 bolivianos, 9 bolivianos, 13, 15, a lo que me alcanzaba […] y ya me alcanzaba para mi vicio y ahí paraba la venta y todo. Y comenzaba el vicio (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 44 años, Warnes)”.

Al inicio, el consumidor recurre a los bienes disponibles inmediatos, los cuales son sus propios recursos, pertenencias u objetos de su propiedad que son vendidos al mejor postor incluso representando una pérdida económica respecto al costo del bien material. Luego, varios pacientes pasaron a la **disposición de los recursos o bienes materiales de la familia** como se muestra a continuación:

“[Financiaba la compra] de los recreos que mi mamá me daba, entonces yo lo guardaba, no gastaba y con eso compraba (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 16 años, El Alto)”.

“Iba y robaba, le pedía plata a mi madre, a mi padre (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 32 años, Santa Cruz)”.

“[Al principio] estaba bien yo económicamente, tenía tiendas, tenía ingresos, tenía dinero, pero más adelante ya se fue haciendo más hondo y ya me llegaba a faltar. Entonces yo sacaba de oculto de la tienda, ya empecé a ser irresponsable, ya mis deudas no las cancelaba (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 67 años, Cotoca)”.

“…le robe a mi abuela dinero sin querer, le robe unos Bs. 20 y con eso me empecé a comprar unas botellas de Bs. 10 que vendía en las tiendas, no me acuerdo el nombre qué se llama, pero compraba dos y con esos dos me sabia ir a tomar (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 17 años, El Alto)”.

Otra de las estrategias identificadas entre los pacientes para obtener financiamiento destinado al consumo fue la realización de **trabajos eventuales y precarios**:

“Me juntaba fierros, chatarras, igual trabajaba, botaba la basura, les cargaba en el mercado papa, costales todo, trabajaba, pero me drogaba (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base, 23 años, Viacha)”.

“Ya cuando ya estaba en la cocaína y bueno ya estaba yo en ese mundo de la delincuencia. Y también trabajaba, como les dije, en camión. Trabajaba en camioncito (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)”.

El último testimonio muestra una combinación entre un trabajo y, al mismo tiempo, la inserción en **actividades delincuenciales**.

“Pero cuando ya agarraste la pasta base, eso sí ya fue lo peor, porque estás trabajando digamos para conseguirla, ¿no? Te pagan tu sueldo semanal, vas y le tirás un día, dos días, tres días, entonces ya no vas a trabajar y te haces irresponsable en tu trabajo. Entonces comenzás a vender lo que te costó, comenzás a deshacerte, si ya no hay de qué deshacerte, comenzás a robar, comenzás a lastimar, y comenzás a buscarte, a desesperarte. Porque esa droga es muy dañina (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)”.

Este análisis muestra que las formas de acceso y adquisición de sustancias trascienden, en determinados casos, la dimensión estrictamente económica, al involucrar el uso de recursos y bienes personales o familiares para sostener el consumo, obligándolo a vivir en un estado de orientación económica hacia el próximo consumo, despojándose a sí y a su familia de recursos y/o bienes materiales y poniendo en riesgo su libertad debido a la comisión de delitos.

11.5. Tráfico Ilícito

Entre las actividades desarrolladas para obtener recursos económicos y acceso a las drogas, algunos de los pacientes de los Centros de Tratamiento declararon haber participado en el tráfico ilícito. Según la Ley Nº 913, Ley de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas, se entiende por tráfico ilícito de sustancias controladas aquellas conductas ilícitas tipificadas penalmente que atentan y vulneran la salud pública, la seguridad interna del Estado y el desarrollo integral de la sociedad, incluyendo la producción, distribución, transporte, comercialización y demás actos vinculados con sustancias controladas sin autorización legal.

En esta investigación, al hacer mención al tráfico ilícito se hace referencia al tráfico ilícito de drogas en pequeña escala, vale decir a la venta al menudeo, al consumidor final o "microtráfico". Solo para fines comprensivos, se adopta la definición *operativa* (no legal) de microtráfico establecida en la investigación *Jóvenes y microtráfico* del OBSCD (2025c) entendida como la "venta al por menor de sustancias controladas" (p. 34).

Como se verá a continuación, existe una línea delgada entre el consumo problemático y la venta de drogas; precisamente, la necesidad de consumo es un elemento que induce al ingreso al tráfico ilícito:

> *"…mi trabajo era de 12 a 6 de la tarde, entonces me pagaban 1.500 [bolivianos] y entonces con eso yo me sostenía, pero no comía, solo [compraba] marihuana, marihuana a cada rato, y también las vendía cuando no tenía dinero, porque lo gastaba muy rápido, cuando no tenía dinero entonces me saben decir: 'anda a vender, y te vamos a regalar un paquete'. Y yo sé decir: 'ya', entonces se vender y me saben dar un paquete y se recibir eso a cambio (Mujer, paciente por consumo problemático de marihuana, 17 años, El Alto)".*
>
> *"Sí vendía. Vivía yo en la favela que se conoce, la Bush, Cuarto Anillo […] Cuando me mandaron a la calle mi familia, conocí allá y allá me hice amigo de los vendedores. Y con los vendedores ya agarré confianza y me dijeron: '¿vas a vender?', 'ya' les dije. Me daban así sobres, paquetes de pitillos, sobrecitos así en los escritos del papel me decían: 'andá, vendé a 10 pesos cada uno', lo vendía yo mientras fumaba (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 32 años, Santa Cruz)".*
> *"…primero trabajaba en un trabajo que me pagaban bien poco, luego dije: 'si más gano vendiendo drogas que trabajando, entonces prefiero vender drogas'. Primero empecé trabajando en un trabajo que me pagaba muy poco, y me compraba con eso mis cosas, mi droga, todo; pero ya después fue que me pasé a vender, empecé a vender marihuana, Tusi, y ya, yo tenía el consumo gratis (Hombre, paciente por consumo problemático de Tusi, 19 años, Santa Cruz)".*

Las declaraciones anteriores muestran que, para estos pacientes, el tráfico ilícito de drogas no figuraba como un "negocio" o un proyecto criminal planificado, sino sobre todo como una estrategia de subsistencia y sostenimiento del consumo. En una fase avanzada, el consumo de drogas provoca erogación constante de recursos económicos, lo que obliga los consumidores a buscar fuentes alternativas e inmediatas de ingresos. Expresiones como "te vamos a regalar un paquete", "vendía mientras fumaba" o "tenía el consumo gratis" indican que el fin no era

maximizar los ingresos económicos, sino garantizar la posibilidad de continuar con el consumo problemático.

Según la UNODC, “Los hombres están abrumadoramente representados en los delitos relacionados con la oferta y el consumo de drogas, con independencia de si se trata de drogas de origen vegetal o sintéticas” (UNODC, 2024, s.p.). Esto implica que los hombres sufren mayores consecuencias sanitarias y sociales.

Existe otro pequeño grupo de pacientes donde la participación en el tráfico ilícito se encuentra mediado por la racionalización económica, es decir, la evaluación costo- beneficio, o que la inserción fue previa al consumo problemático:

> *“…ya yo vi que gastaba mucho, cuando recién comencé [a consumir]. Entonces lo que tuve que hacer fue comprarme, conocer malas amistades y ya saber a dónde es que vendían, me compraba y comenzaba a vender. Yo me compraba una cajita y de una cajita sacaba el triple de ganancia de lo que yo invertía, y aparte que yo invertía y sacaba mi ganancia, consumía yo también. Y después ya fui conociendo personas más traficantes, más pesadas, ya me fui metiendo, ganar más dinero. Pero ahí solamente usaba lo que es la cocaína. Después de ser un vendedor de cocaína, después de ser un distribuidor, me fui a un consumidor más fuerte (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)”.*
>
> *“Yo compraba 10 pesos de pan y paraba caminando, así, ambulando, y como ya sabían que yo vendía, me decían: ‘véndeme un pan’ me decían. A veces pasaba la policía y ‘no’, les decía, o sea, disimulando a la policía, ‘estos panes son para casa’ y todo eso, ‘véndeme’, ‘ya te voy a vender, le decía, ‘¿cuánto?’, ‘un pan te voy a vender’, […] Así que yo le vendía dos panes, ahí tenía adentro sustancia, ahí la sustancia estaba dentro así que ellos me pagaban 10 pesos cada uno (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 25 años, San Carlos – Santa Cruz)”.*
>
> *“…al principio mis padres eran adinerados, llovió en el Beni y se inundaron sus ganados y eran hartos y entonces pasamos a ser pobres prácticamente, era harto ganado. Y de ahí pasamos a una mala vida y yo en vez de trabajar, empecé a vender drogas, empecé a vender marihuana, después vendí Tusi, lo vendía, así fui ganando mi plata […] primero no lo probé, primero a los 14 [años] lo fui vendiendo; ya acá a mis 16, después de 2 años de vender sin consumir, logré probarlo teniendo una relación sexual con una mujer y ella me invitó y caí en la tentación y lo probé. Ya después fui consumiendo y el consumo era*

más frecuente, ya después sentí que necesitaba ayuda (Hombre, paciente por consumo problemático de Tusi, 19 años, Santa Cruz)".

12. AFECTACIÓN AL ENTORNO SOCIAL CERCANO POR EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

12.1.Reacción de la Familia

El consumo problemático de drogas no solo afecta negativamente al consumidor, sino que este problema tiene un efecto expansivo al entorno social cercano comenzando por la familia, la cual se ve afectada al ver mermados sus ingresos económicos/materiales; al destinar esfuerzos para evitar la profundización del problema de consumo, y también un desgaste emocional al ver el deterioro de un miembro de la familia.

"[La familia] se han preocupado, me querían llevar a terapias, me han dicho que intente cambiar todo, pero nunca les he hecho caso (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 27 años, Viacha)".

"No me lo creyeron, no me lo han creído hasta que en una [mi mamá] me pilló fumando, yo le dije: 'te lo dije que fumaba' y se puso mal mi mamá, una cara de decepción (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 26 años, Viacha)".

"Decepcionados, se han asustado porque yo en el Beni era gordito, y cuando me han encontrado en Caranavi estaba bien flaco, y mi mamá ha empezado a llorar, ha llorado, tampoco me ha dicho: 'te voy a llevar a la policía, te voy a waskear[33]' nada, ha llorado nomás […] es como decir que yo era su oveja negra, ella estaba en el Beni, yo estaba en Caranavi y yo le mentía a mi mamá le decía 'mami estoy bien, estoy en un trabajo, me he alquilado un cuarto' pero eso era mentira, le he mentido pa' que no se dé cuenta y no se preocupe (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base, 23 años, Viacha)".

Resaltan sentimientos como la **decepción y la preocupación** en el núcleo familiar; no obstante, también surgen acciones de la familia para evitar la continuidad de consumo como lo muestran los siguientes testimonios:

[33] . Golpear.

“Se decepcionó de mí como en cualquier familia, más que todo mi mamá cuando estaba viva, también a mi esposa no le gustaba que tome, siempre era la discusión, mi hermano mayor me ha sonado con palo: ‘vos no aprendes, hasta cuándo, ya eres una persona mayor’, siempre no les ha gustado (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 45 años, La Paz)”.

“…fue molesta porque no, no pensaban eso de mí, entonces como yo no tenía una comunicación sana con mis papás, yo solamente les mande a rodar y yo dije que no se metan en mi vida, entonces no les tome importancia a lo que me decían, si se molestaron y me castigaron con el celular, con golpes no, mi mamá me castigo quitándome el celular y yo intente de alguna u otra forma ir a un internet y comunicarme otra vuelta con esos amigos para volver a consumir (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, [16] años, El Alto)”.

“A veces me dejaban encerrado [la familia], me tiraba del segundo piso. A veces le abría la ventana por querer salir, por buscar droga, ¡Pum! caía abajo. No me interesaba, me caía de espalda […] mi mamá no me dejaba tranquilo. Cada rato me llamaba mi mamá, estaba pendiente, me cuidaba. Ni, aun así, buscaba [droga]. Había a veces alcohol para curarse, a veces si no tenía droga o marihuana o todo lo que es droga, pillaba el alcohol y lo rebajaba con agua, A con A pues, agua con alcohol. Y cuando ellos llegaban, ya me pillaban torcido, todo borracho. Se enojaba mi mamá. A veces me pegaba, varias veces quebraba palos de escoba en mi espalda (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 25 años, San Carlos – Santa Cruz)”.

“Mi familia nunca quiso aceptarme […] Ya mis hermanos comenzaron a cerrarme las puertas. […] mi hermana mayor me dijo: ‘tanto querés esa droga, de una vez ándate; o de una vez que te atropelle un camión y te mate, pero ya no nos hagás sufrir a nosotros’. La verdad es que esa mala decisión, esa mala acción, no solamente te trae una consecuencia para vos, sino que lastima a todo tu entorno, de verte destruido, sin dormir, sin comer, después de verte gordo, verte flaco, después verte en la calle. Entonces trae consecuencias para todo tu entorno. (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)”.

“De mi casa me botaron a los 17 años debido a que se enteraron: ‘Si te gusta la droga, a la calle, vaya a hacer su vida’ (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 32 años, Santa Cruz)”.

Entre las acciones tomadas por los familiares como intento para frenar el consumo problemático de drogas de los pacientes de Centros de Tratamiento se observa la **violencia física**: “mi hermano me ha sonado con palo”, “varias veces me quebraba palos de escoba en mi espalda”; **castigos leves** como la privación de teléfono celular; el **encierro,** para evitar el contacto con el círculo de consumo y el consumo mismo; y la **expulsión de la vivienda familiar**.

12.2.Reacción del Entorno Social

Además del núcleo familiar, el consumo problemático de droga genera una reacción en el entorno social ampliado, vale decir, amistades y/o compañeros de estudio o trabajo, quienes observan cambios de comportamiento en el consumidor que afectan el desenvolvimiento de otros grupos sociales, por ejemplo:

> *“Muchos excamaradas militares se empezaron a alejar, me miraban y se ocultaban. Alguna vez yo iba a buscarlos a sus casas para que me presten dinero y se ocultaban: ‘deciles que no estoy’ y se avergonzaban. [Pasé] de ser un buen militar, a ser un drogadicto (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 67 años, Cotoca)”.*

> *“Más era con mis jefes, como trabajaba con ingenieros, contratistas ya me han empezado a ver como una persona irresponsable, cuando uno ya comienza a fallar en el trabajo uno ya empieza a perder esa confianza (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 45 años, La Paz)”.*

Al igual que en el círculo laboral, las amistades (*relaciones interpersonales afectivas*) no relacionadas al consumo de drogas reaccionan ante el nuevo comportamiento del consumidor. Así lo muestran las siguientes declaraciones:

> *“…las personas que iban por buen camino, a la iglesia, o a colegios, se distanciaron de mí, entonces yo me sentí mal, se empezaron a distanciar y entonces yo dije: ‘ya, me voy con los otros, con los demás que me están esperando’ (Mujer, paciente por consumo problemático de marihuana, 17 años, El Alto)”.*

> *“Sí, cambió. En la manera en que yo me aislé bastante de las personas que no consumían y me hice más cercana a las personas consumidoras (Mujer, paciente por consumo problemático de Tusi, 23 años, Santa Cruz de la Sierra)”.*

“Me cerraron las puertas, como le dije. Porque nadie quiere un borracho, nadie quiere un drogadicto a su lado, nadie quiere un delincuente. Porque sabe que le va a traer problemas, le va a traer problemas, hasta la casa vacía le va a dejar (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)”.

En general, la reacción del entorno social suele ser el **aislamiento** de la persona que desarrolla un consumo problemático. Esto tiene un doble efecto para el consumidor, por un lado, el debilitamiento de los lazos en las relaciones interpersonales afectivas que no están relacionadas al consumo y, por otro, el fortalecimiento de la integración con círculos sociales de consumo, quienes aceptan, legitiman y otorgan al consumidor una nueva identidad y sentido de pertenencia a un grupo social.

13. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

13.1.Impacto en la Salud

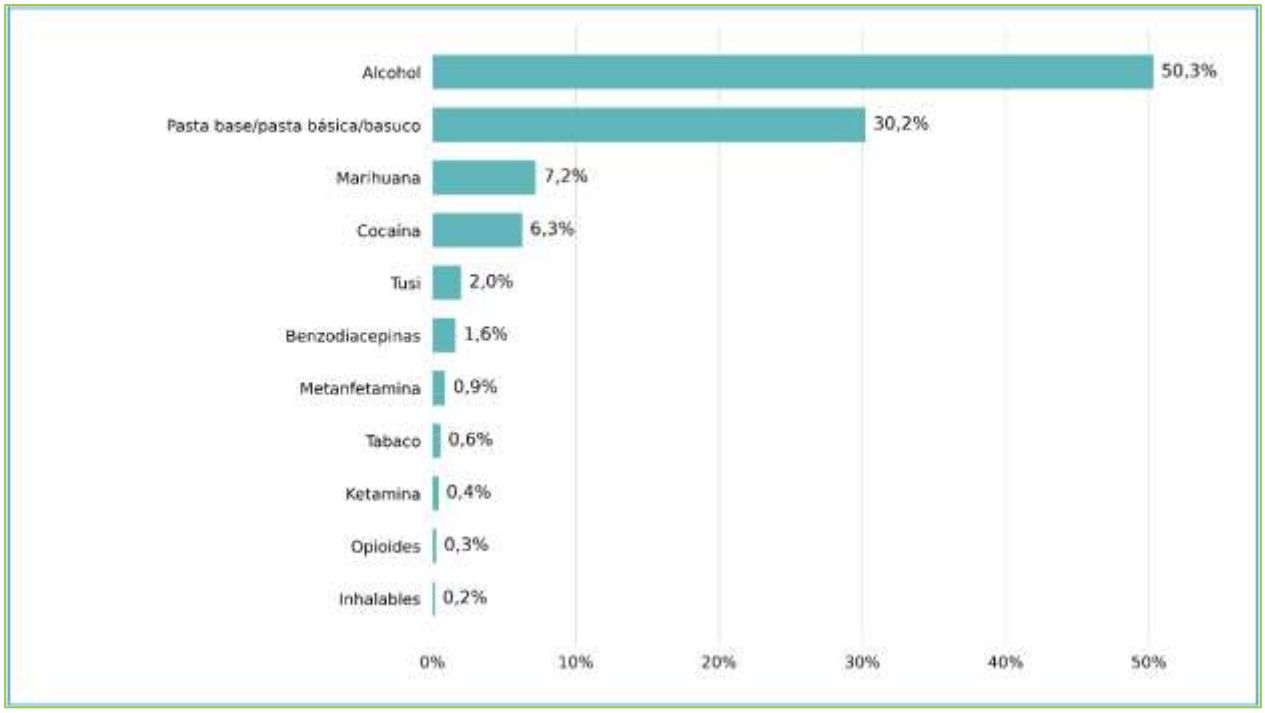
Según el DSM-5, el consumo problemático de drogas puede producir un gran número de efectos y trastornos de tipo físico y mental, por ejemplo: dependencia, intoxicación, síndrome de abstinencia (con y sin delirium), trastorno psicótico, síndrome amnésico, trastorno del estado de ánimo, trastorno sexual, trastorno del sueño, trastorno perceptivo u otros. A la vez, las drogas administradas por inyección, implican un riesgo a contraer hepatitis, tuberculosis y VIH o SIDA cuando las agujas son reutilizadas (Becoña, 2002, p. 54).

El impacto negativo en la salud física se expresa de manera diferenciada según el tipo de droga consumida, la etapa de consumo y la edad del consumidor. Esta sección analiza dichas consecuencias a partir de información cuantitativa y cualitativa proveniente de pacientes en Centros de Tratamiento.

Gráfico 25

Eje Troncal: Eje Troncal: Pacientes según sustancia que declararon que les causó más daño, 2025

(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Según el Gráfico 25, el 50,3 % de los pacientes señaló al alcohol como la sustancia que le causó más daño, seguido de la pasta base/pasta básica/basuco (30,2 %), la marihuana (7,2 %), la cocaína (6,3 %) y el Tusi (2,0 %). Las demás sustancias registraron porcentajes menores al 2 %: benzodiacepinas (1,6 %), metanfetamina (0,9 %), tabaco (0,6 %), ketamina (0,4 %), opioides (0,3 %) e inhalables (0,2 %).

Estos resultados expresan la valoración de los pacientes encuestados sobre el daño experimentado. La pregunta no permite distinguir si ese daño fue físico, psicológico, social, laboral, económico o familiar, ni establecer una comparación clínica de la peligrosidad de las sustancias.

Asimismo, el daño percibido y el potencial adictivo son conceptos distintos. Esta encuesta no mide directamente la capacidad de cada sustancia para producir dependencia, por lo que los porcentajes presentados no deben interpretarse como una clasificación de su potencial adictivo.

Pero, más allá de las cifras estadísticas, las entrevistas lograron registrar el tipo de daño físico ocasionado por el consumo problemático de drogas, entre los varios testimonios están los siguientes:

> *"Sí ya, como se dice ya me está pasando factura, los riñones ya me duele, igual el estómago, el aparato digestivo porque merma a los órganos, ya sea al hígado, del alcohólico lo más frecuente es el hígado, los riñones, y la próstata también ya me está atacando, ya no orino bien, me levanto en la noche (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 54 años, Viacha)".*

> *"…estaba aquí el encargado [del Centro de Tratamiento], me llevó al hospital, me ha dicho que tenía cirrosis crónica, que no iba a aguantar, no iba a vivir, desde ahí he estado internado [en el hospital], un mes he estado, pero que cruel había sido esa enfermedad, Dios no más ha guardado mi vida, porque el hombre globo era yo, así hinchado todas mis manos, mi barriga, no podía ni caminar ni siquiera (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 57 años, Viacha)".*

Al analizar los testimonios de los entrevistados, se pudo evidenciar que parte de la población más joven incluso manifestó no haber tenido ninguna consecuencia negativa a su salud. Sin embargo, mientras conforme más avanza la edad de los entrevistados, expresan más dolencias y deterioro en la salud.

> *"Al pasar los años ya me hacía mal, el cuerpo ya no es lo mismo de joven que de viejo, ya no tomo mucho porque ya me hace mal ya no tolero la bebida (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 54 años, Viacha)".*

Paralelamente al daño ocasionado por el propio consumo problemático de drogas, surge otro problema que afecta a la salud, la disminución o falta de alimentación como lo muestran los siguientes testimonios:

> *"[La pasta base de cocaína] no te hace comer, te vuelve más flaco, te chupa el cuerpo, hasta los huesos te chupa, toma lo del cachete, aunque te cambies bien, te miran y ya para las personas ya eres un drogadicto, aunque estés bien cambiado con ropa de marca; tu personalidad, tu cara, tus ojos lo dicen todo con la pasta base, tus ojos están amarillos, no te hace comer unos dos días, tres días, se te acaban los 20 bs y buscas más, se te acaba y quieres más, quieres más, quieres más, no tiene meta para llegar […] estaba bien*

flaco estaba, aquí me han ayudado harto en este centro de rehabilitación (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base, 23 años, Viacha)".

"…te hace mucho daño: tu organismo, te debilita lo que es anemia, no comes porque solo querés drogarte. Preferís cambiar un plato de comida por un villazo de droga. Entonces a todo eso nos lleva. Después nos hace daño pues el organismo, imagínate una semana, dos semanas sin comer (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)".

"…yo me noté cuando me miré en el espejo, me noté mis dientes que estaban amarillos, mis encías ya estaban caídas y no quería tampoco comer sólo quería eso [droga], me di cuenta que se me estaba haciendo un vicio (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 29 años, Sacaba)".

Así también, el consumo de drogas conlleva consecuencias negativas en funciones cognitivas como la memoria a corto y largo plazo, agilidad en el razonamiento, memoria visoespacial, capacidad de aprendizaje, habilidad para la planificación, atención y otros (Fernández y Weidberg, 2016, p. 57). En términos neurológicos, está comprobado que el consumo de drogas altera el sistema mesolímbico dopaminérgico que termina por afectar los centros motivacionales y de reforzamiento, generando efectos perjudiciales inmediatos y a largo plazo en el desarrollo del individuo (Medina et al., 2010, p.87).

"Sí, la sentí. Sentí el deterioro. Un deterioro único. Me acuerdo que un día fumando de tanta rabia, de tanta impotencia, debilidad, me caí. A lo que quise sentarme, me caí de cara. Y también pérdida de memoria; tal vez ya no me acordaba de qué día era. Ni sabía de qué hora era; tal vez también pérdida de peso porque no comía. La droga me dejo afectado mental y físicamente (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol y pasta base de cocaína, 33 años, Santa Cruz)".

"El Tusi, tiene muchas sustancias adentradas y yo lo mezclé con marihuana y clonazepam. Entonces le hizo daño a mi cerebro y me hizo caer en una, no sé si es psicosis, se le dice. Entonces me dañó a mí, psicológicamente, mentalmente y a mi cuerpo físico. (Mujer, paciente por consumo problemático de Tusi, 23 años, Santa Cruz de la Sierra)".

"…físicos sí porque con eso del consumo tuve pensamiento de cutting[34], y si lo hacía, tenía cutting, me hacía cutting, sentía que ya había cambiado bastante, que estaba más delgada (Mujer, paciente por consumo problemático alcohol, 16 años, El Alto)".

"…ahora que estoy mejor, siento que se me han destapado las hormonas del cerebro, porque paraba volado, volado, aturdido. Y ahora ya estoy recordando todas las cosas que tuve en el pasado (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 44 años, Warnes)".

Medina et al. (2010) señalan que el cerebro es uno de los órganos con mayor complejidad, responsable de controlar funciones vitales del cuerpo y comportamentales, y, el consumo de drogas altera los sistemas de neurotransmisión y circuitos cerebrales ocasionando cambios significativos en el consumidor (p. 88).

13.2.Perjuicios del Consumo Problemático de Drogas

Además del daño a la salud asociado al consumo problemático de drogas declarado por los pacientes entrevistados, varios de ellos brindaron información adicional respecto a afectaciones otros ámbitos de su vida. En la población en edad escolar o formativa, se expresó haber tenido **perjuicio en el ámbito educativo,** expresadas principalmente en dificultades para mantener el desempeño y la continuidad de los estudios:

"…ya no tuve un buen desempeño escolar, reprobé el año, no, no pude pasar de curso, entonces repetí el año escolar porque ya no me interesaba eso (Mujer, paciente por consumo problemático alcohol, 16 años, El Alto)".

"…todos los días consumía, trabajaba, consumía y hasta deje de estudiar, y fue muy difícil para mí, entonces lo único que pude hacer es que me estaba lastimando yo misma y mi salud estaba muy mal, agarré enfermedades (Mujer, paciente por consumo problemático de marihuana, 17 años, El Alto)".

"[Debido al consumo problemático de alcohol] primero tuve que salir del colegio militar, me dieron de baja por la bebida; luego de la misma manera se embarazó mi pareja, en bebidas, y empecé muy joven a ser papá" (hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 40 años, La Paz)".

[34] . Autolesión en forma de cortes en la piel sin la intención inmediata de atentar contra su propia vida.

Como afirma Pugés et al. (2010), el fracaso escolar es uno de los indicadores del consumo problemático de drogas en jóvenes, sin embargo, no es el único, ya que involucra también el deterioro de la convivencia familiar y social (p. 332). En edades más adultas, la afectación social se hace partícipe en el ámbito laboral, como lo muestran las siguientes declaraciones:

> *"Te haces irresponsable. No tenés nada. Por eso es que la mayoría de las personas que ya son adictas, no les gusta trabajar en un trabajo fijo, más les gusta estar en las calles. Te roba todo, hasta la forma de vestirte, cambiarte y de mantenerte limpio a vos mismo […] ya hasta flojera hasta para bañarse tienen. Porque ella [la droga] así te hace. Te roba todo (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)".*

Otro de los perjuicios expresados radica en el ámbito económico y/o patrimonial, al despojarse de **recursos y bienes materiales propios y/o familiares**; por ejemplo:

> *"…empezaba a vender ya mi ropa, mi condensador, mi tarjeta de sonido, parlantes, mi tele lo he ido a empeñar por 100 pesos para comprarme más alcohol, he tenido que vender de mi hermana eh, mi hermana tenía como una pequeña mercadería de colores, tenía mercadería de rasuradoras que vendía con su pareja, con su esposo, mi hermana vivía en mi casa, de eso le he empezado a robar, iba a vender, ella [hermana] venía llorando a mi cuarto diciendo: '¿por qué has vendido mis cosas? Mucho daño me haces'. He empezado a vender sus aretitos, unos aretitos que tenía en Facebook, lo vendía simplemente por cinco, diez pesos, la cosa es que me alcance para una botellita de alcohol de cinco [pesos/bolivianos] digamos, porque me entraba una gran desesperación por poder consumir, consumir y consumir, si no consumía no podía estar tranquilo […] algo tenía que hacer, algo siempre había, había una herramienta, cualquier cosa, cualquier cosa tenía que vender para tener siempre alcohol, si no tenía alcohol ya no podía estar bien, ya no podía ser feliz o sea ya era dependiente del alcohol (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 29 años, Viacha)".*

> *"…con el gran vicio que tenía ya comencé a mi hermana, a mi hermano ya a robar su secadora, su DVD para consumir, pero agarraba otras cosas, lo empeñaba, pero cuando trabajaba, lo recuperaba […] incluso una vez me disculparon de que había robado garrafa, pero yo lo vi así, como era mi cuarto, o sea todo lo que se perdía me echaban la culpa a mí (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 44 años, Viacha)".*

Adherido a lo mencionado, como parte del deterioro de relaciones sociales del consumidor, la **convivencia en la familia** se ve perjudicada y alterada, afectando al entorno social del consumidor no solo económicamente sino emocionalmente. Así lo relatan los mismos pacientes:

> *"[Tuve] problemas de pareja, de familia, con mis hermanos, porque mi papá es mayor ya y está enfermito y el dedo acusador de los hermanos: 'si le pasa algo al papá va a ser tu culpa', uno lleva ya ese peso de conciencia (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 54 años, Viacha)".*

> *"…me volví agresivo con mi familia […] [llora] perdí a mis hijos, a mi esposa […] mi familia se alejó de mí, perdí mis cosas, mis sacrificios de parte de mi vida […] Eso es sobre todo lo que me duele, de mis hijos sobre todo (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 44 años, Warnes)".*

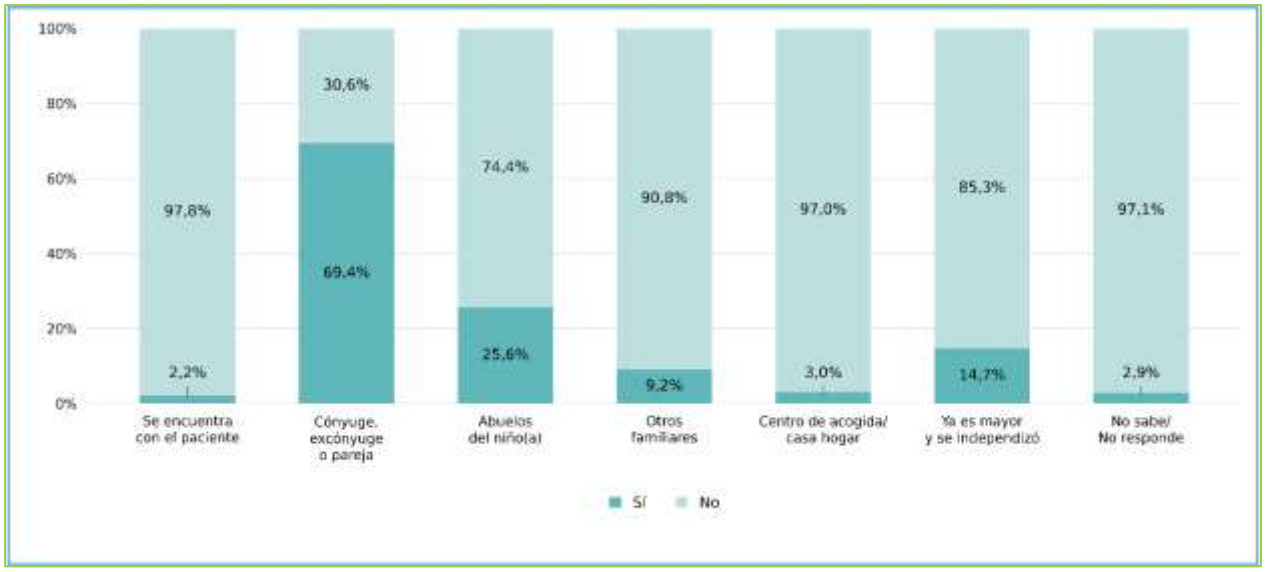
> *"…no veía a mis hijos, el daño que ellos también estaban sufriendo y por eso fue un 11 de septiembre que yo decido después de ir al psicólogo, decido salir de ahí y tenía esa ansiedad, de cómo desahogarme o con quién desahogarme, pero también no tenía amigos y decido tomar un taxi y comprarme trago, ahí tomé, hasta que me olvidé de los días, de todo, me sentía bien, no sentía ese dolor, ese vacío que me hacía falta de mi esposo. Fue ahí donde 14 días me perdí, estuve en situación de calle, me refugié con unos amigos de la calle, dormía ahí con ellos, comía de la basura y llegué a que mi esposo me había buscado con mi padre, ahí por la zona donde yo vivía. Había pagado a los indigentes para que les den información de dónde estaba yo, porque ellos [familiares] ya me habían visto como muerta, porque no aparecía ni nada y fueron ahí los mismos indigentes que me dijeron: 'te está buscando un joven, con tu papá, dice que tus hijos están llorando, están sufriendo y necesitan que vuelvas' (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 29 años, Sacaba)".*

Como se señaló anteriormente, el 78,1% de los pacientes declaró estar soltero y el 45,5% de quienes respondieron la pregunta sobre tenencia de hijos indicó tener hijos vivos (véase el Gráfico 5). Para conocer cómo se organizaba su cuidado durante la permanencia de los pacientes en el Centro de Tratamiento, se preguntó a las madres y los padres encuestados quién o quiénes se encargaban de cuidar a sus hijos.

Gráfico 26

Eje Troncal: Cuidado de los Hijos mientras el Paciente está en el Centro y Persona Encargada de Cuidarlos, 2025

(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Como se observa en el Gráfico 26, el 69,4 % de los pacientes con hijos vivos señaló que su cónyuge, pareja o expareja se encargaba de cuidarlos durante su permanencia en el Centro de Tratamiento. El 25,6 % indicó que el cuidado estaba a cargo de los abuelos y el 9,2 % mencionó a otros familiares. Asimismo, el 14,7 % manifestó que sus hijos ya eran mayores y se habían independizado; el 3,0 % señaló que se encontraban en un Centro de Acogida o Casa Hogar, y el 2,2 % indicó que estaban con el propio paciente. El 2,9 % no sabía o no respondió.

Estos porcentajes se calcularon entre los pacientes que declararon tener hijos vivos. Al tratarse de una pregunta de respuesta múltiple, una misma persona pudo señalar más de una situación. Aunque fue poco frecuente que los hijos permanecieran con el paciente, se registraron estas experiencias, como ilustra el siguiente testimonio:

> *"…están también mis hijos, más que todo el mayorcito, él extraña la vida de afuera [del Centro de tratamiento], quiere que vivamos como antes, quiere que salgamos como antes. Es que aquí [en el Centro] hay ciertas reglas, como en toda casa, no podemos salir todos los días a la calle, pero él [hijo] quiere, extraña (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 29 años, Sacaba)".*

A raíz del consumo problemático de drogas, varios de los pacientes terminaron en situación de calle ante la acción de la expulsión de la vivienda del núcleo familiar:

"…estaba en la cochina calle, calle, calle, ni mis hijos me querían ver, ya cuando aquí he llegado estaba cuatro años [en situación de calle], justo después de cuatro años me han encontrado mis hijos, habían pensado que me he muerto mis hijos […] yo he sufrido en la calle mucho, me han asaltado, me han acuchillado, tampoco he hecho daño afuera a nadie ¿no?, sí robaba, pero no mucho tampoco, pero robo es robo (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 57 años, Viacha)".

"…no me importaba mi vida, yo seguía aquí en la calle, salía a la calle y ya tomaba, me encontraba así con otro borrachito, que era igual como yo y: 'ya tomemos aquí', nos sentábamos, de ahí era para estar ya meses, cuatro meses sin ir a la casa, no me importaba estar sucio, sin bañarme, nada (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 49 años, Warnes)".

Otra de las situaciones adversas pasadas por los pacientes entrevistados, es el **tránsito por la cárcel** debido a la portación de drogas:

"Me encontraron los del GISE[35] con marihuana, solamente me detuvieron […], directamente me dijeron que el que me había vendido, me había delatado como que yo soy el distribuidor; otra vez por culpa de otra persona tuve que parar en el penal [San Pedro]. Me he tenido que echar la culpa totalmente, he salido por el abreviado; mi abogado ha conseguido que cambien la tipificación a consumidor, porque me querían echar por tráfico (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 26 años, Viacha)".

"He llegado a la cárcel, me han encontrado con marihuana y me han enviado a San Pedro, han pensado que vendía […] me han agarrado y yo estaba en estado de ebriedad y ahí me han pescado (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 27 años, Viacha)".

"…estábamos en la parada del PumaKatari[36] [el entrevistado y un amigo] […] y de repente de una de las esquinas salió la patrulla de Policía, se paró justo en frente del Puma [Pumakatari] y nos dijeron que estaba prohibido estar ebrios en vía pública, entonces lo

[35] . Grupo de Inteligencia para la Seguridad del Estado, Policía Boliviana.

[36] . Bus de transporte público urbano en el municipio de La Paz.

que sucedió fue que nos empezaron a revisar las cosas, y como justo él y yo habíamos comprado de él [microtraficante], y ya apenas era media cuadra la distancia, habíamos guardado [droga] en nuestras mochilas, o en mi caso en mi morral, y lo encontraron, entonces ahí fue que nos detuvieron. Nos llevaron hasta las celdas de la FELCN […] se dictó la detención preventiva de estar un mes en [el recinto penitenciario de] San Pedro, cuando cumplimos ese mes, se pospuso a tres meses más por fines investigativos, cuando se cumplieron los tres meses recién empezaron las audiencias de sentencia, que esas audiencias duraron otros tres meses […] se demostró que nosotros no vendíamos porque esa era la tipificación original de tráfico pero no lo hacíamos, entonces eso se logró demostrar y nos pusieron como consumidores, a lo que la sentencia fue entonces cumplir un año en el centro de rehabilitación (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 27 años, Viacha)".

El último testimonio ilustra el perjuicio que la portación de droga puede implicar en términos de tiempo ya que, considerando el tiempo de detención preventiva, audiencias y permanencia en un Centro de Tratamiento, el paciente comprometió prácticamente un año y medio en su vida que pudieron haberse dedicado a actividades educativas, formativas, laborales, deportivas y otras propias del desarrollo de una persona.

Empero los perjuicios pueden magnificarse aún más comprometiendo la libertad y la vida misma con **intentos de suicidio y/o pensamientos homicidas**:

"…me he intentado suicidar, me he cortado las venas, y yo decía: 'no puedo vivir sin ella [expareja], ya no tengo nada, mi mamá se había vuelto a casar, mi papá se ha ido, mis hermanas también se han casado', no tenía a nadie, no tenía amigos porque tomaba […] el alcohol es lo que hace, te aleja de toda tu familia, de tus amigos, mi hermana ya tenía miedo de mí porque me ponía loco, empezaba a agarrar el cuchillo y solito me cortaba, tengo por eso aquí toda mi mano esta puro cortajeado de aquí para allá, y hasta que al final he decidido acabar con mi vida y he dicho: 'no puedo más', y me he cortado mis venas y estaba a punto de morir […], me he botado de la pasarela que está en la avenida del Ejército, creo que son dos pasarelas después del distribuidor, y me he botado, y no quería, no quería quedar como estado vegetal, no quería quedar con un pie roto, no quería quedar mal, pero quería morir, entonces por miedo a no quedar y no querer consumar bien mi asesinato, entonces me bote y quería que el auto me atropelle y que termine totalmente, pero no pasó porque al botarme, cuando me he botado ha habido un intento de mi mano de quererse agarrar y esos dos segundos que me he agarrado o un segundo que me he agarrado del barandal ha sido suficiente para que caiga encima del auto y no

en el piso y tampoco he muerto (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 29 años, Viacha)".

"…cuando ya estaba ya en mis cabales, cuando el alcohol se estaba pasándose dije: 'voy a pasar aquí un solo mes [Centro de tratamiento], voy a salir y voy a ir a matarla' decía, quería matar a mi pareja como dé lugar, hasta ya tenía en mi cabeza, ya estaba planeando cómo hacerlo porque ya sabía dónde era su casa, dónde iba, qué hacía, sabía exactamente los días que iba al sauna, sabía todo de ella, era una persona que había conocido ocho años, sabía todo de ella, sabía cómo extorsionarla, manipularla, todo. Entones ese era mi plan (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 29 años, Viacha)".

14. TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN POR CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

El tratamiento de pacientes puede definirse como una gama de intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el consumo problemático de drogas, y así aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS, el término "tratamiento" se aplica al "proceso que comienza cuando las personas usuarias de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud, o de otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible". (CONACE, 2004, p. 9).

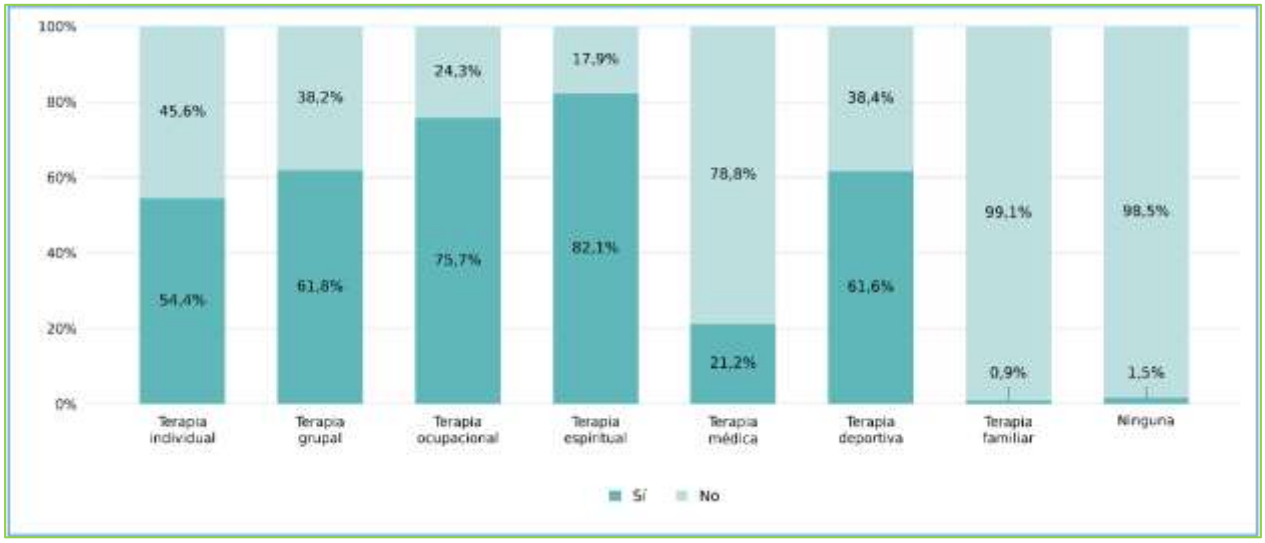
El tratamiento también tiene por objeto suspender y reducir el uso de sustancias y mitigar las consecuencias negativas para la salud, la vida familiar y social. El carácter de las intervenciones terapéuticas, entre ellas, los servicios médicos y psicosociales, las prácticas curativas tradicionales y demás servicios de rehabilitación, puede variar de un país a otro. Lejos de ser estáticas, esas intervenciones se ven afectadas por diversos factores políticos, culturales, religiosos y económicos, entre otros, que influyen en la forma en que se organizan, se ejecutan y evolucionan con el tiempo. (CONACE, 2004, p. 9).

Los Centros de Tratamiento son entidades que ofrecen instalaciones especializadas para el tratamiento a personas con consumo problemático de drogas; no obstante, pueden existir Centros de Tratamiento en espacios menos convencionales o ambulatorios (DONMALL, 2006).

En Bolivia, los Centros de Tratamiento, rehabilitación y reintegración constituyen espacios esenciales para la atención integral de las personas con consumo problemático de drogas, buscando promover cambios conductuales, fortalecer las capacidades personales y restablecer el equilibrio biopsicosocial del paciente. Este proceso puede desarrollarse bajo modalidades ambulatorias o residenciales, según la severidad del consumo y las condiciones individuales de cada paciente y Centro de Tratamiento, rehabilitación y reintegración.

Según la Ley N° 913, en Bolivia se cuenta con la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno (coordinada por el Ministerio de Salud), integrada por el Sistema Nacional de Salud, Sistema Nacional de Educación y Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana, instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro, que desarrollan actividades de prevención integral al consumo de sustancias sicoactivas; tratamiento, rehabilitación y reintegración e investigación científica sobre adicciones o sustancias sicoactivas. Estas últimas instituciones mencionadas deben registrarse y acreditarse por el Ministerio de Salud (artículo 29).

Gráfico 27
Eje Troncal: Tipos de Terapia que tuvo el Paciente en su Tratamiento, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

El gráfico anterior muestra los tipos de terapia aplicados a los pacientes en los Centros de Tratamiento del eje troncal de Bolivia, aclarando que un paciente pudo recibir dos o más tipos de terapia durante su tratamiento, resulta que el tipo de terapia más frecuente es la terapia

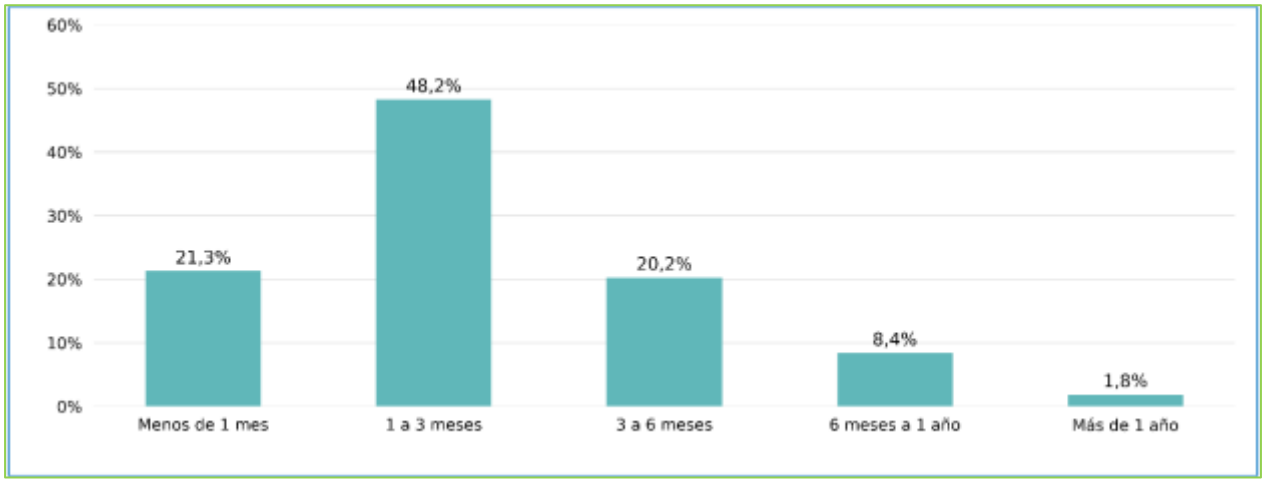
espiritual con el 82,1%; en segundo lugar se encuentra la aplicación de terapia ocupacional con el 75,7%; luego se sitúan la terapia grupal y terapia deportiva con el 61,8% y 61,6% respectivamente; el 54,4% declaró haber recibido terapia individual; 21,2% de los pacientes recibió terapia médica; el 0,9% recibió terapia familiar y el 1,5% de los pacientes considera que no recibió ningún tipo de terapia (Gráfico 27).

De alguna manera, el Gráfico 27 concuerda con la afirmación de Anderson et al. (2015), que sostiene que, en Latinoamérica, el abordaje de las personas con consumo problemático de drogas se centra en procesos fundamentados en creencias religiosas o de tipo espiritual (como se citó en Medina et al., 2010, p. 91). En esta línea, varios de los entrevistados hicieron alusión a Dios, a la biblia y reflejaron una resignificación de su consumo problemático de drogas señalando tener "una misión", "un propósito" por el cual fueron rescatados para ayudar a otras personas.

> *"…lo que yo más deseo y es un compromiso que hice con el Señor, es seguir en su obra, seguir ayudando a las demás personas que estaban en la misma situación que yo, y yo creo que la mejor manera es estando aquí [Centro de Tratamiento], pudiendo ayudarlos y darles mi testimonio, porque Dios me ha salvado de la muerte, me ha sacado de ese hoyo donde estaba, porque estaba realmente en un hoyo donde me iban a pasar peores cosas, estaba a punto de suicidarme, pero Dios me ha salvado de eso, Dios me ha dado una nueva oportunidad, me ha hecho una nueva criatura, me ha salvado de todos los pecados que he cometido, pero ahora quiero estar aquí, quiero estar con él, quiero servirlo (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 29 años, Sacaba)".*

Gráfico 28

Eje Troncal: Tiempo en el que el Paciente estuvo en Tratamiento (Desintoxicación), 2025 (En Porcentaje)



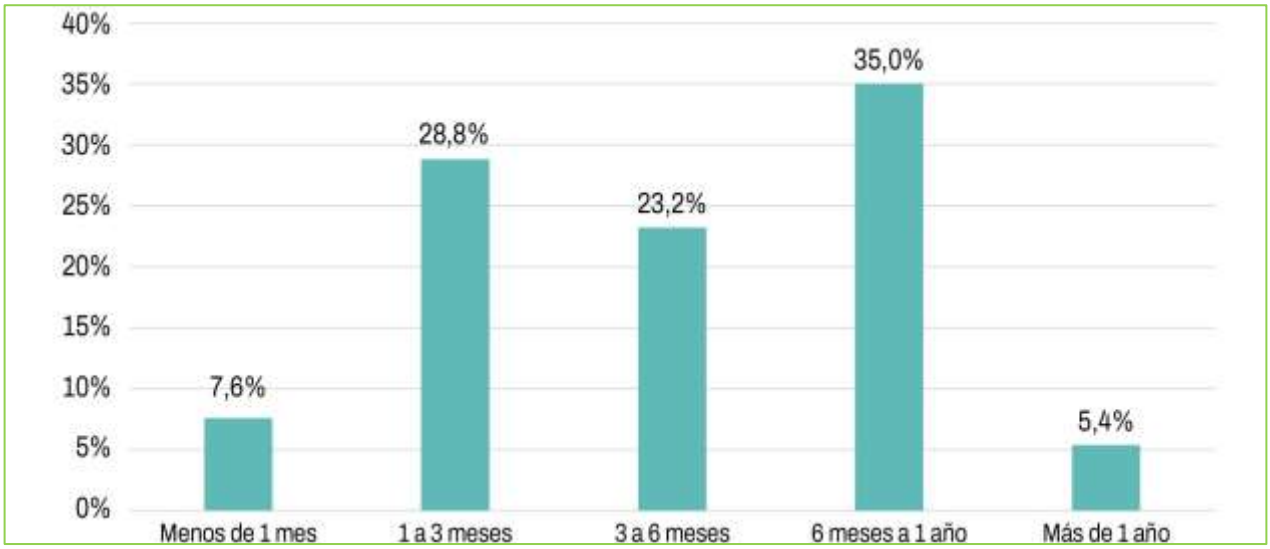
Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta Nota: Responden todos los pacientes.

Ahora bien, como se explicó al inicio, en el apartado de Antecedentes, en Bolivia se contemplan tres etapas en el tratamiento por consumo problemático de drogas: desintoxicación, rehabilitación y reintegración. En la primera etapa se procura manejar los síntomas del síndrome de abstinencia por lo que todos los Centros de Tratamiento contemplan esta fase. La duración del tratamiento es variable, dependerá de las condiciones individuales de cada paciente, sin embargo, el Gráfico 28 muestra que el 48,2% de los pacientes afirmó que está o estuvo en la fase de desintoxicación entre 1 a 3 meses; el 21,3% declaró que está o estuvo en esta etapa en menos de un mes; un porcentaje similar (20,2%) entre 3 a 6 meses; el 8,4% afronta o afrontó la desintoxicación por 6 meses a 1 año; y un 1,8% de los encuestados sobrepasan o sobrepasaron el año de tratamiento en la etapa de desintoxicación.

La OMS y otros autores diferencian la dependencia física de la psíquica. Dentro de la dependencia física, los dos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia (Becoña, 2002, p. 48), lo que dificulta la superación de la etapa de desintoxicación al momento del tratamiento. No obstante, también puede haber una dependencia social cuando se habla de la separación del grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente (Ibid.).

Por otra parte, Fernández y Weidberg (2016) afirman que la diagnosticación debe tener criterios propios al tratar a población adolescente ya que la dependencia fisiológica, por ejemplo, es difícil de observarse en la adolescencia (p. 55).

Gráfico 29
Eje Central: Tiempo en el que el Paciente estuvo en Rehabilitación, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Nota: Responden todos los que llegaron a la etapa de rehabilitación.

Nota: Los porcentajes se calcularon con el factor de expansión entre 252 pacientes en rehabilitación o reintegración. El tiempo declarado corresponde a una etapa de rehabilitación en curso o pasada.

Para conocer el tiempo en que los pacientes permanecen en la segunda etapa del tratamiento por consumo problemático de drogas: etapa de rehabilitación, se preguntó a los pacientes que superaron la primera etapa, cuánto tiempo están o estuvieron en la fase de rehabilitación, a lo que el 35,0% respondió que entre 6 meses a 1 año; luego, el 28,8% dijo estar o haber estado de 1 a 3 meses en esta etapa; el 23,2% de 3 a 6 meses; el 7,6% menos de 1 mes y, por último, el 5,4% de los pacientes declaró que la fase de rehabilitación dura o duró más de 1 año.

En este estudio se pudo observar que pocos Centros de Tratamiento alcanzan a la fase de reintegración social, vale decir, la mayoría de los Centros solo aplican las etapas de desintoxicación y rehabilitación como tratamiento por consumo problemático de drogas.

14.1.Toma de Conciencia del Consumo Problemático de Drogas

En algún momento, las personas con consumo problemático de drogas que ingresan a Centros de Tratamiento como pacientes toman consciencia de su problema con el consumo. ¿Qué situaciones provocan que una persona con consumo frecuente asuma su realidad

conflictiva y procure enfrentar el problema? Los testimonios de los pacientes revelaron principalmente cuatro situaciones: 1) la consideración de la afectación a la familia, 2) la intervención de terceros, 3) el distanciamiento, y 4) la afectación a la salud.

Como vimos con anterioridad, el consumo problemático de drogas afecta no solamente al consumidor, sino también al entorno social cercano, es decir, la familia. Precisamente esta situación es uno de los catalizadores que promueve la toma de consciencia del consumo problemático y motiva la reflexión para generar un cambio.

> *"Hace tiempo ya, he sentido culpa porque no solo yo me arruino, arrastro a mi familia, arrastro a mis seres queridos y eso ya es un problema grave, arrastrar a la familia. Lindo sería que uno nomás se arruine, pero el arrastrar a la familia ya es otra cosa y no es justo tampoco para ellos, para mi papá al menos, porque mi mamá de chicos nos ha abandonado (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 54 años, Viacha)".*

> *"Estaba con mi mamá y estábamos buscando un Centro [de tratamiento], la miraba llorar a mi mamá, mi mamá no se podía concentrar en sus estudios pensando cómo estoy yo, y yo para ayudarle ya no he dormido por pensar bien las cosas, voy a ir a un Centro […] porque en un tiempo mis hermanas me van a necesitar a mí. Me he dado cuenta que ya todo estaba mal, me he mirado a un espejo, era esqueleto yo, flaco (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base, 23 años, Viacha)".*

> *"…yo misma le pedí ayuda [a la hermana], que me traiga al Centro. porque yo no llegué a reconocer a mi familia. Un día fui a su casa a visitarla a mi madre, y un día antes había consumido marihuana con clonazepam y Tusi; entonces ya cuando fui al día siguiente a la casa de mi madre, yo no la reconocí a mi hermana ni a mi madre y les hice un show así de que: '¿qué hacen ustedes aquí?' Y le dije cosas así, no las reconocí, en mi mente pasaba otra cosa que no era la realidad. Entonces luego de eso la llamé a mi hermana mayor, le pedí ayuda porque le dije que no reconocía el pueblo en el que me he criado toda mi vida (Mujer, paciente por consumo problemático de Tusi, 23 años, Santa Cruz de la Sierra)".*

Otra de las razones que motivan la toma de consciencia es la intervención de terceras personas que inducen a las personas con consumo problemático de drogas a recibir un tratamiento; con frecuencia estas terceras personas son los propios familiares.

"Cuando me vino los problemas, mi hermana habló con el pastor y habló conmigo por lo que yo tenía problemas con las mamás de mis hijos, me di cuenta de que tenía un problema con el consumo de alcohol (hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 40 años, La Paz)".

"…estábamos yendo a hacer una robada […] cuando estábamos entrando a una ferretería, el dueño nos estaba esperando con su perro, con arma […] el dueño le tiró un balazo a él [cómplice] y ¡pum! cayó. Yo lo miré, mientras lo quise ayudar, lo jalé, lo jalé, y ahí de eso, el dueño venía, estaban dando la vuelta sus hijos, los perros, tenía unos perros pitbull y yo lo dejé nomás ahí y lo único que me decía en mi mente era que yo corra. Esa noche me escapé, fueron a buscarme, no me pillaron, después escuché que en la tele lo vi, que lo agarraron y estaban buscando a tal persona […] mi madre en la noche fue y me habló, y ella me dijo: 'estás dispuesto a que te dé mi última oportunidad de madre a hijo', fue que yo mismo decidí y le dije 'ya' […] 'ya me animo, esta es mi última oportunidad, yo estoy decidido a cambiar y ya no quiero hacer esto', lloré, me arrodillé, le pedí perdón a mi mamá (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 25 años, San Carlos – Santa Cruz)".

Por otro lado, no todos los familiares logran la internación del miembro de la familia con consumo problemático de drogas, otros optan por el distanciamiento o expulsión de la vivienda familiar, similar estrategia adoptada por amistades o compañeros/as de estudio o laborales:

"[Me di cuenta] cuando ya pierdes todo, empiezas a pelear con gente, claro, tienes que cuidarte o tienes que rehabilitarte, hacer algo, ponerle una cura o hacer algo (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 50 años, La Paz)".

"…ya cuando me tocó dormir en la cancha de mi barrio, ya toqué fondo. 'Yo no puedo estar así', o sea, por el problema de mi hermana que me sacó [de la vivienda], yo me vi obligado que algo tenía que hacer con mi vida, si trabajaba, tenía que llegar a un hogar a bañarme, a descansar, pero dónde, decía yo, entonces, opté por este Centro, cómo le digo, hablé con mi hijo, primeramente, con él, que ya no iba a poder verlo todos los días, no iba a poder estar ahí, le expliqué lo que había pasado con mi vida y me dijo: 'ya papá, andá' (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol y pasta base de cocaína, 33 años, Santa Cruz)".

"El momento ya cuando ya yo me encontraba realmente, ya lo había perdido todo. Y lo único que esperaba era la muerte. Yo me encontraba debajo de los canales, en el cuarto

anillo, de doble vía La Guardia. Ahí ya yo me encontraba, ya yo me di por vencido y lo que esperaba era la muerte. No es que no quise matarme, porque tuve hartas oportunidades de matarme; me metí el cuchillo aquí, me corté acá, porque yo quería morir, pero no me sentía capaz a morir así (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)".

Por último, a partir de las entrevistas, otra de las situaciones identificadas que motivaron la autoreflexión y la toma de consciencia fue la percepción de la afectación a la salud. En estos casos, la aparición de síntomas físicos o psicológicos parece constituir un elemento que favorece el reconocimiento de la necesidad de recibir ayuda:

"…cuando consumía ya no podía respirar, se me estaba haciendo muy dificultoso respirar, y me estaba dando temblores, como querer rascarme todo mi cuerpo, no sé, me estaba dando escalofríos, y entonces fui al doctor, mi tía me llevó y entonces fui ahí, y le dijo que tenía enfermedades en el estómago, y tenía problemas y entonces, por eso es que yo pedí ayuda y por eso es que me internaron en un Centro de rehabilitación (Mujer, paciente por consumo problemático de marihuana, 17 años, El Alto)".

"Fue nueve meses atrás, yo tuve una plática con mi hermana y le dije que ya no me sentía bien, que escuchaba voces en mi cabeza y ya sentía yo el estado en el que yo estaba y que no estaba bien. Entonces igual por voluntad propia comencé a dejar las sustancias poco a poco a lo que yo pude. Bajarle mi dosis o tratar de no comprarme un jugo o estar consumiendo diariamente y cosas así (Mujer, paciente por consumo problemático de Tusi, 23 años, Santa Cruz de la Sierra)".

14.2.Internación en el Centro de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración

La internación en el Centro de Tratamiento es el proceso por el cual una persona con consumo problemático de drogas acepta voluntariamente, o inducido por su entorno social a recibir un tratamiento para frenar el consumo. Según la Ley N° 913, art. 35, el ingreso a los Centros de Tratamiento procede por: 1) orden judicial, previo informe médico forense; 2) solicitud familiar; previo informe médico, y 3) mediante solicitud voluntaria.

Los resultados cualitativos identificaron principalmente dos modalidades de ingreso al Centro de Tratamiento, una por iniciativa propia y otra por iniciativa de un tercero, generalmente familiares.

“Porque estaba muy mal, ya mis padres me habían visto drogado, seguía viviendo solo pero igual ellos entraban, mi madre tenía llave donde yo vivía y podía entrar. Me pillaron drogado, el cuarto oliendo, así, y después me senté a hablar con mis padres bien y les dije: ‘miren, siento que esto está afectando, también les está afectando a ustedes también y estoy pensando en entrar a un centro de rehabilitación para cambiar mi vida’ y ahí fue cuando a mis padres les pareció una buena idea y me apoyaron (Hombre, paciente por consumo problemático de Tusi, 19 años, Santa Cruz)”.

“Me predicaron a las doce de la noche, cuando me encontraba debajo de un canal y al día siguiente, tomé una decisión, cosa que nunca pude hacerlo, porque no tenía fuerza. Después que me predicaron la palabra, caminé del cuarto anillo a la Santos Dumont donde mi hermana. Y mi hermana cuando me vio todo sucio: ‘¿Qué querés? yo te dije que te vayas’ me dijo, y yo: ‘Hoy reconozco que necesito ayuda’, [ella:] ‘¿Cómo?’, [él] ‘hoy reconozco que necesito ayuda, necesito que me ayuden, quiero irme a un centro’ […] Y cuando reconocí que necesitaba, mi hermana me ofreció su casa, me bañó, me cambió y ese mismo rato actuó. (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 42 años, La Guardia)”.

Los dos ejemplos anteriores muestran la toma de conciencia sobre el problema de consumo de drogas, pero además la iniciativa de ingresar a un Centro de Tratamiento como acción para el afrontamiento del problema. Sin embargo, esta modalidad no es la más usual, sino la internación a un Centro de Tratamiento por la ayuda de un tercero que generalmente es un familiar cercano, como lo reflejan las siguientes declaraciones:

“…me encontraron mal, toda flaca, borracha, me llevaron a la casa, no los había visto a mis hijos y fue ahí donde mi padre me dice: ‘¿Estás dispuesta a qué te internes a [nombre del Centro]?’, yo le dije: ‘sí quiero’, porque el señor ya me había hablado, que mis hijos me necesitan y yo dije: ‘sí papi, quiero entrar, no puede ser que haya decaído tanto’, porque con la primera pareja no había decaído así, yo era bien fuerte, pese que mi mamá en ese tiempo falleció y estaba yo sola, pero me agarré en ese tiempo de Dios y no estaba así y yo dije: ‘¿Qué pasa? no soy yo, tengo que ingresar, necesito ayuda’. Y fue así como yo ingresé voluntariamente [al Centro de tratamiento] (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 29 años, Sacaba)”.

“No he tomado porque yo me escapé de la casa de mi mamá y me fui donde mi papá, le boté y le hice renegar a mi papá, luego de ahí, me vine acá [Centro de tratamiento]. Mi papá buscó a una señora, su amiga de mi abuela, que realmente conocía esto. Y pues,

mi papá se fue, o sea, ha visto y le llamó y me trajo acá (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 14 años, Sacaba)".

"Mi hermana fue la que me hizo ingresar, claro yo entré voluntario, fui y hablé con el psicólogo, pero mi hermana fue la que me hizo entrar (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 40 años, La Paz)".

"…mi hermana me dijo: ¿por qué no vas a [nombre del Centro]? Y yo le dije: 'no, no quiero' le dije, porque no quería ir a un Centro, que alguien se entere que estoy en un Centro cuando antes había sido cristiano, cuando había sido buena persona, porque yo, todavía en mis planes estaba seguir haciéndole daño a mi expareja, seguir tomando, o sea no sabía exactamente qué es lo que quería hacer, hasta que al final de tanto que mi hermana lloraba, tanto daño que hacía, las cosas que vendía, que mi tele había vendido, mi computadora lo que más quería, y ya había empezado a vender su memoria RAM, su lector, todo, había vendido mi teclado, mi mouse y barato todo, entonces decidí ir [al Centro de tratamiento] (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 29 años, Viacha)".

"…a lo que sé mi abuela me ingresó por obligación porque si no iba a entrar, me iba a mandar a la casa hogar o a un reformatorio y entré con esa decisión a [nombre del Centro] (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 17 años, El Alto)".

En los testimonios citados las figuras que propiciaron la internación son: el papá, la hermana y la abuela. Nótese que en los testimonios existe un trabajo previo de los terceros en cuanto a la averiguación de un Centro de Tratamiento al cual acudir; es decir, la gestión de ayuda por parte de los familiares inició antes de la internación, lo cual muestra una colaboración consciente y planificada para el miembro con el consumo problemático de drogas.

14.3.Síndrome de Abstinencia

El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas y signos que se producen cuando se deja de consumir droga bruscamente o la dosis administrada de droga es insuficiente. Cuando el consumidor problemático de droga consume la cantidad de droga necesaria para evitarlo, se genera conductas de búsqueda de droga para continuar el consumo (Becoña, 2002, p. 52).

El síndrome de abstinencia se constituye por una serie de síntomas específicos y signos de tipo psíquico y físico particulares según tipo de droga. Después de ocurrida la internación al Centro de Tratamiento, en la primera fase de desintoxicación, varios de los pacientes compartieron su experiencia respecto al síndrome de abstinencia:

> *"…buscaba la marihuana por todas partes y no encontraba, me sentía muy devastada, sentía que necesitaba sí o sí, no podía contener, como no encontraba la marihuana, entonces cualquier cosa que encuentre, como canela o lo que sea, entonces se prender eso y se fumarme eso porque no podía aguantar […] sentía las ganas de consumir, sentía estrés, quería consumir sí o sí, ahí me he dado cuenta que mi adicción era muy grande, entonces me llevaron al psiquiatra, entonces ahí me dieron medicamento y me hizo muy mal la dosis, y caí bajo, y no podía levantarme ya, ya estaba muy mal, ya no podía resistir, quería drogas y drogas y drogas, y no podía, así que tarde siete meses para salir del consumo y ahora me estoy mejorando cada día poco a poco por las pastillas que me dan (Mujer, paciente por consumo problemático de marihuana, 17 años, El Alto)".*

> *"Yo le dije [al encargado del centro]: 'No sé, me pide mi cuerpo droga y todo eso', yo no sabía qué era eso hasta que él me dijo: 'Eso se llama, mi estimado, ansiedad'. Y yo le dije: '¿Cómo podemos detenerlo eso?', [el encargado:] '¿Vos querés quedarte, en realidad querés quedarte aquí, querés cambiar? ya, de aquí en adelante vamos a empezar con las pastillitas', una pastillita así, color café eso me daba (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 25 años, San Carlos – Santa Cruz)".*

> *"…logré controlar el consumo porque me pusieron suero y eso sentí que me ayudó harto, me desintoxicó y mi cuerpo ya no me pedía, solamente que en la acogida [etapa de desintoxicación] es diferente estamos encerrados y estás de tu cuarto a la sala, nada más, no tenés libertad; pero cuando estás aquí en esta fase [rehabilitación] podés ir a jugar pelota a la cancha, podés ir al gimnasio, al parquecito (Hombre, paciente por consumo problemático de Tusi, 19 años, Santa Cruz)".*

En este primer grupo de testimonios, podría destacarse la necesidad del consumo de drogas y la asistencia con el suministro de medicamentos (suero y pastillas) en los Centros de Tratamiento.

> *"…el mismo cuerpo te pide [droga], es como tener un estómago con gusano que te pide, o sea quiere el trago o quiere la droga, eso yo me he dado cuenta estando aquí, porque mucha gente se va. Lo que dice la regla es un año de tratamiento, eso indican, no, mentira, esto ya es de por vida, una vez que entras al vicio ya, tienes que controlarlo toda tu vida, hasta que te mueras (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 50 años, La Paz)".*

> *"Y, no, cuando yo ya he entrado tenía eso, de los nervios, te alteras. En sí tu cuerpo sigue con eso del alcohol y sigues alterada, sigues que quieres pelear, sigues posesiva, quieres tener la razón en todo, pero no es así. Y, bueno, te da rabia cuando te dan, te corrigen; otra cosa es que después de tomar todo ese tiempo, ésta mi mano ya sentí que me duele todos los días (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 23 años, Sacaba)".*
> *"…he empezado a sentir los síntomas de abstinencia, ha empezado a doblarse mis manos, he empezado a tener sudoración y ya no, y decía ya no puedo […] me quedaba en la cama sufriendo dos, tres días porque era feo los nervios que no te dejaban estar, o sea no te dejaban dormir. Un pajarito se posaba en la calamina, sonaba 'tic' y de repente ya te despertabas, no podías dormir, tu sueño era por encima nomás, leve, no puedes dormir, entonces no podía dormir, quería hacer ejercicio, quería hacer todo para cansarme (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 29 años, Viacha)".*

Por otro lado, entre los síntomas del síndrome de abstinencia resaltan también estados psíquicos de ansiedad, estrés, nerviosismo, insomnio y actitud agresiva; y físicos como la sudoración, el encogimiento y dolor de manos.

14.4.Intenciones de Fuga del Centro de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración

La primera etapa del tratamiento por consumo problemático de drogas (desintoxicación) es la más crítica porque los síntomas propios del síndrome de abstinencia hacen surgir en los pacientes recién internados pensamientos/intenciones de abandono del programa o escape de los Centros de Tratamiento.

Los testimonios de los pacientes evidencian que, durante los primeros días de internación, algunos experimentaron sentimientos de encierro, malestar, ansiedad y deseos de regresar a su entorno habitual, particularmente ante la necesidad de continuar consumiendo:

> *"Uy, los primeros días muy pésimos, porque no me sentía yo, cómo le puedo decir, como decimos, con las bolas bien puestas para aguantar el programa. Me sentía que estaba encerrado, que no me gustaba, o sea, ya quería salirme (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 32 años, Santa Cruz)".*

> *"…parece que fuese fácil, pero es muy difícil, porque dos días estás y ya te quieres ir o un día estás y ya te quieres ir porque hay cosas que se extrañan, porque el alcohol mismo te llama afuera, te dice: 'toma', o sea, te atrae mucho. A mí el primer [día] he sufrido harto porque quería seguir tomando, quería ir donde ella [expareja] y hacerle daño, quería sentir la misma sensación que sentía afuera con el alcohol, y quería salirme [del Centro de tratamiento] pero tenía mucha fuerza porque solo tal vez no hubiera podido, me he agarrado así de Dios para que me ayude a quedarme y permanecer en el lugar (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 29 años, Viacha)".*

> *"…cuando entré a este lugar por primera vez, sentí que estaba encerrada porque estaba en un cuarto sola, sin compañeras aún, porque tenía que estar en aislamiento un tiempo entonces, me sentí sola y decía: 'ya no quiero estar aquí, ya no voy a tomar, quiero volver con mi mamá'. Y la noche que pase aquí, al día siguiente yo ya quería irme, quería decir: 'no, quiero que llamen a mi mamá, me quiero ir', me sentí mal y encerrada, o sea sentía que estaba en una cárcel y como ya lo había dicho, sentía que yo no tenía ningún problema, que estaba todo bien para mí (Mujer, paciente por consumo problemático alcohol, 16 años, El Alto)".*

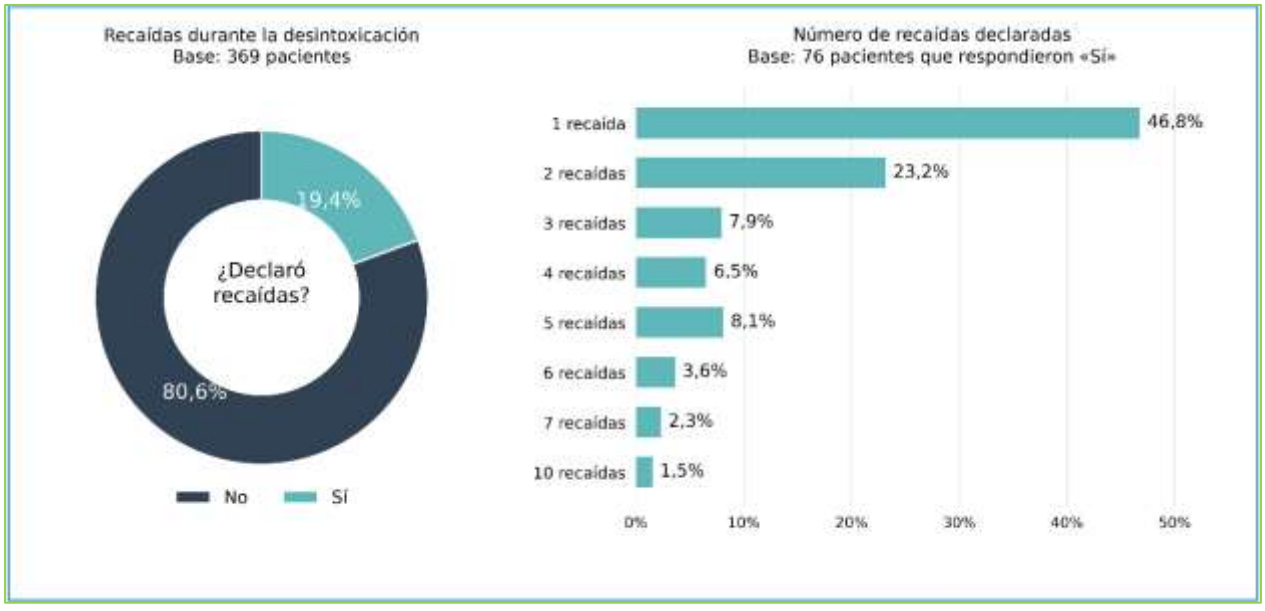
> *"…me quería escapar, decía: '¿Por qué he venido aquí? ¿Por qué estoy aquí?', pero poco a poco me he analizado, si valió la pena estar aquí, las veces que he querido irme no puedo, no sé, algo me impide para no salir […] algo me ata o siempre me pasa algo cuando quiero salir, la primera vez que llegué y me traté [de escapar], me he roto el mismo pie que está mal, dos veces me he roto el pie, cuando en las dos veces que he ido, después no, he dicho: 'no, hasta que Dios disponga mi salud', ya no he intentado irme y hasta ahora sigo luchando (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, [57] años, Viacha)".*

“Me sentí muy mal me sentía desesperado de salir, ya no quería estar acá, incluso me dio un poco de depresión, no quería hacer nada, no quería participar en las actividades solo quería estar echado pensando en cómo salirme incluso traté de escaparme fue muy feo (Hombre, paciente por consumo problemático de Tusi, 19 años, Santa Cruz)”.

14.5.La Recaída

En términos de salud pública, lamentablemente, el hecho de que las personas con consumo problemático de drogas reciban tratamiento no resuelve el problema, ya que existe un frecuente proceso de recaída durante o después de recibir el tratamiento (Becoña y Vázquez, 2001, como se citó en Becoña, 2002, p. 20).

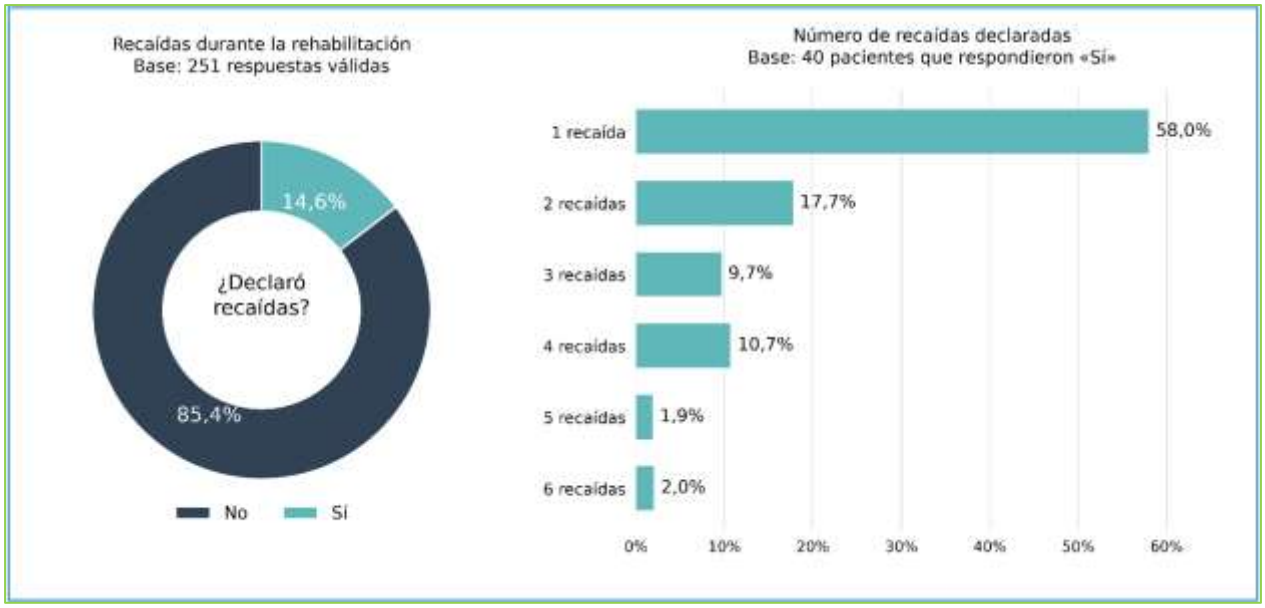
Gráfico 30
Eje Central: Pacientes que Afirmaron tener Recaídas en la Etapa de Tratamiento (Desintoxicación) y Número de Recaídas, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

En la encuesta se consultó a los pacientes si habían tenido recaídas en las distintas etapas del tratamiento. El 19,4 % declaró haber presentado recaídas durante la etapa de desintoxicación. Entre quienes respondieron afirmativamente, el 46,8 % señaló una recaída; el 23,2 %, dos; el 7,9 %, tres; el 6,5 %, cuatro; y el 15,6 %, cinco o más (véase el Gráfico 30).

Gráfico 31
Eje Central: Pacientes que Afirmaron tener Recaídas en la Etapa de Rehabilitación y Número de Recaídas, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

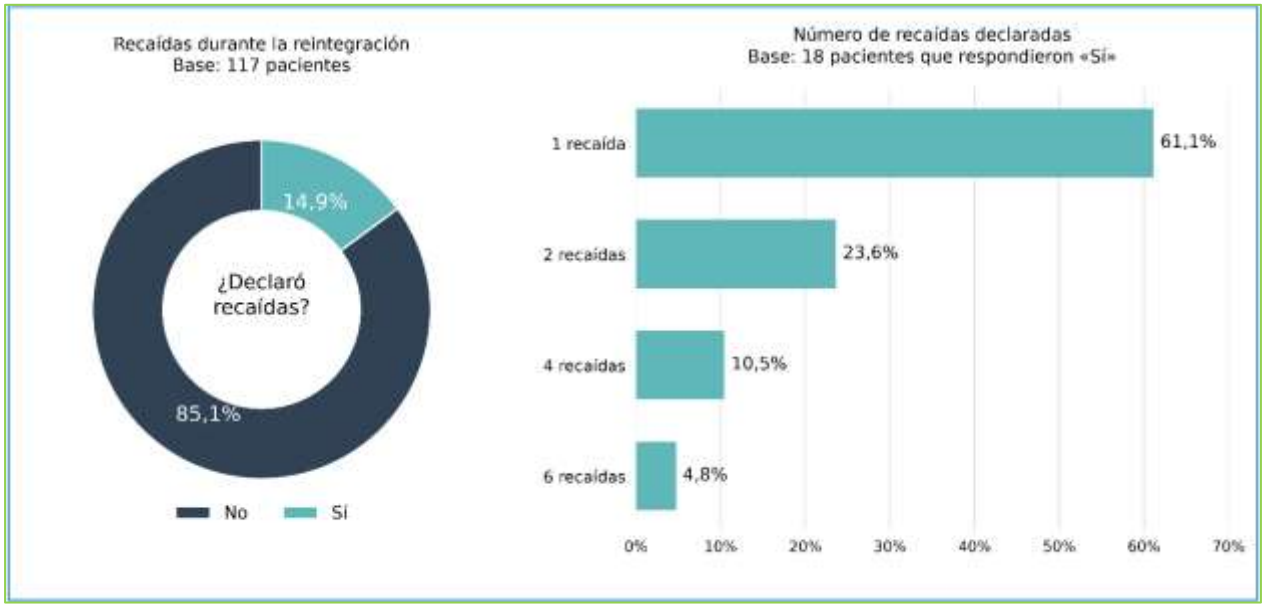
Respecto a la etapa de rehabilitación, el 14,6 % de los pacientes con respuesta válida declaró haber tenido recaídas. Entre quienes respondieron afirmativamente, el 58,0 % señaló una recaída; el 17,7 %, dos; el 9,7 %, tres; el 10,7 %, cuatro; y el 3,9 %, cinco o seis recaídas (véase el Gráfico 31).

El siguiente relato, ilustra el proceso que uno de los pacientes vivió en su primer evento de recaída:

> *"…varios meses que he estado [en tratamiento] y luego salí […] creía que ya lo podía todo, que ya estaba bien, que ya estaba perfecto […] en el último permiso que he salido, ya decía: 'ya, voy a salir en este permiso, voy a decir a mi hermana que éstos son mis planes, que me ayude con esto mi papá, que esto 'tan', 'tan'' […] así, bien hecho a los machos diciendo que yo puedo todo, que de mí no pasa nada, justo me empieza a doler la muela, tuve que ir donde un dentista que justo estaba tomando [alcohol] y me hacer tomar y he tomado […] justamente mi hermana al día siguiente se va, abro la puerta de mi cuarto, veo hacia afuera el garaje que está totalmente abierto y ya el auto de mudanzas, y mi hermana todo metiendo ahí, diciéndome: 'no, no puedo quedarme aquí porque estás*

tomando', y entonces me ha dolido, no sé, todos los planes que tenía se me estaban destrozando y volví a tomar, entonces vendí mi catre […] y yo al rato me fui a comprar alcohol, bebida, compré bebida y mientras tomaba en la noche llega mi padre y me dice: '¿Por qué has vendido la cama? ¿qué está pasando contigo? ¿por qué te has salido [del Centro]?' […] y se llevó ¡todos los muebles que había ahí!, diciéndome que: 'tú lo vas a vender todo, como has vendido antes […] todo vas a vender, vas a terminar vendiendo todo, te vas a hundir entonces me lo llevo, esto es para cuidarte', me dijo. Se lo llevó todo y me dejo más triste, y me dio más razón para seguir tomando, tomé, tomé, tomé, o sea tomaba, hablaba como loco solito diciendo: '¿Qué estoy haciendo?' […] me he quedado ocho días y lo que hacía era comprarme bebida, alcohol […] dos litros de alcohol tomaba al día con agua […] pero ya débil porque no comía entonces débil, el frío me afectaba más […] tenía una botella para mi agua, para el alcohol, una botella para desaguar y dos velas, una vela lo prendía y había un poco de luz porque ya me daba miedo, estando borracho me daba miedo (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 29 años, Viacha)".

Gráfico 32
Eje Central: Pacientes que Afirmaron tener Recaídas en la Etapa de Reintegración y Número de Recaídas, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Finalmente, en la etapa de reintegración, el 14,9 % de los pacientes declaró haber tenido recaídas. Entre quienes respondieron afirmativamente, el 61,1 % reportó una recaída; el 23,6 %, dos; el 10,5 %, cuatro; y el 4,8 %, seis recaídas (véase el Gráfico 32).

En conclusión, es evidente que dentro de la etapa de desintoxicación el porcentaje de recaídas es mayor en relación a las fases de rehabilitación y reintegración. En general, el número de recaídas es inversamente proporcional, es decir, a menor número de recaídas mayor el porcentaje, siendo una sola recaída el número de mayor porcentaje en cada etapa.

Para las personas con consumo problemático de drogas, la recaída puede ocurrir o no, sin embargo, es un riesgo constante, debido a que extinguir un hábito, muchas veces desarrollado por años, es sumamente complejo, por ello es frecuente que las personas que alcanzaron una condición de dependencia a la droga, cuando dejan el consumo de la sustancia, recaen. Por tanto, las recaídas pueden considerarse como parte de la trayectoria del abandono de la droga. Es decir, la persona abandona el consumo de droga, recae, vuelve a abandonar y vuelve a recaer; este proceso puede reproducirse a lo largo del tiempo, a menos que se logre la abstinencia (Becoña, 2002, p. 58). Algunos de los pacientes están conscientes de lo mencionado y expresaron el riesgo de recaída con cierta resignación:

> *"…el alcohol, una vez que entras [al consumo problemático] es hasta tu muerte, con tu muerte muere el alcohol y si en el acto has tenido hijos, en ellos seguirá, esa es la consecuencia de esto, y todos tenemos problemas (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 50 años, La Paz)".*

> *"Para mí [el consumo problemático o riesgo] es de por vida, para todos los que están aquí [Centro] es de por vida ya, agarrar o fumar no sé, pero eso es hasta que yo muera, sé que es una enfermedad, el alcohólico tiene que asumirlo pues es de esa manera (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 54 años, Viacha)".*

15. PERSPECTIVAS FUTURAS DE LOS PACIENTES DE CENTROS DE TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN

De ser exitoso el tratamiento por consumo problemático de drogas, en algún momento los pacientes saldrán del Centro de tratamiento a reintegrarse a la sociedad. El imaginar el escenario de la "salida", genera en los pacientes un sentimiento agridulce, mezclado de emociones negativas como el miedo y la frustración, y positivas como la esperanza y anhelos.

"…en lo económico no tengo dónde ir a vivir, tengo miedo de frustrarme y volver a caer a la bebida; tengo miedo de que el juzgado me diga: 'no le vamos a entregar a sus hijos' y recaer; tengo miedo a muchas cosas, incluso a ver a su papá de mis hijos con otra mujer; tengo miedo a todo eso, pero también quisiera conseguir un trabajo que sea algo de cama adentro, poder trabajar en cualquier cosa, vendiendo, no sé, tener cualquier cosa de trabajo y lograr recuperar a mis hijos y darles esa vida que no les he dado (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 23 años, Sacaba)".

En definitiva, al considerarse el consumo problemático de drogas como una situación de adversidad, su superación es un acto resiliente. Carretero, define la *resiliencia* como:

"…la capacidad, fruto de la interacción de diferentes variables personales con factores ambientales, que permite al individuo enfrentarse y resolver, de manera adecuada e integrada en su entorno cultural, diferentes situaciones de adversidad, riesgo o traumáticas por diferentes motivos, permitiéndole alcanzar una situación normalizada y adaptada a su medio cultural (2010, s.p.)".

Según el mismo autor, ningún factor ambiental o variable personal es necesario o suficiente de forma independiente para producirse la resiliencia, sino más bien, ésta es producto de la interacción de los distintos factores ambientales y variables personales (Carretero, 2010, s.p.). En este marco, los siguientes testimonios de perspectivas a futuro de pacientes entrevistados son de suma importancia ya que entre las variables que incrementan la probabilidad de resiliencia se encuentran la esperanza y afiliaciones religiosas[37], por lo que mientras más favorable sea la percepción de la "salida" del Centro de tratamiento, menor probabilidad de recaída.

"Si Dios me lo permite, estar con mis hijas, recuperar mi familia y ordenar mi vida […] colaborar a otras personas que tal vez están en mí misma situación, no quisiera que ninguno de mis sobrinos, ni familiares vivan esto (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 45 años, La Paz)".

"Y digo ahora estando con Dios, no estoy dispuesta a perder a mis hijos, yo quiero luchar por ellos y es por eso que estoy aquí, luchando también con mi carácter porque a ratos

[37] Según Anna Masten (2004), además de la esperanza y afiliaciones religiosas, otros factores ambientales y características personales que inciden en la resiliencia son: uno o más padres efectivos; cuidados de otros adultos; habilidades cognitivas, de atención y de resolución de problemas; reguladores efectivos de emociones y atención; autoestima y autoeficacia percibida como positivas; aptitudes valoradas por la sociedad; amistades adaptadas, ventajas socioeconómicas, escolarización efectiva; y, comunidad o contexto favorecedores, centros sociales, escuela, centros juveniles, etc. (como se citó en Carretero, 2010, s.p.).

soy muy nerviosa y creo que la bebida me ha ocasionado eso porque yo era una persona muy paciente, […] pero estoy tratando de limar esas asperezas con mis hijos y también Dios creo que ha ido obrando (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 29 años, Sacaba)".

"Volver a ser primeramente el buen padre, el buen hermano, y si Dios me da la oportunidad de devolverme a una pareja que esté conmigo, de los errores se aprenden, no se puede volver al pasado, pero se aprenden […] las horas que pasaba drogándome pasarla en algo productivo, un estudio, un trabajo, entonces esas son metas y propósitos que tengo para cumplir. Recuperar, primeramente, recuperarme yo, recuperar mi vida espiritual, recuperar a mi hijo, recuperar el amor perdido de toda mi familia, recuperar mis estudios de diseño (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol y pasta base de cocaína, 33 años, Santa Cruz)".

"Dios sabrá qué planes me pondrá, yo no estoy planeando nada, solo planeo salir, pedir perdón de mi familia, a mis sobrinos […] aconsejar a mis sobrinos que ya no me tengan miedo, ganar su confianza (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 44 años, Viacha)".

"…mi anhelo de mí es, salir y volver armar mi estudio de grabación, obviamente va a ser con mucho sacrificio que, sinceramente no tengo ni un centavo, ni siquiera para irme a Oruro […] pero si Dios me lo permite va ir, voy hacer, lo que voy hacer es suplicarle a mi papá que, me perdone por todo lo que le había hecho, que no he entendido el amor que él tenía conmigo quizás y que, o sea, no, no lo he entendido así, y pedirle que me ayude tal vez con un monto de dinero para poder armar mi computadora, mi estudio y si es posible los lugares donde he ido a empeñar (Hombre, paciente por consumo problemático alcohol, 29 años, Viacha)".

Prácticamente en los cinco testimonios anteriores se encuentra la apelación a "Dios" como factor religioso; posiblemente esto tenga que ver con la creencia religiosa anterior al consumo problemático de drogas, pero seguramente también es resultado de la terapia de tipo espiritual que se imparte en la mayoría de los Centros de tratamiento (ver Gráfico 32). De todas formas, como se mencionó, la afiliación religiosa es un elemento que contribuye a producirse la resiliencia en los pacientes.

Así también, además de la interpelación a Dios y la esperanza de reconciliación familiar, otro de los elementos positivos en las perspectivas futuras de los pacientes es la inserción laboral y la continuidad en la formación educativa:

"…lo primero que voy a hacer va a ser alejarme de todas las amistades malas con las que estaba, cambiar mi número de teléfono, dejar la venta de droga y el consumo, buscar un trabajo y pasar más tiempo con mi familia, ir a la iglesia, ir al gimnasio, hacer más cosas productivas (Hombre, paciente por consumo problemático de Tusi, 19 años, Santa Cruz)".

"Trabajar, pagar mis deudas y vivir una vida tranquila al lado de mi futura esposa porque estamos en concubinato, yo estaba ahorrando prácticamente para la boda y todo lo hemos gastado. Yo estaba en ese plan de juntarme este año, para finales de año y poder llevar una vida tranquila al lado de mi esposa y poder empezar a estudiar también porque quería estudiar derecho o ingeniería civil (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 26 años, Viacha)".

"Bueno seguir mi rumbo de vida, trabajar y tener una pareja, pero para tener una pareja lo primero es que tengo que estar bien, personalmente, psicológicamente, no sé, pero tengo que estar bien, porque de qué sirve si voy a hacer lo mismo, porque ninguna mujer quiere un alcohólico, ninguna mujer quiere a un drogadicto (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 54 años, Viacha)".

"Voy a manejar tráiler, mi primo me va a ayudar en eso, voy a ir a Perú a Chile manejando llevando alquitrán (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base, 23 años, Viacha)".

"Poder terminar los estudios universitarios, una de las cosas, de las principales cosas, luego ya personalmente también, yo quisiera retomar mis proyectos como artista, como musico, también me gusta mucho la literatura, la composición de letras, entonces realmente también estaba pensando mucho en adentrarme en el mundo de la literatura, igual en la universidad más que todo, y más que todo también poder retomar digamos o este caso, mejorar en este caso mi calidad de vida, en mi casa, mejorar las relaciones con mis familiares (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 27 años, Viacha)".

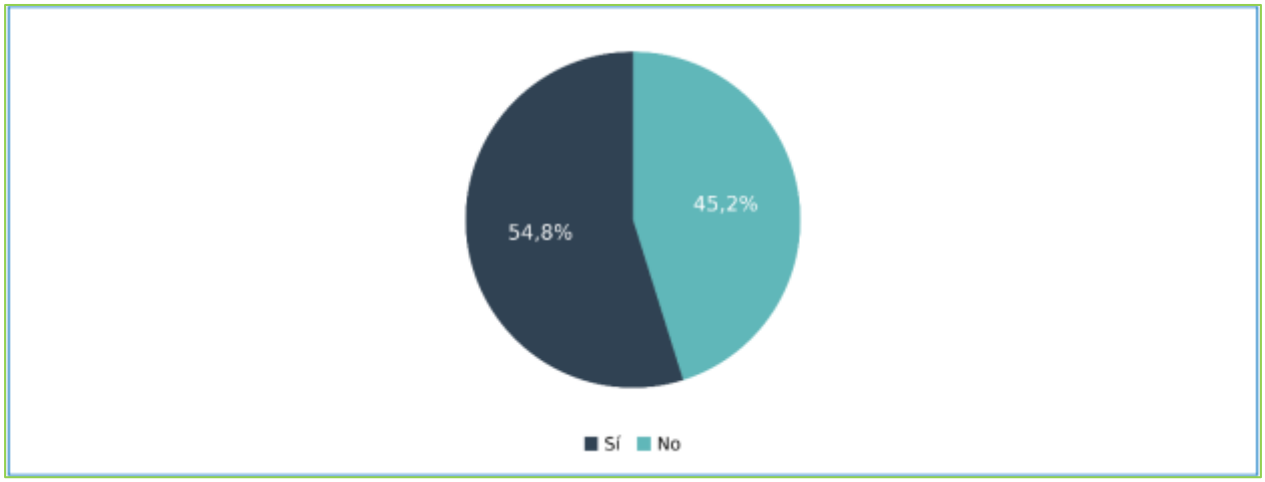
"Los planes que yo tengo de aquí en adelante para dejar el tratamiento de, del consumo es salir, estudiar, ya no volver a recaer, no volver a encontrarme con esos amigos que me

llevaron por malos caminos y terminar de estudiar, y entrenar y meterme a una institución de belleza integral y cosmetología (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 16 años, El Alto)".

16. EXPRESIÓN DE NECESIDADES PARA EVITAR EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

El proceso de tratamiento por consumo de drogas en los Centros de Tratamiento puede prolongarse en función de la respuesta de cada paciente; además, no todos los Centros de tratamiento aplican los mismos métodos y/o terapias a los pacientes, por lo que la valoración subjetiva respecto a su proceso de recuperación es variable.

Gráfico 33
Eje Troncal: Pacientes que considera que tuvieron Obstáculos en el Proceso de Recuperación, 2025
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

El Gráfico 33 muestra la respuesta de los pacientes ante la pregunta de si consideraban que tuvieron algún tipo de obstáculo en su proceso de recuperación. Al respecto, el 54,8% afirmó que sí tuvo obstáculos ante el 45,2% que respondió que no. En el caso de los pacientes que no señalaron obstáculos, resalta un sentido de responsabilidad compartido en las entrevistas realizadas:

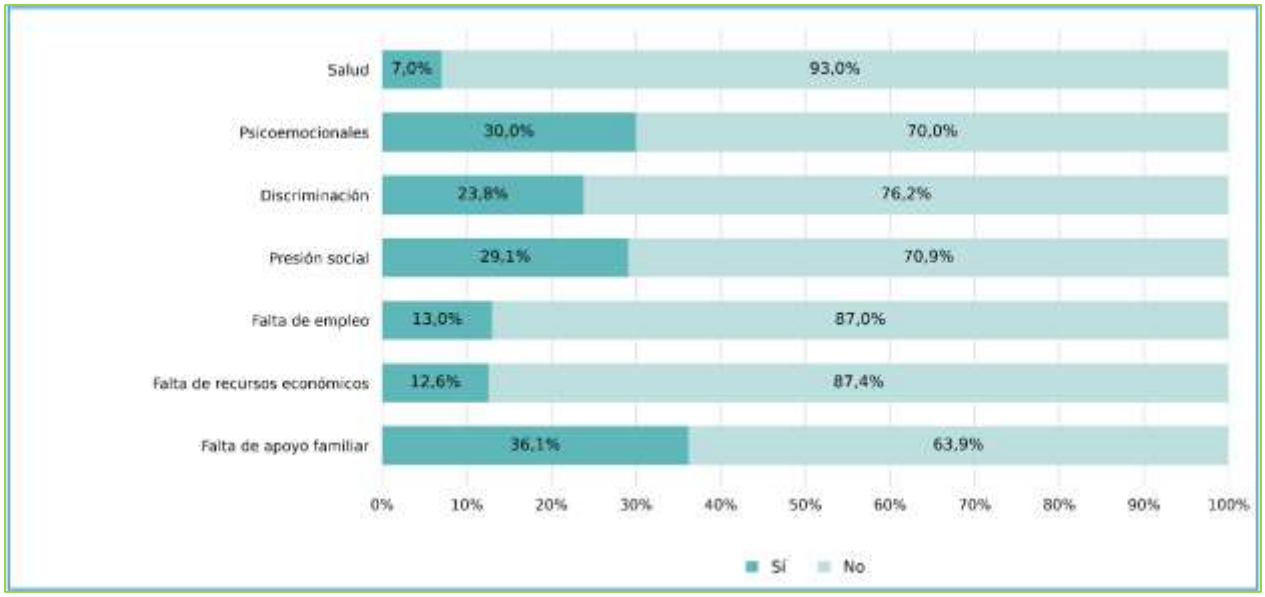
“Bueno, tenía mis apoyos, mi madre y mi padre siempre paraban pendientes de mí, pero como quien dice, siempre hay una oveja negra en la familia. El no saber escuchar, siempre me daba consejos mi mamá, mi papá, mis hermanos, mis tíos, todos me daban consejos: que no haga esto, que no haga el otro, que me dedique, que me apegue a Dios, pero yo no hacía caso. Pero siempre, siempre tuve [apoyo], no puedo decir que mi madre no me daba consejos. Siempre voy a llevar adelante a mi madre y a mi familia, porque ellos siempre estuvieron apoyándome. Así que el fregado fui yo nomás, no ellos (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base de cocaína, 25 años, San Carlos – Santa Cruz)”.

“Sabes, te mentiría si no hubiera tenido apoyo, yo tenía como dicen ‘todo en bandeja’, no trabajaba, pero tenía dinero, podía digamos contar con mi familia, en esa parte yo tenía mucho apoyo, yo no conocía un Dios, pero, empezando a estudiar ya tenía trabajo en la banca, entonces me iba súper bien, pero lo que me ha llegado el alcohol ha sido lo que me ha desviado bastante (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 40 años, La Paz)”.

“Siempre he tenido apoyo, solo que ha sido por probar una nueva experiencia, curiosidad más que todo (Hombre, paciente por consumo problemático de marihuana, 27 años, Viacha)”.

“Siempre tuve apoyo, solamente que por malas amistades fue que entré (Hombre, paciente por consumo problemático de Tusi, 19 años, Santa Cruz)”.

Gráfico 34
Eje Troncal: Pacientes con Obstáculos en su Proceso de Recuperación según Tipo de Obstáculo
(En Porcentaje)



Fuente: Elaborado por el OBSCD en base a la información de la encuesta.

Entre los obstáculos identificados durante el proceso de recuperación, la falta de apoyo familiar registró el mayor porcentaje de respuestas afirmativas (36,1 %), seguida de las dificultades psicoemocionales (30,0 %), la presión social (29,1 %) y la discriminación (23,8 %). En menor proporción, los pacientes señalaron la falta de empleo (13,0 %), la falta de recursos económicos (12,6 %) y los problemas relacionados con la salud (7,0 %). Estos resultados muestran que las dificultades familiares y psicoemocionales, así como la presión social, fueron los obstáculos declarados con mayor frecuencia por los pacientes (véase Gráfico 34).

La pregunta admitía respuestas múltiples, por lo que una misma persona pudo señalar varios obstáculos. Para el cálculo, las respuestas «Todas las anteriores» se incorporaron a cada tipo de obstáculo, sin doble conteo.

De todas formas, destaca en primer lugar la “falta de apoyo familiar” que se remonta hasta antes de iniciarse el consumo problemático de drogas como lo muestran los siguientes testimonios:

“Un apoyo maternal, porque de mi padre lo he tenido todo, pero ese apoyo de mamá siempre es fundamental para el crecimiento, hasta de mi papá, porque mi papá era militar, mi papá a veces nos dejaba con mis tías, con empleadas, yo tal vez ahí me he descarreado también, no había digamos una figura de madre donde yo hubiera querido que estén, que me guíen, o sea andaba ya como gallina sin huato, de aquí para allá, a mi papá lo destinaban a un lado y eso ha marcado mi vida (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol, 54 años, Viacha)”.

“Estar con mi papá, yo no conocí a mi papá, tal vez con mi papá no hubiera entrado a la droga, pero tampoco lo culpo a él, porque cada uno sabe lo que hace y si uno se va a meter a eso es porque uno quiere. Me hubiera gustado estar con mi padre, tener el cariño de mi padre, pero, como ha fallecido… (Hombre, paciente por consumo problemático de pasta base, 23 años, Viacha)”.

“el apoyo de mi mamá y de mi papá, pero no, no lo tuve, el apoyo de mi familia era lo que más necesitaba para quizás yo poder en ese momento tomar consciencia y ya no hacer las cosas que hacía […] porque cuando yo conocí a ese chico entonces para mí era un libre albedrio hacer las cosas que yo hacía, entonces para mí era normal, como yo sentía que no me prestaban atención y mi papá no estaba conmigo, entonces yo decía; ¿entonces que me van a decir si yo hago esto? Entonces, en ese momento si mi papá ya me hubiese agarrado y me hubiese dicho; ¡no hagas esto!, si me hubiesen dicho eso, yo hubiese tomado una consciencia clara y lo hubiese hecho (Mujer, paciente por consumo problemático de alcohol, 16 años, El Alto)”.

“Primero el apoyo, un apoyo, el apoyo espiritual, que venga ese ese milagro hacia mi vida, que vea que todo lo bueno que he hecho que dé fruto, el apoyo familiar, el apoyo de una pareja que también sería necesario (Hombre, paciente por consumo problemático de alcohol y pasta base de cocaína, 33 años, Santa Cruz)”.

TERCERA

PARTE 03

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



17. CONCLUSIONES

Los pacientes de los centros de tratamiento, rehabilitación y reintegración en el eje troncal de Bolivia son predominantemente hombres, con una proporción de nueve por cada mujer. La mayoría corresponde a la población joven, entre 25 a 34 años (36,3%), seguido por el grupo de 35 a 44 años; ambos grupos representan más del 60% del total de los pacientes. En cuanto al nivel educativo, la mayor proporción de pacientes posee educación secundaria incompleta (35,2%). La mayoría se declara soltera y con hijos. Respecto a la situación laboral antes del ingreso al Centro de Tratamiento, el 42,3% trabajaba a tiempo completo y el 21,3% realizaba trabajos esporádicos; al desagregar por sexo, se observa que la mayoría de las mujeres era estudiantes (22,3%).

El primer consumo de droga se produce principalmente entre los 12 y 17 años, siendo la edad promedio 15 años. Las sustancias más consumidas en este evento inicial son el alcohol (52,8%), la marihuana (25,7%) y el tabaco (12,5%). Los contextos más frecuentes de primer consumo incluyen graduaciones y fiestas, mientras que las relaciones interpersonales afectivas (amistades y parejas) ejercen una influencia significativa. Las razones principales señaladas por los pacientes para el primer consumo fueron curiosidad, necesidad de pertenencia a un grupo social y situaciones emocionales críticas como depresión, tristeza y ansiedad.

Las relaciones interpersonales afectivas continúan siendo un factor determinante en la reiteración del consumo. Otros elementos que fomentan la continuidad del consumo son la curiosidad y los estados emocionales críticos. Antes del ingreso al Centro de Tratamiento, el 41,8% de los pacientes consumía alguna droga a diario. El consumo problemático genera impactos negativos significativos, incluyendo despojo de recursos y bienes individuales y familiares, robos y desviación de metas personales.

El entorno social cercano se ve afectado de manera relevante. La familia reacciona principalmente con sentimientos de decepción y preocupación, adoptando acciones que incluyen violencia física, castigos leves, aislamiento y, en algunos casos, expulsión del hogar. El círculo social, integrado por amistades y compañeros de estudio o trabajo, suele reaccionar con aislamiento del consumidor.

La trayectoria del consumo problemático generalmente inicia en la adolescencia con el consumo de alcohol. La presencia de antecedentes de consumo problemático de alcohol en la familia constituye un factor de riesgo, al normalizar la droga y facilitar su acceso. La reiteración del consumo se produce por factores similares a los del primer consumo, incluyendo relaciones

interpersonales afectivas y motivaciones iniciales como curiosidad y estados emocionales críticos. En cuanto al policonsumo, los datos muestran una presencia importante de la secuencia de consumo alcohol, marihuana y tabaco, aunque la trayectoria de incorporación de sustancias varía entre los pacientes.

El consumo problemático genera tolerancia y estrategias de obtención de recursos para financiarlo, como despojo de bienes individuales o familiares, trabajos precarios y tráfico ilícito de drogas al menudeo. Los daños a la salud incluyen afectaciones a riñones, hígado y próstata, desarrollo de enfermedades como cirrosis, dolencias físicas diversas, anemia, desnutrición y caries. Se registran perjuicios en los ámbitos educativo, laboral, económico, de convivencia y familiar, así como estancias en centros penitenciarios y pensamientos suicidas o homicidas.

Respecto al ingreso al Centro de Tratamiento los testimonios muestran la participación relevante de familiares en la búsqueda y decisión de acceder al tratamiento. La toma de conciencia del problema se relaciona principalmente con la afectación a la familia, la intervención de terceros, el distanciamiento del entorno social y la percepción de deterioro de la propia salud.

En cuanto a las perspectivas futuras, los pacientes expresan miedos sobre su reintegración familiar y social. Predominan aspiraciones y expectativas de obtener el perdón de familiares, retomar estudios, conseguir empleo y apoyar a otras personas con consumo problemático de drogas. Aunque algunos pacientes recibieron apoyo, la mayoría reportó carencia de apoyo familiar que podría haber prevenido el inicio del consumo problemático.

17.1.Recomendaciones al Estado

A partir de los hallazgos obtenidos en la investigación, particularmente aquellos relacionados con las características de los pacientes, los factores asociados al inicio y continuidad del consumo, las consecuencias en los ámbitos individual, familiar, educativo, laboral y económico, así como las dificultades identificadas durante el proceso de tratamiento y recuperación, se plantean las siguientes recomendaciones:

- **Institucionalización de los Centros de Tratamiento:** Es imperativo establecer un proceso formal de institucionalización de los Centros de Tratamiento en Bolivia, comenzando con la creación de un registro nacional que permita identificar y clasificar los centros existentes. Este registro debe ser centralizado y actualizado periódicamente para asegurar la coordinación efectiva entre los servicios de salud y las entidades gubernamentales pertinentes.

- **Creación de un Sistema Integral de Atención a Personas con Consumo Problemático de Drogas:** Se recomienda que el Estado implemente un sistema nacional de Centros de Tratamiento que ofrezca atención integral a las personas con consumo problemático de drogas. Este sistema debe garantizar servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento médico y psicológico, rehabilitación social y reintegración comunitaria, asegurando cobertura geográfica suficiente y accesibilidad para toda la población, independientemente de su condición socioeconómica. La implementación de este sistema permitirá una gestión coordinada, estandarizada y basada en evidencia, fortaleciendo la capacidad del Estado para abordar de manera efectiva el consumo problemático de sustancias.

- **Implementación de Programas de Prevención:** Es fundamental diseñar e implementar programas de prevención enfocados en retrasar la edad de inicio del consumo de drogas. Estos programas deben estar dirigidos a jóvenes en edad escolar, involucrando tanto a las instituciones educativas como a las comunidades, con el objetivo de promover hábitos saludables y concienciar sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias.

- **Fortalecimiento de la Resiliencia Personal:** Desde la perspectiva de la resiliencia, es necesario fortalecer variables personales clave, tales como la autoestima y la capacidad de planificación a futuro. Esto debe ser abordado mediante talleres, actividades grupales y programas psicoeducativos que favorezcan el desarrollo de habilidades emocionales y sociales en los jóvenes, contribuyendo a su bienestar integral y reduciendo el riesgo de consumo problemático.

- **Educación Familiar sobre Consumo de Drogas:** Los programas de educación dirigidos a las familias son esenciales para la detección temprana del consumo problemático de drogas. Es necesario ofrecer a los padres y cuidadores herramientas y recursos que les permitan identificar señales de alerta y actuar de manera preventiva, así como comprender el impacto del consumo de drogas en el entorno familiar.

- **Control de Expendio de Bebidas Alcohólicas:** Se recomienda implementar operativos de control más estrictos en relación con la venta de bebidas alcohólicas, especialmente en horarios y establecimientos de riesgo. La regulación efectiva de su expendio contribuiría a la reducción de los índices de consumo problemático y de los accidentes vinculados al abuso de alcohol.

- **Apertura de Centros de Tratamiento Públicos:** Es crucial ampliar la red de Centros de tratamiento públicos especializados en el tratamiento del consumo de drogas. La creación de más Centros accesibles a la población es una medida fundamental para garantizar que todos los ciudadanos, sin importar su situación socioeconómica, puedan recibir atención de calidad en el tratamiento de adicciones.

- **Elaboración de Protocolos de Atención:** Se debe proceder a la elaboración de protocolos de atención estandarizados para los Centros de tratamiento, particularmente en lo que respecta a la etapa de desintoxicación y el control médico del síndrome de abstinencia. Estos protocolos deben estar basados en evidencia científica y alineados con las mejores prácticas internacionales para garantizar una atención eficaz y segura.

- **Educación Preventiva a través de Medios Masivos de Comunicación:** Es recomendable desarrollar campañas de educación preventiva dirigidas a los jóvenes a través de medios masivos de comunicación, como la televisión, la radio y plataformas digitales. Estas campañas deben ser atractivas, accesibles y basadas en información veraz y relevante sobre los riesgos del consumo de drogas.

- **Registro Nacional de Pacientes:** Se recomienda la creación de un registro nacional de pacientes es una herramienta clave para el seguimiento y monitoreo de las estadísticas relacionadas con el consumo de sustancias. Este registro permitiría obtener datos actualizados y fiables que sirvan para la evaluación de políticas públicas y la mejora de los servicios de salud.

- **Brigadas Móviles para Personas en Situación de Calle:** Es recomendable la creación de brigadas móviles especializadas que aborden a las personas con consumo problemático de drogas en situación de calle. Estas brigadas ofrecerían atención inmediata, orientación y, en caso necesario, remisión a los Centros de tratamiento para recibir atención integral.

- **Campañas de Concientización y Educación entre Jóvenes:** Se sugiere desarrollar campañas dirigidas a la población juvenil, enfocadas en cómo reconocer y apoyar a un amigo o conocido con consumo problemático de drogas. La educación en estos aspectos contribuirá a la creación de redes de apoyo dentro de las comunidades y a la disminución del estigma asociado al tratamiento de adicciones.

- **Socialización de los Centros de Tratamiento:** Finalmente, es necesario promover la socialización de los Centros que ofrecen servicios de tratamiento para el consumo problemático de drogas, aumentando su visibilidad y accesibilidad. Esto puede lograrse mediante campañas informativas, fortaleciendo la comunicación entre los Centros y la comunidad, y asegurando que los usuarios conozcan las opciones disponibles para recibir atención.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abstinencia: Estado de privación voluntaria o asistida de alcohol o de otra droga por razones de salud, personales u otras.

Abuso o uso indebido: Consumo frecuente o excesivo de una sustancia sometida a fiscalización.

Adicción: Trastorno caracterizado por el consumo compulsivo y recurrente de una o varias sustancias psicoactivas, con pérdida de control, dependencia física y/o psíquica, y afectación de la calidad de vida.

Boleta de encuesta: Formulario que contiene preguntas de una encuesta y en el cual los encuestados registran sus respuestas. Dependiendo del tipo de encuesta, la boleta puede ser en formato físico (papel) o digital. Generalmente, las preguntas están organizadas en secciones o categorías para facilitar la recolección y análisis de datos.

Bong: Dispositivo de filtración para fumar, comúnmente hecho de vidrio, utiliza agua para enfriar e hidratar el humo antes de inhalarlo.

Calidad de vida: Nivel de bienestar general que experimenta una persona en relación con su salud física, mental, sus relaciones sociales, entorno y desarrollo personal, especialmente tras superar el consumo problemático de sustancias.

Centro: Institución pública o privada que ofrece servicios relacionados al tratamiento, rehabilitación y reintegración o reinserción de personas con problemas de consumo.

Comunidad Terapéutica: Entorno estructurado de rehabilitación residencial para personas con dependencia, centrado en normas, disciplina y ayuda mutua. Estas pueden ser de índole religioso y administrados por personas recuperadas, psicólogos, doctores, etc.

Craving: Deseo intenso, urgente e incontrolable de consumir una sustancia psicoactiva, que experimenta una persona con trastorno por uso de sustancias, incluso durante periodos de abstinencia.

Dependencia: Estado en el que el cuerpo se adapta a una sustancia y necesita de ella para funcionar normalmente. Su interrupción genera síntomas de abstinencia.

Desintoxicación: Proceso inicial del tratamiento mediante el cual se eliminan las sustancias psicoactivas del organismo, permitiendo que el individuo alcance un estado físico estable y libre de los efectos agudos del consumo. Este proceso se centra en el manejo de los síntomas de abstinencia, que pueden variar en intensidad según el tipo de sustancia, la cantidad consumida, el tiempo de uso y las características individuales del paciente.

Es la fase inicial del tratamiento del trastorno por uso de sustancias y, aunque por sí sola no constituye un tratamiento completo, es una condición necesaria para iniciar intervenciones terapéuticas posteriores, como la deshabituación, rehabilitación y reintegración social.

Deshabituación: Fase del tratamiento de las adicciones que tiene como objetivo la interrupción progresiva y controlada del hábito psicológico y conductual asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Droga: Sustancia natural o sintética que, al ser introducida en el organismo, puede alterar una o más funciones fisiológicas, variedad de sustancias, incluyendo alcohol, tabaco, medicamentos controlados con receta, sustancias licitas e ilícitas y otras sustancias psicoactivas.

Drogodependiente: Es toda persona que presenta un estado de dependencia física y/o psíquica hacia una o varias sustancias controladas, legales o ilegales, cuyo uso continuo o compulsivo altera sus funciones corporales, psíquicas o sociales, generando tolerancia y síntomas de abstinencia al suspender su consumo.

Estupefaciente: Sustancia con efectos analgésicos, sedantes o narcóticos, fiscalizada por la legislación internacional. En la legislación de la fiscalización se incluye la cocaína y el cannabis. Es un término adoptado también por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

Intoxicación: Estado de alteración física y mental provocado por el consumo de una sustancia en dosis excesivas.

Paciente: Persona que recibe tratamiento por consumo problemático de drogas en un centro de tratamiento, rehabilitación o reintegración.

Policonsumo de drogas: Uso simultaneo o sucesivo de dos o más drogas por una persona para potenciar, contrarrestar o prolongar sus efectos. No incluye el consumo de alcohol y tabaco.

Prevención: Estrategias dirigidas a evitar o reducir sustancialmente el riesgo de inicio o agravamiento del consumo de drogas. Los programas de prevención de este tema varían considerablemente en contenido y filosofía.

Recaída: Reincidencia al consumo de una droga tras un periodo de abstinencia, asociado frecuentemente a síntomas de dependencia.

Reducción de la demanda de drogas: Conjunto de políticas, estrategias, programas e intervenciones orientadas a prevenir el uso de drogas, retrasar su inicio, reducir su consumo, tratar a personas con trastornos por uso de sustancias y facilitar su rehabilitación e integración social. Este enfoque busca disminuir la necesidad y deseo de consumo de sustancias psicoactivas en la población, tanto legal como ilegal, mediante acciones basadas en la evidencia, el enfoque de salud pública, los derechos humanos y la inclusión social.

Rehabilitación: Proceso terapéutico y multidisciplinario orientado a restaurar el funcionamiento integral de una persona con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, permitiéndole alcanzar un estado óptimo de salud física, mental y social. Tiene como finalidad reducir la dependencia psicológica, fortalecer las capacidades personales, mejorar la calidad de vida y facilitar la recuperación funcional y la autonomía del individuo en su entorno familiar, comunitario y laboral. La rehabilitación se desarrolla generalmente tras la fase de desintoxicación y puede incluir el abordaje de trastornos médicos y psiquiátricos concurrentes. Es un componente

esencial del continuo de atención dentro de los modelos integrales de tratamiento de adicciones, y su enfoque debe ser centrado en la persona, considerando sus necesidades específicas, nivel de severidad del trastorno, historia de consumo, condiciones socioeconómicas y red de apoyo.

Reintegración o Reinserción social: Etapa final del proceso de atención integral a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, orientada a facilitar su retorno funcional, autónomo y sostenible a la vida familiar, comunitaria, educativa y laboral. Su objetivo principal es promover la inclusión social y prevenir recaídas, asegurando la participación activa de la persona en su entorno y el ejercicio pleno de sus derechos.

Esta etapa se implementa una vez consolidado el proceso de rehabilitación, y se basa en el desarrollo de capacidades personales, habilidades sociales, proyectos de vida, vínculos saludables y redes de apoyo, que contribuyan a la permanencia en la abstinencia y a la mejora de la calidad de vida.

Tratamiento integral: Proceso que comienza cuando los usuarios de drogas entran en contacto con un servicio de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible. Este proceso comprende el tratamiento (desintoxicación), rehabilitación y reintegración. El objetivo es reducir la dependencia de drogas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de drogas o relacionadas con este.

TÉRMINOS COLOQUIALES IDENTIFICADOS EN ENTREVISTAS

- **Billar:** Fumar, con solo una aspiración.
- **Chupar:** Ingerir bebidas alcohólicas.
- **Fluni:** Benzodiacepina, fármaco hipnótico capaz de producir depresión del sistema nervioso central.
- **Loser:** Perdedor/a.
- **Ñato/a:** Enamorado/a.
- **Papa:** Pasta base de cocaína.
- **Pelados:** Chicos, jóvenes.
- **Perico:** Cocaína.
- **Pila:** Droga en pastilla.
- **Pillar:** Encontrar.
- **Ralear:** Aislar

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ta Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Becoña, Elisardo (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.* Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre las Drogas.
- Berruecos, Luis (2010) "Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones". Cuicuilco. (49).
- Borelli, Andrea y Pinto, Bismark (2006) "Modelo sistémico aplicado a un centro de rehabilitación de drogodependencia". Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Bolivia"a "San Pa"lo". (1), 19,40.
- Bourdieu, Pierre (1997) *Razones prácticas, sobre la teoría de la acción.* Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre (1998) *La distinción: criterio y bases del gusto.* Madrid: Taurus.
- Carretero, Raúl (2010) "Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales". Nómadas: Critical Journal of Social and Juridical Sciencies. (3), 91-103.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] (2011).
- *Protocolo de estudio sobre drogas en pacientes de centros de tratamiento*.
- Consejo de Política Integral para la Eliminación del Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas, Coca Excedentaria y Prevención del Consumo de Drogas [CPI] (2021). *Estrategia Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas y Control de la Expansión de Cultivos de Coca 2021 – 2025.* La Paz: Ministerio de Gobierno.
- Decreto Supremo N° 3434. Reglamento de la Ley N° 913 de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas. 13 de diciembre de 2017, (Bolivia).
- CONACE, C. N. de E. (2004). *Lineamientos Técnicos; tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
- Donmall, M. (2006). *Orientaciones para la medición de la demanda de tratamiento de drogas* (Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas, p. 48). Naciones Unidas; Centro Nacional de Pruebas del Uso de Estupefacientes, Universidad de Manchester.
- Fernández, Sergio; Weidberg, Sara (2016). "Avances en la evaluación de las adicciones". En: *Papeles del Psicólogo. Vol. 37(1),* pp. 52-61.
- Ley N° 913 de 2017. Ley de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas. 16 de marzo de 2017, (Bolivia).

- Ley N° 259 de 2012. Ley de Control al Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas. 28 de junio de 2012, (Bolivia).
- Ley N° 3739 de 2007. [Construcción, equipamiento, implementación y/o funcionamiento de Centros de Rehabilitación]. 23 de agosto de 2007, (Bolivia).
- Medina, Lina; Prada, Edward; Torrado, Omar (2022). Consumo de sustancias psicoactivas en Latinoamérica desde el abordaje clínico en neurociencia en la última década: una revisión narrativa.
- Menendez, Eduardo (2012) “Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos”. Salud Colectiva (1), 9-24.
- Naciones Unidas. (2003). *Abuso de drogas: Tratamiento y rehabilitación: guía práctica de planificación y aplicación*. Naciones Unidas.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2024). *Informe Mundial sobre las Drogas 2024.* Disponible en:
- https://www.unodc.org/documents/data-and- analysis/WDR_2024/languages/2412382S.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2022). *Programa País de la UNODC para Bolivia 2023-2027*. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/bolivia/Publicaciones/Programa_Pais_UNODC_ para_Bolivia_2023-2027.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2019). *Declaración Ministerial de 2019 [Comisión de Estupefacientes Viena]*. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/ hlr/19-06702_S_ebook.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2016). *Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016.* Disponible en: https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]; Ministerio de Gobierno (2015) *Problemática de las drogas: orientaciones generales. Prevención del uso indebido de drogas.* Bolivia: Unión Europea. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y sustancias sicotrópicas, 1988.* Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/ convention_1988_es.pdf
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.*

- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. *Convenio sobre sustancias sicotrópicas de 1971*. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. *Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas*. Disponible en: https://docs.un.org/es/A/RES/S-20/3+
- Perez, Janneth, *et al.* (2024) “Consumo de sustancias psicoactivas en niñas, adolescentes y jóvenes mujeres en situación de calle de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto”. Revista, Salud Publica en Acción. (1), 1-12.
- Pugés, Xavier; Vilardebó, Agustín; Martinez, Miguel; García, Patricia; López, Josep (2010). “Consumo de drogas en menores residentes en un área urbana pequeña”. En: *Revista adicciones* Vol. 22, (4), pp. 331-337.
- Rios, A. (2015). *CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA DROGO-DEPENDIENTES* [Proyecto de Grado]. Mayor de San Andrés; Carrera Arquitectura.
- Roberti, Eugenia (2017) *Perspectivas sociológicas en el abordaje de las trayectorias: Un análisis sobre los usos, significados y potencialidades de una aproximación controversial.* Puerto Alegre: Sociologías.
- Rose, Gloria (s.f.) “Consumo y consumidores de drogas en Bolivia”. Colectivo de Estudios Drogas y Derechos.
- Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar). SEDRONAR,
- S. de P. I. sobre D. de la N. A. (2019). *Estudio Nacional sobre Perfiles de Pacientes en Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas: Vol. Boletín Nro 1: Principales resultados*.
- SEDRONAR, S. de P. I. sobre D. de la N. A. (2018). *Censo Nacional de Centros de Tratamiento; IV Censo Nacional de Centros de Tratamiento*. Secretaría de
- SENAD, O. paraguayo de D. (2005). *Primer estudio nacional; Pacientes Drogodependientes en Centros de Tratamiento*. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).
- Tarazona, Anicia; Sierra, Javier (2019). “Resiliencia en pacientes drogodependientes de la Comunidad Terapéutica ‘Camino a La Paz’”. Espirales revista multidisciplinaria de investigación científica (30), V.3. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/5732/573263329003/573263329003.pdf
- United Nations. (2025). *World Drug Report 2025—Special Points of Interest*. United Nations : Office on Drugs and Crime. //www.unodc.org/unodc/en/data-and- analysis/world-drug-report-2025special-points-of-interest.html
- Villalba, Cristina (2003) “El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social”. Psicosocial Intervention (3), 283-299.
- Copa Uyuni, J. (2010). Aproximaciones Teóricas sobre el Consumo de Drogas en Bolivia. *Temas Sociales*, *30*, 210–229.

- Lefio, L. Á., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., & Zamorano, P. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Publica*, *4*(34), 257–266.
- OBSCD, las D. (2024). *IV ESTUDIO NACIONAL DE PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN HOGARES BOLIVIANOS DE NUEVE CIUDADES CAPITALES DE DEPARTAMENTO MÁS LA CIUDAD DE EL ALTO* (1ra ed.). Editorial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- OBSCD, las D. (2025a). *Caracterización del Consumo de Drogas Ilícitas en Entornos Universitarios – Estudio Exploratorio en las ciudades de La Paz y El Alto* (1ra ed.). OBSCD. obscd.oficial@gmail.com
- OBSCD, las D. (2025b). *Estudio de sustancias químicas controladas en hogares bolivianos* (1ar ed.). OBSCD. obscd.mingobierno.gob.bo

MINISTERIO DE GOBIERNO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

OBSCD

OBSERVATORIO BOLIVIANO DE SEGURIDAD CIUDADANA Y LUCHA CONTRA LAS DROGAS

INFORMACIÓN PARA DECISIONES MÁS SEGURAS

- PERSONAS
- TRATAMIENTO
- REINTEGRACIÓN
- TERRITORIOS
- OPORTUNIDADES



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE GOBIERNO
OBSERVATORIO BOLIVIANO DE SEGURIDAD CIUDADANA
Y LUCHA CONTRA LAS DROGAS (OBSCD)

La Paz, Bolivia – 2026