
Ramiro Castro de la Mata*
CONSUMO DE DROGAS EN EL PERÚ

En el Perú, como ha ocurrido en todo el mundo, las drogas se han venido usando desde el poblamiento de su territorio. Así, los arqueólogos han encontrado en yacimientos de la época precerámica restos de hojas y de adminículos usados para el consumo del tabaco, fumado y en polvo. El alcohol utilizado como chicha era muy apreciado no solo como bebida sino que constituía un elemento muy importante en las ceremonias religiosas. No hay que olvidar los alucinógenos usados sobre todo en la región de la costa.

La coca tiene una historia muy rica, ya que de ella se han ocupado viajeros, exploradores, cronistas e historiadores desde la llegada de los españoles al continente. La bibliografía ha sido recogida y comentada hace poco.¹ La planta alcanzó difusión amplia durante los horizontes culturales Chavín-Paracas, Huari-Tiahuanaco e Inca, pero en los periodos intermedios la difusión fue limitada a las zonas de producción de valles andinos y algunos de la costa donde prosperó la especie novogranatense, como en la zona de Lima por ejemplo.

A la llegada de los españoles había coca en el Caribe continental y hasta en Nicaragua. Por ese tiempo en el Perú era cultivada y conocida, pero su

* Han colaborado en la elaboración de este documento Jorge Arnao, Milton Rojas y Alfonso Zavaleta.

¹ Castro de la Mata, R.: “La coca en la historia y la leyenda”, en revista *Histórica* n.º 60, 2001, pp. 41-58; del mismo autor, *Inventario de la coca*. Lima: Cedro/Academia de la Historia, 2003.

uso estaba limitado por el monopolio estatal. De las historias y relaciones virreinales, se puede apreciar cómo a la llegada de los españoles a América las grandes epidemias que precedieron a su arribo al Perú diezmaron la población. A ello se sumaron la guerra civil, las revueltas y los maltratos, que condujeron a que la población indígena se redujese de por lo menos 7 u 8 millones a menos de un millón de habitantes. Pese a ello, los cultivos de coca, que se habían convertido en una importante fuente de riqueza para los españoles, se ampliaron considerablemente hasta “mil veces”, como exagera el licenciado Falcón.²

Autores como Bernabé Cobo³ han descrito lo ocurrido con una concisión muy difícil de imitar, por lo que es mejor transcribirlo a la letra:

[...] era de tanta estimación su hoja que sólo la comían los reyes y nobles y la ofrecían en los sacrificios que de ordinario hacían a los falsos dioses. A los plebeyos les era prohibido el uso de la hoja sin licencia de los gobernadores. Mas después que se acabó el señorío de los reyes Incas y con él la prohibición, con el deseo que la gente común tenía de comer la fruta vedada, se entregó a ella con tanto exceso, que viendo los españoles el gran consumo que había de esta mercadería, plantaron otras muchas más chácaras de las que antes había, especialmente en la comarca de la de la ciudad del Cuzco, cuyos vecinos tuvieron en un tiempo su mayor riqueza en estas heredades; porque solía rentar cada año una buena chácara de coca más de veinte mil pesos.

Como señala Cobo, entre otros, la difusión de los cultivos trajo como consecuencia que los españoles obligaran a los indios a bajar a los valles húmedos y calientes con la consiguiente gran mortalidad y difusión de enfermedades como, por lo menos, la leishmaniasis. Esto dio lugar a que los funcionarios virreinales como Polo de Ondegardo y Matienzo propusieran medidas para regular los cultivos y evitar el traslado forzoso de los indios a las zonas de cultivo; medidas que fueron recogidas por los virreyes y por la Corona española.

La legislación sobre la coca comienza con el propio Pizarro, que, en vista de que no había suficiente moneda acuñada, ordenó que se pague a los indios con coca y ají. Posteriormente se prohíbe el uso de la coca como medio de pago y se dan diversas disposiciones para evitar la extensión de

² “Representación hecha por el Licenciado Falcón en el Concilio Provincial sobre los daños y molestias que se hacen a los indios”, en *Colección de libros y documentos referentes a la historia del Perú*, tomo 11, 1918, p. 165.

³ Cobo, Bernabé: *Historia del Nuevo Mundo*. Lima: Biblioteca de Autores españoles, tomo 91, 1956 [1623], p. 214.

los cultivos y para proteger el trabajo de los indios. En el Segundo Concilio Limense los obispos se ocuparon de los daños que aquejaban a los indios obligados al cultivo y acarreo de la coca hacia las minas y exhortaron a las autoridades a que pusiesen fin a estos males.⁴

Pese a los antecedentes de autores como Falcón o Guaman Poma de Ayala, es en el siglo XX cuando cobra importancia el movimiento de defensa del indígena, que considera a la coca como un elemento decisivo de la mala salud y retraso del indio y un medio de explotación por el gamonal. Condenan el uso pensadores y políticos. Baste recordar a José Carlos Mariátegui y Haya de la Torre. Algunos médicos como Pesce, primero, y Sáenz, luego, llaman la atención sobre sus efectos dañinos para la salud. La situación se aclara a partir de la observación cuidadosa y el enfoque experimental por la escuela de Gutiérrez Noriega y Zapata Ortiz. La Comisión de Naciones Unidas, que publica su informe en 1950, confirma los hallazgos y propone la erradicación, pero gradual, en un plazo no menor de veinticinco años, en consideración a su arraigo cultural y su importancia para la economía campesina.

El movimiento de liberalización del uso de drogas de la década de 1960 se extendió a la coca, y es así como se pretendió encontrar usos médicos legítimos a la marihuana y se rescató el carácter religioso del uso de alucinógenos. Para la coca se planteó que tiene un gran significado cultural y mágico-religioso para una minoría no occidental (lo que es cierto), que no es dañina en absoluto (lo que no es cierto) y que es indispensable para una buena adaptación a la vida en la altura (lo que nunca ha podido ser confirmado).

Ahora el consumo de coca, como 'coqueo', ha pasado a segundo plano. La producción ilícita, no controlada, no destinada al 'coqueo', representa el 81 por ciento del total.

Con la cocaína ocurrió un fenómeno idéntico al de la quinina. Los cultivos asiáticos dominaron el mercado y el Perú quedó a la zaga de la producción. Cuando, hace apenas unas pocas décadas, se produjo la expansión del uso de drogas, resultó más fácil, cómodo y barato producirla en el Perú, y en pocos años la producción alcanzó cifras alucinantes hasta hoy, en que la coca mantiene una influencia decisiva en la vida nacional: el uso extendido del alcaloide fumado con un número considerable de casos de toxicomanías casi incurables y de terrible severidad, corrupción de los poderes del Estado y del sistema judicial, deforestación y destrucción

⁴ Castro de la Mata, R. y colaboradores: *Los campesinos coccaleros peruanos y el problema de las drogas*. Monografías de Investigación n.º 21. Lima: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (Cedro), 2002.

del ecosistema de la selva alta y descrédito nacional principalmente en el ámbito geopolítico.

El área cultivada de coca, que para 1990 alcanzó unas 121.300 hectáreas, descendió a 34.200 en el año 2000 (CNC). Para el 2003 y el 2004 la Oficina para Drogas y Crimen de la ONU da las cifras de 44.200 y 50.300 hectáreas respectivamente, con una producción de hoja que llega a los 3.627 kg/ha en el Valle del Río Apurímac y Ene, estimándose una producción potencial de cocaína de 190 toneladas. La producción de adormidera es mucho menor, pero ya alcanzó las 1.447 hectáreas en el año 2004.⁵

La venta legal estimada para el 2005, según la información de Enaco,⁶ alcanzará las 2.800 toneladas de hoja de coca en el país y 115 en el extranjero con una compra de 2.600 toneladas. Dicha empresa espera también vender 500 kilos de extractos en el país y 450 kilos de cocaína en el extranjero. Igualmente, espera vender 25 millones de bolsitas filtrantes que, con el peso de 1 g cada una, representan 25 toneladas.

EL CONSUMO DE DROGAS EN LA ACTUALIDAD

En el Perú se han realizado diferentes estudios epidemiológicos para tratar de conocer los cambios que ha sufrido el consumo de drogas a lo largo de las últimas décadas. A partir de ellos puede afirmarse que el consumo de drogas ha seguido en términos generales el patrón observado en otros países, donde se ha limitado a grupos minoritarios durante mucho tiempo y, luego, con una expansión explosiva desde fines de la década de 1960.

En el caso de las drogas, el enfoque más empleado para determinar la magnitud del consumo es la encuesta de hogares, que permite establecer las tendencias en poblaciones específicas. Otras metodologías que tratan de determinar el número de adictos tropiezan con numerosas dificultades que van desde la definición operativa de lo que es la adicción hasta los problemas derivados de la confidencialidad del diagnóstico. Por ello, a continuación vamos a presentar algunos de los resultados obtenidos por Cedro en diversos estudios acerca de la magnitud del consumo de drogas.

Las drogas se pueden clasificar de muy diversas maneras: por sus efectos, por su composición química y por varios otros criterios; pero de acuerdo con su accesibilidad y significado en la sociedad, se consideran cinco grupos.

Un primer grupo está constituido por las drogas sociales, aquellas cuyo consumo es libre para los adultos y que forman parte importante de los

⁵ UNODC: "2005 World Drug Report". En: <www.unodc.org>, 2005.

⁶ ENACO S.A.: "Plan Estratégico 2001-2005". En: <www.enaco.com.pe/plan.htm>, 2005.

usos y costumbres de la sociedad. En esta categoría se incluyen el alcohol y el tabaco (aunque este último esté perdiendo poco a poco ese carácter). El hecho de ser droga social, de venta libre y de consumo muy extendido no implica, de ninguna manera, que sean inocuas. Al revés: el alcohol es la droga más implicada en casos delictivos y accidentes, además de ser la principal causa de adicción. El tabaco, por su parte, es la principal causa de enfermedades cardíacas y del cáncer sobre todo pulmonar, y se lo considera como la causa más frecuente de muerte en relación con las enfermedades prevenibles. Alcohol y tabaco también están involucrados en un muy activo e importante contrabando, y en el caso del alcohol se asocia también con una producción clandestina a menudo contaminada con productos tóxicos tales como el alcohol metílico, causante de numerosas muertes.

Los productos industriales, que forman el segundo grupo, son sustancias usadas en la industria, pero, además, tienen efectos psicoactivos importantes. Entre ellos se encuentran solventes de pinturas como la acetona y, en general, muchos derivados del petróleo usados como combustibles o solventes de pegamentos. Es conocido que esta adicción es frecuente y casi característica de los niños que viven en la calle.

En tercer lugar están los medicamentos, que constituyen un grupo especial pero cuya incidencia es muy difícil de estimar por la dificultad de decidir si su uso es como automedicación o como sustancia recreativa o de abuso.

El cuarto grupo, muy importante, está constituido por las drogas cuyo uso se limita a minorías étnicas en las que tienen las características de las drogas sociales debido a su consumo habitual, y forman parte de los usos y costumbres de tales sociedades en particular. Para el caso del Perú se pueden considerar como drogas folclóricas la hoja de coca —consumida como ‘coqueo’ por sectores poblacionales andinos y grupos de trabajadores como mineros y pescadores—, y ciertos alucinógenos derivados de plantas como el ayahuasca, brebaje que tiene como componente importante la *Banisteriopsis caapi* usado en la zona de la selva y el San Pedro (*Trichocereus pachanoi*), que se consume en la costa peruana.

El quinto y último grupo está constituido por las drogas cuya venta libre está prohibida y penalizada, al que llamamos grupo de las drogas ilegales, de alta toxicidad y elevada potencialidad adictiva. Tienen importancia entre nosotros la marihuana, la cocaína (en sus formas habituales pasta básica y clorhidrato) y, más recientemente, las drogas sintéticas como el éxtasis, aunque también se ha observado algunos casos de consumo de heroína. Esta no es aparentemente producida en el Perú, lo que indicaría que son viajeros procedentes de otros países los que transportan la droga para su propio uso.

A continuación se presentan los resultados, muy resumidos, de los últimos estudios llevados a cabo por Cedro mediante encuestas de hogares en todo el país. Solo vamos a incluir como variables el género, la edad y el lugar de residencia; como drogas sociales, el alcohol y el tabaco; y como drogas ilícitas, la marihuana, la pasta básica (PBC) y el clorhidrato de cocaína. No incluimos las drogas folclóricas, cuyo consumo tiene importancia fundamentalmente en las zonas rurales. Tampoco consideramos aquellas que tienen incidencia muy baja, como las drogas sintéticas, los opiáceos o los solventes de mayor uso en grupos minoritarios específicos.

Cuadro 1
Prevalencia de vida de consumo de drogas en el Perú urbano
(12-64 años)

		Alcohol	Tabaco	Marihuana	PBC	Cocaína
Total		87,9	63,4	10,3	4,1	3,9
Sexo	Hombre	90,6	74,4	19,5	7,7	7,5
	Mujer	85,5	53,6	2,2	0,9	0,6
Edad	12-18	61,6	31,4	4,7	1,5	1,1
	19-24	94,1	81,1	17,4	1,6	7,4
	25-29	96,7	70,0	13,3	6,3	4,0
	30-39	95,0	71,1	10,9	6,2	3,3
	40-49	95,9	74,3	10,9	6,5	2,6
	50-64	94,4	60,7	5,9	4,7	4,8
Residencia	Lima	89,6	65,9	11,5	4,3	4,6
	Provincias	82,0	54,1	6,2	3,4	1,2

Fuente: Castro de la Mata, R., A. Zavaleta y colaboradores: *Epidemiología de las drogas en la población urbana peruana. Encuesta de hogares 2001*. Monografías de Investigación n.º 20. Lima: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (Cedro), 2002.

Al estudiar la prevalencia de vida (véase el cuadro 1) se evalúa si la persona ha consumido o probado cada sustancia por lo menos en una oportunidad. Con este indicador se encuentra que las drogas más usadas son las sociales, y que la más consumida de entre las ilícitas es la marihuana. A diferencia de años previos, las prevalencias de pasta básica y clorhidrato de cocaína son bastante próximas entre sí, ya que ha habido un desplazamiento de la preferencia de los consumidores hacia esta última. Para todas las drogas el consumo en Lima es más elevado que en las ciudades de provincias.

Cuadro 2
Oportunidad de ofrecimiento en el Perú urbano
(12-64 años)

		Alcohol	Tabaco	Marihuana	PBC	Cocaína
Total		82,9	66,5	26,3	15,4	10,2
Sexo	Hombre	82,5	78,0	41,8	27,1	17,0
	Mujer	83,2	46,3	12,6	5,9	3,4
Residencia	Lima	83,2	67,3	28,2	16,8	11,5
	Provincias	81,7	63,6	12,5	10,1	5,6

Fuente: Castro de la Mata, R., A. Zavaleta y colaboradores, *op. cit.*

El ofrecimiento de drogas por otra persona es un factor decisivo en el inicio del consumo. El estudio de este factor (véase el cuadro 2) permite apreciar de un lado la disponibilidad y, cuando se compara con la prevalencia, la aceptación del consumo. Puede notarse que las drogas sociales son ofrecidas en muy alta proporción y que la aceptación es similar a la prevalencia de vida. Para las drogas ilícitas, en cambio, el ofrecimiento alcanza un nivel mayor en tres y hasta cuatro veces el de aceptación, y para la marihuana llega al doble. Esto es consistente con los hallazgos de los estudios de opinión en relación con las creencias acerca de la peligrosidad de las drogas.

Cuadro 3
Edad promedio de inicio en el consumo de drogas
(12-64 años)

		Alcohol	Tabaco	Marihuana	PBC	Cocaína
Total		17	18	18	20	19
Sexo	Hombre	16	16	17	20	19
	Mujer	18	19	20	21	21
Residencia	Lima	17	17	18	20	19
	Provincias	18	18	18	22	20

Fuente: Castro de la Mata, R., A. Zavaleta y colaboradores, *op. cit.*

La edad de inicio en el consumo de drogas (véase el cuadro 3) es variable, con tendencia a disminuir en los últimos años. Si se registran los promedios puede apreciarse una edad menor para las drogas sociales y algo mayor para las cocaínicas; la marihuana ocupa un lugar intermedio.

Cuadro 4
Uso actual de drogas en población urbana peruana
(12-64 años)

		Alcohol	Tabaco	Marihuana	PBC	Cocaína
Total		43,7	27,3	0,5	0,1	0,3
Sexo	Hombre	23,6	39,5	0,7	0,2	0,3
	Mujer	14,6	16,5	0,2	0,0	0,2
Residencia	Lima	19,2	65,9	11,5	0,1	0,3
	Provincias	16,1	54,1	6,2	0,0	0,0

Fuente: Castro de la Mata, R., A. Zavaleta y colaboradores, *op. cit.*

La prevalencia de vida es un indicador de la exposición de la población frente a las drogas, y el uso actual uno relativo de la intensidad y frecuencia del consumo. En el cuadro 4 puede apreciarse que el tabaco ocupa el primer lugar, ya que si bien más personas han probado alcohol, el tabaco se consume de manera mucho más frecuente, y las drogas ilícitas en menor proporción.

La incidencia (véase el cuadro 5) refleja la proporción de no consumidores que han empezado a consumir en el último año. En este caso el indicador sigue la misma tendencia que la prevalencia de vida: mayor en las drogas sociales y menor en las drogas ilícitas. En casi todos los casos la incidencia en los hombres es mayor que en las mujeres, y lo mismo ocurre, aunque con menor diferencia, entre los habitantes de la capital y los de otras ciudades.

Para interpretar los resultados referidos al consumo tradicional de la hoja de coca hay que tener en cuenta que su uso difundido en la cultura andina y la facilidad de su obtención han llevado a muchos a probarla pero sin llegar a tener un consumo regular y continuado. Cuando hay un consumo regular fuera del contexto cultural, se podría hablar de personas que ya han adquirido niveles de habitualidad. La prevalencia de vida del 'coqueo' para el total de la población encuestada llega a cerca de la tercera parte (31,2 por ciento), pero con un uso actual de apenas 1,7 por ciento, un uso

Cuadro 5
Incidencia de drogas en población urbana peruana
(12-64 años)

		Alcohol	Tabaco	Marihuana	PBC	Cocaína
Total		42,2	9,1	0,5	0,1	0,6
Sexo	Hombre	44,3	13,0	0,5	0,1	1,0
	Mujer	41,0	7,0	0,4	0,2	0,2
Residencia	Lima	42,6	8,0	0,4	0,1	0,7
	Provincias	41,4	11,8	0,5	0,3	0,2

Fuente: Castro de la Mata, R., A. Zavaleta y colaboradores, *op. cit.*

reciente de 4,4 por ciento y de no más de un año de 25,1 por ciento. La encuesta propiciada por Devida en el 2003 sobre el consumo tradicional de la hoja de coca, realizada con una metodología diferente, de enfoque antropológico, arroja una prevalencia de 20 por ciento.

Hace poco se ha reportado un consumo creciente de éxtasis, que ya aparece en la última encuesta de hogares realizada y en proporción apreciable en encuestas de escolares donde está en rápido aumento.⁷ La heroína todavía ocupa una posición marginal, aunque ya es importante el cultivo local de adormidera y los decomisos del látex del opio, y a pesar de que aún no se ha encontrado producción de heroína en el Perú.⁸

En la más reciente monografía sobre consumo de drogas en la población urbana que ha publicado Cedro se presentan los resultados comparativos de las siete encuestas de hogares realizadas desde 1986 (véase el cuadro 6). Allí se puede observar la evolución del consumo a lo largo del tiempo.⁹

Como puede observarse, ha habido un aumento del consumo de cocaína en los últimos años. Las razones que se han aludido en diversas publica-

⁷ Ministerio de Educación/Devida/ONUDD/Cedro: *Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de menores 2002*. Lima: Devida, 2004.

⁸ Zavaleta, A. y R. Castro de la Mata, editores: *El problema de las drogas en el Perú*. Lima: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (Cedro), 2005.

⁹ Castro de la Mata, R. y A. Zavaleta: *Epidemiología de las drogas en la población urbana peruana 2003. Encuesta de hogares*. Monografías de Investigación n.º 23. Lima: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (Cedro), 2004.

Cuadro 6
Evolución de la prevalencia de vida de drogas sociales e ilegales
(1986-2003)

Total	Indicadores	1986 (Cedro)	1988 (Cedro)	1992 (Cedro)	1995 (Cedro)	1997 (Cedro)	1998 (Contradrogas)	2001 (Cedro)	2002 (Devida)	2003 (Cedro)
Alcohol	Total	87,2	83,5	92,0	84,6	87,2	93,5	85,7	94,2	87,0
	Hombres	90,3	88,0	94,8	87,9	89,0	--	86,4	--	89,1
	Mujeres	84,0	79,5	89,6	81,5	85,7	--	85,1	--	85,2
Tabaco	Total	67,4	57,2	66,0	62,1	60,5	71,0	62,8	68,0	63,4
	Hombres	79,9	73,5	81,8	75,2	71,5	--	73,8	--	72,5
	Mujeres	54,7	42,4	53,8	50	51,6	--	53,6	--	55,5
Marihuana	Total	8,0	5,3	7,8	6,4	8,0	5,2	6,6	5,8	10,9
	Hombres	14,1	9,7	16,6	12,1	14,6	--	12,0	--	20,8
	Mujeres	1,8	1,3	1,1	1,1	2,7	--	2,2	--	2,4
PBC	Total	3,9	2,8	5,6	3,1	4,7	3,4	2,7	2,1	3,9
	Hombres	7,3	5,7	10,4	5,7	9,4	--	4,9	--	7,4
	Mujeres	0,4	0,1	1,5	0,7	0,6	--	1,0	--	1,0
Cocaína	Total	2,5	1,3	2,0	1,9	3,2	1,4	2,0	1,8	3,6
	Hombres	4,2	2,5	4,1	2,9	6,6	--	3,9	--	6,8
	Mujeres	0,8	0,1	0,2	0,9	0,5	--	0,4	--	0,7

Fuentes: Cedro: *Uso y abuso de drogas en el Perú: Una investigación epidemiológica de drogas en el Perú urbano 1986-2003*. Lima: Cedro, 2004. Contradrogas: *Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas 1998 (Informe general)*. Lima: Contradrogas, 1999. Devida: *II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002*. Resumen ejecutivo. Lima: Devida, 2003.

ciones incluyen la gran disponibilidad de la droga en el mercado local y los bajos precios en la calle, la alta potencialidad adictiva de estas drogas, con tasas de mortalidad aguda bajas y tratamientos difíciles.

OFERTA Y DISPONIBILIDAD LOCAL DE LAS DROGAS

PRODUCCIÓN Y TRÁFICO

El Perú es un importante productor de cocaína; es necesario diferenciar dos mercados: el interno (consumo en el propio país) y el externo (relacionado con la exportación ilegal de drogas). En el caso del mercado interno no puede hablarse de la existencia de “empresas” sino de multitud de grupos informales unidos laxamente. Cuando se trata, en cambio, de la gran producción y tráfico destinados a la exportación, se ha identificado la existencia de organizaciones bien definidas que se caracterizan por una estructura jerárquica que usa la violencia para el mantenimiento de su negocio y la defensa de sus “territorios” y “clientes”.

Los traficantes de drogas se organizan en el ámbito nacional como entidades llamadas “firmas”, que entregan sus productos a las organizaciones que trafican en el ámbito internacional y que son conocidas como “carteles”. Las organizaciones se componen de grupos o equipos debidamente especializados para desarrollar cada una de las actividades que demanda la empresa delictiva. Los jefes de las organizaciones, llamados “capos”, aportan o controlan directamente el capital o la mayor parte de los medios logísticos. Usualmente llegan a este nivel después de haber efectuado un tráfico exitoso durante varios años con audacia, falta de escrúpulos y uso de la violencia. Entre los carteles más importantes figura el de Tijuana y, hasta hace pocos años, el de Cali.

Las organizaciones menos poderosas apoyan a los grandes carteles y cubren las actividades locales, incentivan los cultivos, intermedian la financiación para la producción y trabajan por encargo de algún cartel, convirtiéndose en proveedores y, por lo tanto, en dependientes para el refinado y procesamiento final de la droga, así como para el comercio exterior. Las organizaciones menos poderosas pueden transformarse eventualmente en proveedores internos para la microcomercialización.

La relación entre las organizaciones más poderosas y las pequeñas y locales se basa en la prontitud y seguridad en el cumplimiento de los encargos. La relación comercial se respeta escrupulosamente como garantía de la solvencia de la organización y es asegurada por el equipo de asesinos a sueldo, “sicarios”, dispuestos a intervenir ante cualquier desvío de lo que se considera una conducta correcta.

Cuadro 7
Epidemiología de drogas en la población urbana peruana, 2003: Uso de drogas en el último año
(Estimación de la demanda y valor de drogas cocaínicas)

Drogas	Prevalencia último año	□ Población consumidora	□ Volumen promedio de uso		Venta al menudeo		
			□ Gr diario	□ Kg diario	□ Gr (S/.)	□ Anual (\$)	
Total PBC	□ □	□ □	□ 10,5	□ 53,4	□ 19,5	□ 9'746.463	□ 2'784.704
PBC	% 0,2	□ Adictos (15%)	10,0	41,6	15,2	7'594.646	2'169.899
□	N.º 27.743	□ Usuarios (85%)	□ 0,5	11,8	4,3	2'151.816	614.805
Total cocaína			2,0	45,1	16,5	205'774.978	58'792.851
Cocaína	% 0,8	□ Adictos (15%)	1,9	31,6	11,5	144'295.678	41'227.337
	N.º 110.970	□ Usuarios (85%)	□ 0,1	13,5	4,9	61'479.300	17'565.514
Total			98,5	36,0	□ □	215'521.441	61'577.555

Fuente: Castro de la Mata, R. y A. Zavaleta: *Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2003, op. cit.*

Elaboración: Área de Investigaciones y Lugar de Escucha de Centro.

Notas:

- 1 Se estima que de 1 kg de PBC comprada en zona de producción se obtienen 3 kg de PBC que se comercializa al menudeo.
- 2 Se considera que de 1 kg de cocaína comprada en zona de producción se obtienen 2 kg de cocaína que se comercializa al menudeo.
- 3 Inversión en la compra de drogas cocaínicas en zonas de producción, que posteriormente se adulterarán y comercializarán al menudeo en el mercado local.

PERSONAL INVOLUCRADO

El cuadro 8 muestra las tareas del personal involucrado en las diferentes etapas del cultivo de hoja de coca: producción, procesamiento, transporte y comercialización de drogas cocaínicas.

Cuadro 8
Personal involucrado en la cadena de las drogas

Áreas de cultivo	Zonas de refinado	Exportación	Microcomercialización local****
Los campesinos cultivadores*	El acopiador de la pasta básica	El jefe, llamado "capo"	El proveedor minorista
Los recolectores de hoja**	El almacenador	El o los financistas	Los transportistas
Los acopiadores de hoja**	El "químico" que dirige y opera el laboratorio rústico	El contador	Los almacenadores
Los maceradores***	El proveedor de los componentes químicos	El responsable del apoyo legal	Los preparadores
El abastecedor de los insumos químicos	El embarcador	Los distribuidores mayoristas	Los 'paqueteros'
El transportador de la pasta a los lugares de embarque	El operador de radio	Los transportistas locales <input type="checkbox"/>	
Los encargados de la vigilancia y protección	Los encargados de vigilancia y seguridad. El transportista	Los protectores y la seguridad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

* Por lo general propietarios o migrantes invasores del predio y como personal con ocupación temporal.
 ** Usualmente migrantes que son explotados y mantenidos con salarios muy bajos; involucra a escolares de las ciudades vecinas que acuden al campo en épocas de cosecha.
 *** Que procesan las hojas en las pozas de maceración donde se extrae la pasta básica de cocaína.
 **** La organización es informal, muy laxa y participan muchos adictos.

Las condiciones del cultivo, recolección y tratamiento de la hoja de coca, si bien tienen características comunes, no son iguales en todo el territorio debido a la variedad de climas, alturas y ecosistemas. Lo que es válido para un distrito puede no serlo para el vecino. Las variedades de coca existentes en el Perú (lambran, mollecoca, fusiforme, ovoide e ipadú) se cultivan en la vertiente oriental de los Andes, a diversas alturas por encima de los 2.500 metros. El uso de tierras situadas a alturas moderadas se debe, aparte de otras consideraciones, al hecho de que el contenido de alcaloides es en general más bajo mientras menor sea la altitud del cultivo, con variaciones desde 1,2 por ciento en las zonas altas hasta 0,25 por ciento, presente en la variedad ipadú del Bajo Amazonas.

Por cultivo y primer procesamiento, en los estudios de opinión realizados por Cedro en el 2001 los campesinos cocaleros manifiestan reiteradamente que cultivan la coca impulsados por motivos económicos y que al hacerlo pueden obtener ingresos de dinero en efectivo en forma periódica y casi continua, ya que consiguen hasta cinco cosechas por año. Esto diferencia el cultivo de coca de otros productos tradicionales y alternativos que pueden producir más dinero al año, pero que llega a manos de los campesinos al término de una única cosecha anual.

Los estimados sobre la cantidad de personas que dependen directamente del cultivo de coca son bastante imprecisos. Según los datos proporcionados por UNODC¹⁰ sobre el cultivo de coca, se puede estimar que en el 2000 hubo 160.000 personas que dependían directamente de esta actividad, de las cuales 29.000 eran campesinos cocaleros; cifra que se incrementaría en 15 por ciento para el 2004, cuando se estimó que 184.000 personas dependían directamente del cultivo de coca, incluyendo 34.000 campesinos cocaleros.

En lo que se refiere al mercado local, los agentes que en él intervienen se organizan de diferente manera. La droga que se vende en la ciudad de Lima y en el resto de la costa —principalmente la cocaína en pasta— proviene directamente de las zonas de cultivo. El procesamiento inicial es realizado por los grupos familiares involucrados, que cultivan y procesan la hoja de coca a pequeña escala. Se ha detectado también algunos casos en que la droga que se comercia es aquella que no ha podido ser vendida a las grandes firmas por motivos de calidad, sobreoferta o pérdida de los contactos.

La vía terrestre es la más usada para el transporte hacia las zonas urbanas como Lima. La cocaína se esconde entre una gran variedad de productos, pues casi cualquier embarque puede ocultarla: llantas, frutas, verduras,

¹⁰ UNODC, *op. cit.*, 2005.

juguets, madera, ropa, etcétera. En la mayoría de los casos los transportistas están involucrados o conocen que en su vehículo viajan drogas. También es posible usar el servicio postal o el sistema de encomiendas para transportar pequeñas cantidades.

Una vez en el ámbito urbano, la droga es manejada por intermediarios llamados “proveedores” o “abastecedores”, cada uno de los cuales abastece de drogas a un grupo de microcomercializadores de algún sector de la ciudad. Sin embargo, no puede asegurarse que ellos controlen el negocio en ese sector, pues pueden existir dos o más proveedores que abastecen sin ningún inconveniente al mismo microcomercializador. En general, puede afirmarse que en Lima, por ejemplo, existe una economía de libre mercado para las drogas. No hay grupos organizados que controlen la oferta de drogas y existe un sinnúmero de “negociantes” que interactúan dentro de la más absoluta libertad económica.

El mercado final está abastecido por una multitud de microcomercializadores o ‘paqueteros’ que manejan cantidades poco significativas, abastecidos por los “mayoristas” que trafican en el orden del par de kilogramos. Los microcomercializadores podrían estar ganando entre 100 y 200 dólares estadounidenses al mes por su participación. No existen firmas, ni mafias ni carteles. Hay, sí, infinidad de pequeños negocios. Al no haber un grupo o unos pocos grupos que regulen la venta de drogas en las ciudades, salir del negocio sin temor a las represalias es tan fácil como entrar en él.

Se ha identificado casos en los que el microcomercializador tiene varios distribuidores. Aquí el negocio es unipersonal o familiar, y en él se suelen involucrar adictos que encuentran en el microcomercio un medio para cubrir el costo de su adicción y una subsistencia precaria. Los distribuidores frecuentan a los microcomercializadores entre una a tres veces por semana. Así, se puede calcular que semanalmente cada microcomercializador adquiere para su posterior venta entre 200 y 500 g de PBC.

LA CONCENTRACIÓN DEL MERCADO DE DROGAS ILEGALES

La droga es ofrecida en todos los sectores geográficos y sociales. Las diferencias se encuentran al nivel de la demanda, es decir, se refieren al tipo de droga requerida por el consumidor. Las drogas “económicas” provienen del interior del país (Huallaga, Cusco, Ayacucho, etcétera). Algunas se fabrican en Lima, en las llamadas “cocinas”, ubicadas en algunas zonas marginales (Cerro El Pino, San Juan de Lurigancho, Carabayllo, etcétera). Se sabe que las drogas sintéticas, consumidas por un grupo minoritario y de mayor capacidad adquisitiva, son traídas desde el extranjero por vía aérea, camufladas entre el equipaje pues son productos de difícil detección.

En la ciudad de Lima, drogas como la pasta básica de cocaína y la marihuana se venden de preferencia en lugares donde la vigilancia policial es menor; por ejemplo, en los barrios marginales y zonas tugurizadas, sin que falten en las zonas más elegantes y exclusivas. Los lugares de venta no están concentrados en un punto o zona específica, sino dispersos por toda la ciudad. Las intervenciones de lugares de venta, cuando se realizan, se basan en denuncias vecinales o periodísticas que generan interés de las autoridades distritales y policiales.

Las modalidades de venta más conocidas son la venta callejera, el *delivery* o venta por teléfono a través de un *dealer* o vendedor, la utilización de niños o niñas, mujeres embarazadas y otras mujeres (*burriers* o “mulas”) para el tráfico nacional e internacional. En el servicio de consejería “Lugar de Escucha” de Cedro se han identificado los sitios de venta más conocidos de Lima tomando como base el reporte coincidente de al menos 35 pacientes (véase el cuadro 9).

Cuadro 9
Puntos de venta y consumo de cocaína en Lima y Callao (2002-2004)
(n = 314)

	2002	2003	2004
PBC	254	252	264
Clorhidrato de cocaína	38	38	50

Fuente: “Lugar de Escucha” de Cedro.

Hace poco, en un estudio de campo que recurrió a otro método de recolección de información, Cedro detectó que en el mes de junio del 2005 había hasta 842 puntos de venta y consumo de drogas en Lima Metropolitana.¹¹ Por otro lado, se supone que a través del sistema de *delivery* podrían estarse cubriendo muchas más zonas de la capital.

FINANCIACIÓN

En la zona de producción la compra de droga es siempre al contado, dado que el riesgo del traslado impide el crédito, pues al perderlo todo no habría posibilidad de cancelar la deuda. Es posible que entre el distribuidor y el

¹¹ Zavaleta y Castro de la Mata, *op. cit.*, 2005.

microcomercializador sí existan ventas al crédito con plazos de pago de entre siete y diez días, en función del nivel de confianza que se haya generado entre tales agentes.

Entre el microcomercializador y el consumidor final también pueden existir créditos, dependiendo de la habitualidad de las transacciones. En algunos casos se exigen prendas (documentos de identidad, artefactos eléctricos, prendas de vestir, etcétera) para garantizar el pago. Existe también la costumbre de proveer con algunas dosis de pasta básica a los clientes habituales que eventualmente no tienen dinero.

Los permanentes operativos que desarrolla la Policía Nacional del Perú (PNP) para prevenir y combatir el negocio de las drogas obligan a los traficantes a un constante cambio de puntos de producción y rutas de traslado de la droga, aprovechando para ello la cubierta que le ofrece nuestra selva y lo extenso del territorio. Por otra parte, han logrado modificar los laboratorios para hacerlos transportables con mayor velocidad.

La PNP, por intermedio de la Dirección Nacional Antidrogas (Dinandero), combate el tráfico de drogas con acciones múltiples. Sin embargo, no obstante el esfuerzo desplegado es probable que no logre incautar más de 10 por ciento de la producción total debido principalmente a la falta de medios, las múltiples modalidades que emplean los delincuentes y la coyuntura que confronta nuestro país.

LA ACTITUD DE LA POBLACIÓN

Las actitudes de la población frente a los problemas asociados a las drogas han sido estudiadas en diversas oportunidades en grupos diferentes: a) encuestas de hogares a personas de 12 a 50 años; y, b) líderes de la población, definidos como tales los miembros con cargos elevados en el Poder Ejecutivo, Congreso, gobiernos locales, Poder Judicial, Fuerzas Armadas, organizaciones y empresas públicas y privadas, incluyendo los medios de comunicación, universidades, colegios profesionales, iglesias y dirigentes sindicales, políticos, estudiantiles, comunales y deportivos.

Las diversas encuestas de hogares señalan que la mayor parte de la población reconoce que las drogas constituyen un problema importante para el país. Se otorga un primer lugar a los problemas económicos y sociales, pero un grupo muy importante (38 por ciento) menciona que el de las drogas es uno de los problemas más graves del país. En los últimos años ha habido un cambio significativo en la percepción de los problemas asociados a las drogas; así, el reconocimiento ha subido de 18 por ciento en 1988 a 56 por ciento en 1995. Esto puede interpretarse, de un lado, por la disminución de la importancia relativa del terrorismo, que prácticamente ha des-

aparecido; y, de otro, por las campañas preventivas y de sensibilización de la opinión pública iniciadas a mediados de la década de 1980.

En general, el considerar que una droga es más consumida y accesible lleva a percibirla como inocua o, por lo menos, que solo es peligrosa cuando se consume “en exceso”, como ocurre con la percepción del uso de las drogas sociales. En términos generales, las drogas de venta ilícita en el país son reconocidas como fuentes de un peligro inmediato por su capacidad de generar daños a la salud. Es mayoritaria la opinión (87 por ciento) de que las drogas deben ser prohibidas aun cuando se reconozca que son de uso extendido. Igualmente, hay consenso respecto de que debe mantenerse la prohibición de su comercio. Así, en la última encuesta de hogares se evidenció que 14,8 por ciento y 19,5 por ciento de la población pensaba que el alcohol y el tabaco, respectivamente, deberían ser prohibidos, mientras 87,8 por ciento opinó lo mismo respecto de la marihuana, 90,8 por ciento sobre la pasta básica y 90,0 por ciento sobre el clorhidrato de cocaína.

El de la marihuana constituye un caso especial, pues frente a ella hay opiniones contrapuestas. Algunos la consideran peligrosa, pero otros (9,1 por ciento) creen que se debe permitir su uso en forma moderada. Hay también, respecto de esta droga, la concepción de que tiene poco potencial adictivo y que sus usuarios no se convierten en adictos.

Los estudios con líderes indican que es mayoritaria (más de 85 por ciento) la opinión de que el consumo de drogas debe prohibirse. Sin embargo, la permisividad varía entre una y otra. Se pronunció en este sentido el 5 por ciento para la marihuana, el 3 por ciento para la pasta básica de cocaína y el 3 por ciento para el clorhidrato de cocaína. En el caso de los inhalantes, 2 por ciento se pronunció sobre su uso sin restricciones.

Existe como opinión más generalizada que el consumo de drogas ha aumentado en el país en los últimos años, situación que es atribuida a medidas inadecuadas de control. Así, 37,7 por ciento de los líderes entrevistados en 1999 por Cedro opinaron a favor de la manera como la PNP enfrenta el problema de las drogas ilícitas, 25,6 por ciento estuvieron parcialmente de acuerdo y 34,6 por ciento opinaron en contra; mientras que la percepción de los líderes cambió significativamente en el 2005, cuando solo 18,4 por ciento estuvo a favor de la actuación de la PNP en el enfrentamiento del problema de las drogas, el 41 por ciento estuvo parcialmente de acuerdo y una proporción similar se manifestó en contra (40,6 por ciento).

La mayoría de la población considera que el cultivo de la coca no ha producido beneficios para el país, aunque algunos piensan que la hoja de coca tiene importancia por su uso como medicamento. Alrededor de 17 por ciento cree que beneficia al campesino y un 15 por ciento que deja dinero al país o crea puestos de trabajo.

La mayoría de la población considera también que el cultivo de la coca causa perjuicios al país, sea por el narcotráfico que genera (40 por ciento), por los daños para la salud (21 por ciento), por el daño social o ecológico (10 por ciento), o, en proporciones menores, porque daña la imagen del país. Solo 4 por ciento cree que no causa ningún daño, pero 18 por ciento no se pronuncia.

A diferencia de lo que se reporta que ocurre en otros países, los grandes narcotraficantes no han hecho inversiones importantes en infraestructura social ni en empresas que proporcionen trabajo honesto, por lo que no hay reconocimiento ni simpatía hacia sus actividades, salvo las de aquellos que aprecian como beneficio el ingreso de divisas procedentes del narcotráfico.

DEMANDA DE DROGAS

Entre las razones que explican la demanda se incluyen una población que empieza a consumir drogas en la adolescencia, preferentemente los varones; la existencia de una población adicta consumidora de proporciones crecientes debido a la alta potencialidad adictiva de estas drogas, con tasas de mortalidad aguda bajas, tratamientos caros y poco eficaces (no más de 30 por ciento de adictos se recuperan); los factores de riesgo y protección para la iniciación del consumo de drogas; y, finalmente, las influencias culturales permisivas de nuestra sociedad. Todos estos factores favorecen la demanda de drogas en nuestro medio.

La estimación del número de adictos es bastante compleja, y los resultados obtenidos no resultan exactos y solo son indicativos de tendencias. En el cuadro 10 se muestra el número de adictos a las principales drogas ilegales.

Cuadro 10
Estimación de la población y consumidores dependientes de drogas ilegales
(Población entre 12 y 64 años)

Drogas ilegales	2001		2003		2005 (estimado)	
	Población	Dependientes	Población	Dependientes	Población	Dependientes
Cocaínas ¹						
(PBC y cocaína)	507.104	86.208	832.277	141.487	1'184.303	201.332
Marihuana ¹	814.036	73.263	1'428.743	128.587	2'094.194	188.477
Éxtasis	0	0	13.871	0	0	0
Heroína	0	0	13.871	0	0	0

¹ El estimado de dependientes de drogas ilegales (cocaínas 17 por ciento y marihuana 9 por ciento) se ha elaborado a partir de los datos proporcionados por el Institute of Medicine of the National Academy of Science de los Estados Unidos de América.

Fuente: Cedro: *El problema de las drogas en el Perú*. Lima: Cedro, junio del 2005.

les usadas en el Perú, en una estimación recientemente efectuada por Cedro en un ejercicio que sería deseable poder confirmar.

La población de adictos comparte una serie de características que, de alguna manera, permiten entender algunas facetas de la demanda. Así, por ejemplo, en relación con el género, se encuentra que, en general, el consumo de drogas ilícitas es mucho menor en las mujeres, aunque se aprecia una clara tendencia a que la diferencia se vaya acortando con el paso del tiempo. La droga que causa el mayor número de problemas a las mujeres, como en el caso de los varones, es el alcohol, pero dentro del consumo de sustancias de libre disponibilidad hay un elevado porcentaje de problemas asociados a los derivados de las anfetaminas, sobre todo los utilizados en curas de adelgazamiento, y a los psicofármacos que se siguen vendiendo sin necesidad de receta médica en nuestro país, pese a lo que señala la legislación. En este caso, la automedicación es la regla.

Entre las mujeres, la droga ilícita que causa el mayor número de problemas es la pasta básica de cocaína, para la cual se describe un perfil característico: mujeres solteras de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, desempleadas, con antecedentes de bajo rendimiento escolar. Las patologías asociadas más frecuentemente son la desnutrición, caries dental, enfermedades de transmisión sexual y anemia. En el área psicológica, agresividad y depresión con algún intento de suicidio. El consumo es usualmente compulsivo, generalmente interdiano y con un promedio de 65 “tabacazos”, lo que equivale a unos 65 gramos de PBC. Más de la mitad ejercen la prostitución, ocasional o habitualmente, conducta que se instala por lo general después de establecido el consumo.

También es frecuente la mitomanía y el involucramiento en la comercialización. La mayoría proviene de familias incompletas, desintegradas o disfuncionales, con el padre alcohólico o adicto. Es frecuente también que sea adicto un hermano o la pareja. Por lo general, hay antecedentes de incesto y de violaciones, y no tienen hijos. La iniciación en el consumo suele darse a invitación o exigencia de la pareja. A diferencia de lo que ocurre en los varones, no hay una fuerte asociación con el consumo de alcohol y el de pasta básica de cocaína.

Los adictos con problemas que acuden a los tratamientos usualmente atribuyen su situación a factores externos, sociales y familiares: falta o dificultad en el trabajo o los estudios, imposición de amigos o de la pareja, etcétera. Las series estudiadas sobre varios miles de usuarios en el programa “Lugar de Escucha” de Cedro han determinado que las personas pueden decidir o ser inducidas al consumo de múltiples maneras y obedeciendo, en general, a más de un factor. No obstante, se han identificado que participan en mayor o menor grado los siguientes factores:

- Curiosidad, como factor muy importante, alimentado por relatos de personas del entorno o lo que aparece en los medios de comunicación.
- Imitación, factor solo o asociado a la existencia de consumidores amigos personales o de la pareja.
- La invitación por un amigo o la pareja resulta ser mucho más importante que el ofrecimiento por vendedores.
- Identificación con los modelos del grupo al que se pertenece o se quiere ingresar.
- Alta disponibilidad de la droga.
- Factores del ambiente: desempleo, crisis familiar, etcétera.
- Búsqueda de sensaciones y emociones nuevas, generalmente impulsados por lo que aprenden de los medios de comunicación.
- Inadecuado uso del tiempo libre.

En no pocos casos, la oportunidad de ganar dinero lleva a los jóvenes a incursionar en la microcomercialización o a actuar como correos en el transporte. En este caso la fácil accesibilidad lleva al consumo. Por otro lado, se observa con frecuencia que entre los jóvenes hay una elevada correlación entre el consumo de drogas y la deserción escolar. En las series reportadas en Lima, tanto la deserción cuanto el bajo rendimiento escolar están fuertemente asociados al consumo, pero no hay datos suficientes que permitan determinar cuál es la causa y cuál el efecto, o si ambas tienen como causa un tercer factor.

Como tendencia general, se aprecia que el inicio del consumo de drogas ocurre a edades cada vez más tempranas. Los factores de riesgo asociados se han estudiado en grupos comparables.

TRATAMIENTO

Un buen sector de adictos sigue tratamiento en comunidades terapéuticas que son de muy diversas calidades, muchas de ellas organizadas y atendidas por ex adictos. La legislación peruana señala algunos requisitos mínimos de infraestructura y calificaciones del personal, así como la necesidad de trabajar dentro de los principios éticos y de respeto a los pacientes. Pero es frecuente que algunas sigan trabajando al margen de la reglamentación de salud vigente, con métodos y resultados cuestionables.

No se conoce el número de adictos que requieran tratamiento en el Perú. Los estimados son muy variables y poco confiables, y van desde los que consideran 50.000 hasta los que creen que llegan a 300.000 en la ciudad de Lima.

Existe en el país un número creciente de entidades que trabajan en el tratamiento y la rehabilitación desde una perspectiva profesionalizada. Se

trata de hospitales de salud mental con unidades de drogodependencias, clínicas psiquiátricas, clínicas de día, consultorios privados, comunidades terapéuticas y centros de consejería. También hay establecimientos de atención que de una manera significativa han incorporado en sus metodologías la autoayuda dentro de un afronte integral, así como comunidades terapéuticas con enfoque vivencial y de autoayuda, algunas muy reticentes al ingreso de profesionales de la salud mental. La mayoría de estos centros atiende informalmente, con los riesgos inherentes a la adicción a la cocaína. Uno de los factores que ha coadyuvado al estado de informalidad parece ser la escasa oferta terapéutica profesionalizada existente en las ciudades.

COSTOS DEL TRATAMIENTO

Los costos del tratamiento pueden variar enormemente. Por ejemplo, el Centro de Rehabilitación de Ñaña, del Ministerio de Salud (Minsa), ofrece varias categorías desde 1.000 dólares a 2.000 dólares anuales. En otra institución estatal, el pabellón de drogodependencias del Hospital Hermilio Valdizán tiene costos más reducidos que podrían bordear los 227 dólares al año por paciente.

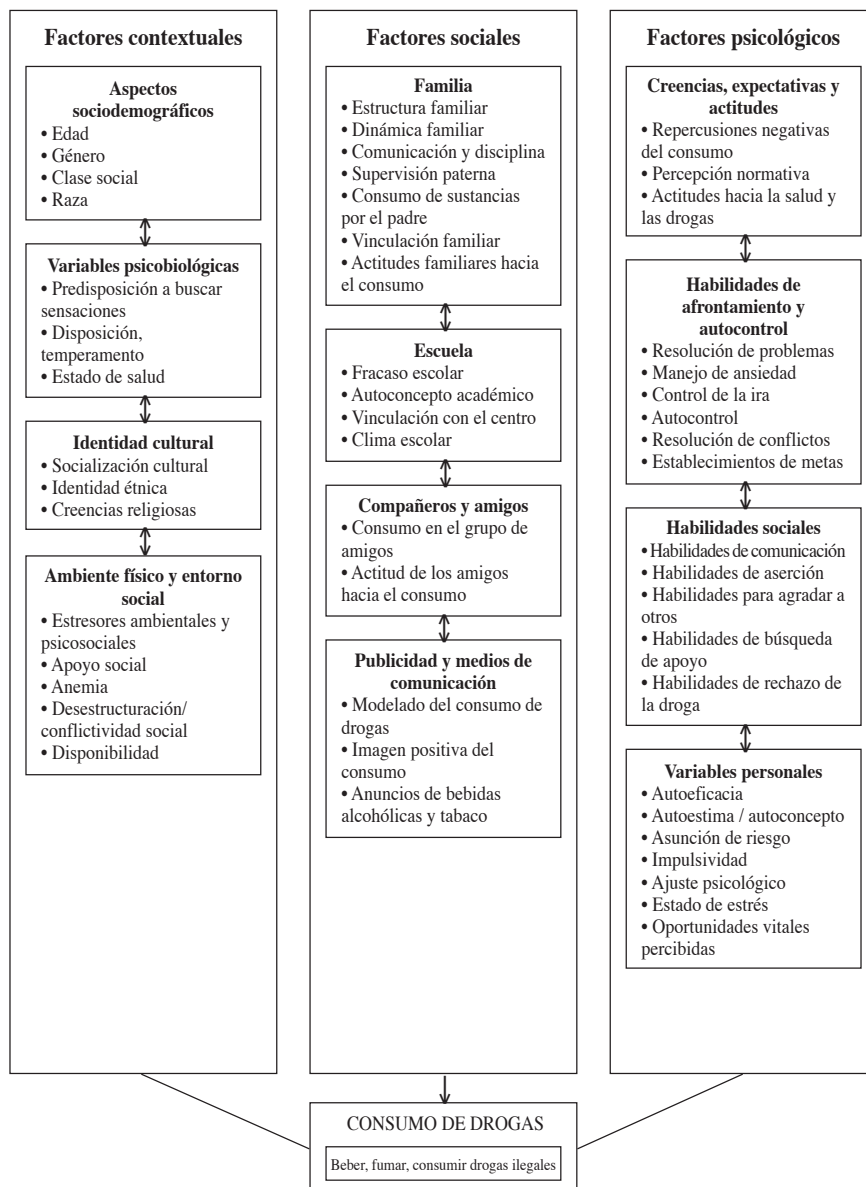
El sector privado ofrece tratamiento y rehabilitación a costos mucho más altos. En una clínica típica el tratamiento puede costar 3.200 dólares por mes y 38.400 dólares por año. Un día de internamiento cuesta 80 dólares, incluyendo alimentación y evaluación psicológica mas no la terapia de grupo, honorarios profesionales ni medicamentos. Una de las clínicas más económicas cuesta 1.450 nuevos soles por mes, equivalentes a 5.150 dólares por año incluyendo alimentación y honorarios profesionales. El tratamiento promedio para la rehabilitación de un adicto es de ocho meses, por lo que el costo estimado del tratamiento es de alrededor de 12.000 nuevos soles por dependiente como mínimo.

DEMANDA DE DROGAS

Considerando las características de nuestro medio, y dado el gran número de variables que influyen en la etiología y en la continuación del consumo de cocaína y otras drogas, es pertinente plantear una etiología multifactorial. En este sentido, el gráfico 1 presenta un modelo que integra los principales factores que contribuyen al consumo de drogas en la adolescencia, agrupados en tres categorías: a) los factores contextuales, que incluyen variables sociodemográficas, biológicas, culturales y ambientales; b) los factores sociales, que se refieren tanto al entorno próximo del adolescente (familia, escuela, grupo

de amigos) cuanto a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación; y, c) los factores personales, que comprenden cogniciones, habilidades y otras variables personales relevantes.

Gráfico 1
Modelo integrador de influencias en el consumo de alcohol y otras drogas



En el Perú¹² se ha identificado algunos factores de riesgo del consumo de drogas en la pubertad y adolescencia, así como factores protectores que reducen la probabilidad del consumo problemático de psicoactivos.

FACTORES MACROSOCIALES

Disponibilidad y accesibilidad de las drogas

El carácter de droga legal convierte a las bebidas alcohólicas en un producto de fácil acceso, por los múltiples establecimientos donde se pueden adquirir, los amplios horarios de venta, su costo y el casi nulo control de la venta a menores. Por otro lado, la sobresaturación de cocaína en el país, así como la importante caída de los precios, se han convertido en potentes factores de riesgo para la aparición de nuevos usuarios y para la continuación del uso en los adictos.¹³

Institucionalización y aprobación social de las drogas legales

La televisión, el cine y la prensa suelen mostrar imágenes de personajes famosos y personas con prestigio social consumiendo bebidas alcohólicas.

Publicidad

Se ha consolidado como una importante fuente de presión social del consumo de alcohol. Los anuncios asocian el alcohol con valores y estímulos atractivos para los adolescentes, como la amistad, el carácter y la personalidad, la transición a la adultez, el sexo, el deporte, el riesgo y la aventura, etcétera.

Asociación del alcohol y las drogas sintéticas con la desocupación juvenil

Existe una asociación entre el consumo juvenil de drogas y el uso del tiempo libre; por ejemplo, el empleo del fin de semana para frecuentar ciertos

¹² Rojas, M.: "Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual", en A. Zavaleta, editor: *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*. Lima: Cedro, 2002.

¹³ Ministerio de Educación/Devida/ONUDD/Cedro, *op. cit.*, 2004. Rojas, *op. cit.*, 2002.

lugares de oferta como bares, discotecas, fiestas electrónicas, y la búsqueda de la novedad y de nuevas sensaciones. El uso inadecuado del tiempo libre se relaciona con el riesgo del uso de drogas; con la asistencia a lugares de oferta y con la búsqueda inmediata de sensaciones nuevas y placenteras producidas por las drogas.

FACTORES MICROSOCIALES

Influencia del grupo de amigos

El grupo de referencia es el marco que ayuda a afianzar la identidad adolescente frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales.¹⁴ La probabilidad de la ingesta de bebidas alcohólicas aumenta si el adolescente se integra en un grupo que consume alcohol, por influencia indirecta del modelado de los compañeros o directa a través de invitaciones explícitas.

Uso y abuso familiar de bebidas alcohólicas

Numerosos estudios revelan la asociación significativa del consumo de alcohol de los padres de familia con los de los hijos.

Ausencia o débil comunicación y clima familiar conflictivo

La incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener el déficit y carencias personales, que el púber o adolescente pueden intentar compensar recurriendo a las drogas.

FACTORES PERSONALES

Déficit y problemas del adolescente

El déficit y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol u otras drogas. El consumo se relaciona estrechamente con déficit de autoeficacia, autoconcepto, autoestima y *locus* de control externo, y con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

¹⁴ Rojas, *op. cit.*, 2002.

Actitudes favorables hacia el alcohol y otras drogas

Las actitudes favorables al uso de drogas son importantes predictores del inicio del consumo del alcohol y otras drogas.

Desinformación y prejuicios

La falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas, extensión del consumo adolescente, repercusiones negativas a corto y largo plazo, etcétera, alientan la curiosidad o impiden valorar acertadamente los riesgos de las drogas. Así, una elevada proporción de adolescentes considera que el alcohol no es una droga.

FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo viene a ser la característica o cualidad de un sujeto o comunidad que, se sabe, va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud. En todo caso, viene a ser la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo social. Las relaciones entre los factores de riesgo entre sí y los factores de riesgo con el daño son complejas, ya que dichos factores actúan en forma distinta en diferentes individuos y bajo diversas circunstancias.

De hecho, la adolescencia es el periodo en el que hay más exposición a la diversidad de comportamientos riesgosos, que pueden comprometer la salud, la supervivencia y el proyecto de vida del adolescente o joven. Esta situación a menudo es la resultante de una organización parcial de la identidad o de una identidad difusa que incorpora los riesgos como expresiones de autoafirmación o búsqueda de un bienestar transitorio que compense el empobrecimiento de los mecanismos de respuesta a las demandas y necesidades que se debe enfrentar. Los factores de riesgo identificados en nuestro medio se presentan en el cuadro 10.

FACTORES PROTECTORES

Rutter,¹⁵ entre otros, define como factores protectores a las circunstancias, características de la estructura de la personalidad, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral del púber y adolescente y sus relaciones

¹⁵ Rutter, M.: "A Conceptual Model of Intervention Based on an Understanding of Risk and Protective Factors", en WHO/OPS: *Supporting Youth in a Time of Social Change*. Ginebra: WHO, 1992.

con la calidad de vida y el desarrollo de este como individuo y como grupo. Los niños, adolescentes y jóvenes que son resistentes al abuso y a la dependencia del alcohol y otras drogas tienen algunas características en común (véase el cuadro 11).

Cuadro 11
Factores de riesgo y protectores identificados en ciudades urbanas peruanas

Factores de riesgo (incrementan el riesgo del abuso de drogas)	Factores protectores (minimizan las posibilidades del abuso de drogas)
Bajo rendimiento y deserción escolar.	Buen rendimiento escolar o académico.
Desocupación.	Adecuado uso del tiempo libre; práctica sistemática de algún deporte como un modo de vida.
Disponibilidad, fácil acceso de las drogas y los precios de ellas (alcohol y drogas cocaínicas)	
Inicio temprano del consumo de alcohol, tabaco y marihuana.	
Edades: 16-19 años.	
Ser adolescente varón.	Ser adolescente mujer.
Actitud favorable del consumo de drogas.	Actitud negativa frente al consumo de drogas. Rechazo.
Rasgos de personalidad: influenciado, manipulable, poco asertivo, déficit de autoconcepto y autoestima. Por otro lado, aquellos que tienden a involucrarse constantemente con el riesgo y el peligro, en la medida en que experimentan un gran refuerzo con esas experiencias.	Rasgos de personalidad: autónomo en sus actos, asertivo, adecuada autoestima y autoconcepto.
Sistema familiar: Patrones negativos de crianza, incomunicación, ausencia de normas y reglas, sobreprotección; abuso o dependencia del alcohol y otras drogas en miembros de la familia.	Sistema familiar: Pautas de crianza y educación congruentes, adecuada integración del sistema, existencia de reglas y normas, comunicación: diálogo abierto. Buena percepción de los padres, no abuso de alcohol y otras drogas.
	Pertenencia a grupos de pares con objetivos comunes (religiosos, deportivos, culturales, artísticos, etcétera).

Adaptado de: Ministerio de Educación/Devida/ONUDD/Cedro, *op. cit.*, 2004. Rojas, *op. cit.*, 2002.

Un elemento preponderante que se ha corroborado como factor protector en los escolares adolescentes es la influencia de la familia y particularmente la importancia de los padres involucrados en las actividades de sus hijos. Otro factor protector de gran importancia es el ambiente escolar, el rendimiento escolar y la actitud de los profesores. Así, colegios que se perciben como exigentes y disciplinados, así como ambientes escolares de mayor respeto y orden, presentan menores niveles de consumo de drogas.

Es indudable que la investigación en el campo preventivo del consumo de drogas ha aportado significativamente en la identificación de algunos factores protectores. En este contexto, en el cuadro 11 se ha logrado sistematizar los principales factores protectores del consumo de drogas: deserción escolar, fugas del hogar, violencia callejera y otras conductas adictivas no tóxicas.