



REVISTA DE LA INTEGRACIÓN
Secretaría General de la Comunidad Andina

Agosto 2010
N°6
ISSN 1999-236X

COMUNIDAD ANDINA: Una Respuesta Conjunta al Problema Mundial de las Drogas

PROBLEMA MUNDIAL DE LAS DROGAS



REVISTA DE LA INTEGRACIÓN
COMUNIDAD ANDINA:
Una Respuesta Conjunta al
Problema Mundial de las Drogas

COMUNIDAD
ANDINA

SECRETARÍA GENERAL



REVISTA DE LA INTEGRACIÓN N° 6

COMUNIDAD ANDINA: Una Respuesta Conjunta al Problema Mundial de las Drogas

ISSN 1999-236X

Las opiniones contenidas en este documento son de responsabilidad de los autores y no comprometen la posición de la Secretaría General de la Comunidad Andina, ni de los Países Miembros de la CAN.

SECRETARÍA GENERAL DE LA COMUNIDAD ANDINA

Director: Adalid Contreras Baspineiro

Coordinación de la edición: Adolfo López Bustillo

Apoyo editorial: Prísea Vilchez

Corrección de Texto: Antonio Rodríguez

Diseño y diagramación: Susan Robles Z.

Fecha de edición: Agosto 2010

Dirección: Av. Aramburú cuadra 4, esquina con Paseo de la República, San Isidro, Perú

Teléfono: (511) 7106400

Fax: (511) 221-3329

www.comunidadandina.org

ÍNDICE

PRESENTACIÓN: LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO ¿ES LO MISMO?

Adalid Contreras Baspineiro 7

I. NUEVOS ENFOQUES EN EL TEMA DE LAS DROGAS

Nueva estrategia hemisférica sobre drogas
James F. Mack 14

La estrategia de la Unión Europea contra las drogas y su aplicación en la Comunidad Andina
Delegación de la Comisión Europea en el Perú 17

Los nuevos enfoques en el tema de las drogas
Alejandro Vassilaqui 28

Avances en la instrumentación de la normativa comunitaria en materia de la lucha contra el problema mundial de las drogas
Adolfo López Bustillo 36

II. LAS DROGAS SINTÉTICAS EN LA COMUNIDAD ANDINA

Experiencia en el abordaje de las drogas sintéticas en la Comunidad Andina
Tatiana Dalence 44

Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas Sintéticas en la Población Universitaria: Resumen de principales resultados a nivel regional y comparación con estudio de Canadá
Juan Carlos Araneda Ferrer y Francisco Cumsille Garib 66

Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas Sintéticas en la Población Universitaria: Análisis adicionales sobre el consumo de drogas y factores asociados al consumo en estudiantes universitarios andinos
Juan Carlos Araneda 83

Caracterización química de las drogas de síntesis que se consumen en Bogotá
Héctor Hernando Bernal 105

Las drogas sintéticas en el marco de la globalización y otros elementos de riesgo concomitantes
Julio Bejarano 134

Consumo de drogas sintéticas en un colectivo de jóvenes. Perfiles y tendencias
Milton Rojas 147

Intervención temprana. Prevención a nivel escolar
Lourdes Sevilla 175

Alarma por consumo de Crystal Meth, una droga más adictiva que la heroína
Paula Castillo Lenis 182



III. DOCUMENTOS

Compromiso Ético contra la Infiltración del Narcotráfico en los Partidos y Movimientos Políticos del Perú _____	184
Convenio de colaboración voluntaria, frente al desvío de sustancias químicas no catalogadas, susceptibles de ser utilizadas en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas (España) _____	187
Decisión 505 Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos _____	192



PRESENTACIÓN

LUCHA CONTRA LAS DROGAS Y LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO ¿ES LO MISMO?

Adalid Contreras Baspineiro*

La complejidad de un problema estructural

La problemática de las drogas ilícitas es indesligable de la del narcotráfico, fenómeno multidimensional, multi-causal, multidisciplinario y de carácter mundial. Así lo da a entender James Mack, Secretario Ejecutivo de la CICAD, cuando afirma que *“el problema mundial de las drogas, incluidos sus costos políticos, económicos, sociales y ambientales, constituye un fenómeno complejo, dinámico y multi-causal que impone un desafío a los Estados y a sus gobiernos. Lejos de constituir una preocupación local o regional, este problema exige ser abordado de forma integral, equilibrada y multidisciplinaria y requiere, al hacerlo, la responsabilidad común y compartida de todos los Estados”*.

También la Unión Europea encara el problema de las drogas desde una doble dimensión: *una perspectiva mixta*, que toma en cuenta la situación local y nacional, pero que también reconoce que éste es, sobre todo, un problema global que requiere ser afrontado desde *una perspectiva transnacional*.

La Comunidad Andina, por su parte, ha adoptado una serie de Decisiones sobre lucha antidrogas que abogan por: *“la profundización de la integración, las responsabilidades conjuntas, la cooperación política y social, el control de sustancias químicas utilizadas en la producción de drogas ilícitas y el desarrollo alternativo integral y sostenible”*. Esto en respuesta a que la producción, tráfico y consumo constituyen un *problema transnacional* que *“amenaza la salud y el bienestar de los seres humanos”* y *“afecta las bases culturales, económicas y sociales”* de los países.

De esto se colige entonces que hablar de lucha contra las drogas ilícitas equivale a luchar contra el

narcotráfico, abordándolo en su integralidad y desde distintas perspectivas. En el caso andino está presente además el desafío de construir una Zona Andina de Paz.

Este es el enfoque que guía los aportes contenidos en este número de la Revista de la Integración, publicación semestral de la Secretaría General de la Comunidad Andina. La estructura de esta edición contiene en su primera parte una exposición de *Nuevos Enfoques* en el tratamiento de la lucha contra las drogas y para ello nos permitimos compartir visiones trabajadas en la OEA, en la Unión Europea y en la CAN. La segunda parte está dedicada específicamente a la problemática de las *Drogas Sintéticas*; en su abordaje se incluye una extensa recuperación de la experiencia de la CAN con el programa DROSICAN, además de trabajos puntuales sobre problemáticas particulares conexas relacionadas con su producción, circulación y consumo. La tercera parte, que recupera Estudios ilustrativos sobre el tema motivo de este número de la Revista, recoge artículos que advierten sobre la presencia innovativa de nuevas drogas y sobre su consumo. Y en la cuarta sección, bajo el título de Documentos, incluimos algunos instrumentos normativos útiles para respaldar y legitimar la lucha contra las drogas.

La lucha contra las drogas en la Comunidad Andina

Las acciones que desarrolla la CAN en materia de lucha contra las drogas reconoce su carácter mundial, y se basan en los principios de corresponsabilidad, no condicionalidad y priorización del desarrollo integral y equilibrado. Esto supone afectar la producción, tráfico, distribución y uso

* Adalid Contreras Baspineiro, Secretario General a.i. de la Comunidad Andina.



indebido de sustancias sicotrópicas, además de los delitos conexos, lavado de activos, desvío y contrabando de precursores químicos y tráfico de armas.

Como dice Adolfo López en su artículo, la base legal de las acciones de la CAN se encuentra en la Decisión 458, de mayo de 1999, sobre "Lineamientos de la Política Exterior Común", que aspira a lograr posiciones conjuntas, con responsabilidad compartida, en la lucha internacional contra el problema mundial de las drogas. Posteriormente, la Decisión 505 de junio de 2001 sobre el "Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos", va a especificar líneas de intervención comunitarias responsables, solidarias y compartidas en la lucha contra las drogas, en el marco de respeto al derecho internacional, a las legislaciones, soberanía e integridad territorial de los Estados, la no intervención en asuntos internos, el respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, cuidando evitar, en un trabajo integracionista, posibles acciones unilaterales que afecten las relaciones entre países.

El elemento diferencial de esta Decisión es que propone acciones que se pueden desarrollar con mayor eficiencia de manera conjunta que individualmente, tales como el intercambio de información sobre acciones de interdicción y modalidades de tráfico; la ampliación de la coordinación entre autoridades responsables; la capacitación de los funcionarios nacionales; la suscripción de acuerdos de asistencia judicial en materia penal; el intercambio de experiencias; el fortalecimiento de la cooperación para prevención y el control del lavado de activos; la prevención del consumo y la producción y el combate al tráfico de drogas sintéticas; la captación de cooperación técnica y financiera internacional; la gestión para la ampliación de los programas de preferencias comerciales en el apoyo a la lucha contra las drogas ilícitas; y programas de prevención y mitigación del impacto ambiental.

Entre otros instrumentos consagrados en la normativa andina están la Decisión 549 "Creación del Comité Andino para el Desarrollo Alternativo (CADA)"; la Decisión 587 "Lineamientos de la Política de Seguridad Externa Común Andina", dirigida a enfrentar las amenazas a la seguridad además de consolidar la Zona Andina de Paz; la Decisión 602, de 2004, "Norma Andina para el Control de Sustancias Químicas que se utilizan en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas", que busca proteger y blindar el territorio aduanero comunitario; la Decisión 614, aprobada el 2005, sobre la "Estrategia Andina de Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible", que busca contribuir a la reducción social y lucha contra la pobreza; y las Decisiones 673 y 712, que aprueban convenios de financiación con la Unión Europea para el desarrollo de los Proyectos "Apoyo a la Comunidad Andina en el Área de Drogas Sintéticas" (DROSICAN) y "Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina" (PRADICAN).

Nuevos enfoques en la lucha contra las drogas

James Mack, Secretario Ejecutivo de la CICAD, presenta la nueva "Estrategia Hemisférica sobre Drogas", en cuyo diseño estuvieron involucrados todos los Estados Miembros de la Organización de Estados Americanos, a partir de un examen de las experiencias y esfuerzos desarrollados en los 13 años transcurridos desde que se aprobó en Lima, Perú, en 1997, la anterior Estrategia. Mack destaca tres aspectos de la nueva Estrategia: 1) el respeto a los Derechos Humanos en la implementación de las políticas sobre drogas; 2) que la evidencia científica debe ser la base para el establecimiento de políticas de drogas; y 3) que la dependencia de drogas es una enfermedad crónica y recurrente y debe ser tratada como un tema de salud pública. Por último señala que la Nueva Estrategia es más que un nuevo nombre, pues se constituye en un conjunto de políticas y acciones no en contra, sino a favor de algo: el bienestar del individuo como la idea central. Es por ello que afirma que así como los gobiernos necesitan implementar controles estrictos para prevenir el tráfico ilícito de drogas y



contener las serias amenazas a la seguridad, la nueva Estrategia establece también que *“los Estados miembros deben además tratar de prevenir el uso de sustancias por parte de sus ciudadanos, y cuando su uso se convierte en problemático o dependiente para el individuo –en términos de salud, trabajo y del entorno familiar y social– brindarle servicios de tratamiento e integración social”*.

La Delegación de la Comisión Europea en el Perú nos presenta la *“Estrategia Europea en la Lucha Contra las Drogas Ilícitas y Cooperación con la Comunidad Andina, en el Marco de la Responsabilidad Compartida”*, en cuyo marco explica la Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas adoptada para el período 2005-2012; el Plan de Acción de la UE sobre Drogas para los años 2009-2012 y el Enfoque Europeo sobre Desarrollo Alternativo. Adicionalmente, hace una reseña tanto de las relaciones de la Unión Europea con América Latina como una asociación de actores globales; así como de la Estrategia de la Unión Europea con la Comunidad Andina en lo referente a la cooperación en la lucha contra las drogas tanto a nivel bi-regional como con cada uno de los Países Miembros. En el fondo de todas estas decisiones está presente el reconocimiento que *“en el diseño y ejecución de sus políticas contra las drogas, la UE ratifica los principios internacionales establecidos por la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas (UNGASS) en 1998 tales como la co-responsabilidad, el énfasis en el multilateralismo, la perspectiva balanceada y el respeto por los derechos humanos”*.

Los nuevos enfoques en el tema de las drogas son presentados por Alejandro Vassilaqui, Director del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), en una entrevista concedida al señor Adolfo López Bustillo, Coordinador de Asuntos Políticos de la Secretaría General de la Comunidad Andina. En ella se trató sobre los nuevos enfoques en el tema de las drogas ilícitas, entre los que destaca los de la despenalización versus penalización, el análisis de las causalidades que podría inducir su consumo, y el de los grados de pureza y sus efectos en el

consumidor, con una perspectiva constructiva y aleccionadora. Un tema polémico abordado en la entrevista es el de la posible legalización del consumo; al respecto, Vassilaqui es categórico cuando afirma que *“la legalización no reduce el número de adictos, los aumenta”*, cuestionando a quienes afirman que el mercado de las drogas se autoregula por las leyes de oferta y demanda, puesto que *“el adicto no puede regular su apetencia; ésta lo desborda y cuando le falta la droga la busca por cualquier medio lícito o ilícito”*. Y a modo de advertencia dice que los países que han despenalizado las drogas han aumentado su número de adictos a lo largo de los años; que la criminalidad se da por la apetencia que acompaña a la droga que lleva a los adictos a delinquir para obtener dinero y seguir comprando droga y por la violencia entre las mafias de narcotraficantes por la posesión del comercio.

Las drogas sintéticas en los países andinos

Tatiana Dalence, quien fuera Coordinadora del Programa de la Comunidad Andina para la Lucha contra las Drogas Sintéticas, nos entrega un artículo en el que se presenta la experiencia desarrollada por la CAN con el apoyo de la Unión Europea, en el Proyecto DROSICAN. Parte de un análisis de situación de la problemática en la región, advirtiendo el escaso conocimiento que existe sobre las drogas de síntesis, y sus formas de distribución, a pesar del consumo creciente de estimulantes anfetamínicos, especialmente en la población joven. No pareciera numéricamente un problema prioritario, pero lo cierto es que en promedio, en los países andinos, el 7% de la población universitaria ha consumido droga alguna vez, y el 0,6% alguna droga de síntesis, siendo la más conocida el éxtasis.

Dalence plantea las bases para el funcionamiento de un Observatorio Andino, en la convicción que *“disponer de un sistema comunitario para evaluar transversalmente las tendencias nacionales de consumo de drogas ayuda a identificar las similitudes y diferencias que existen entre los países y, a su vez, entre diferentes zonas geográficas y poblacionales”*, así como permite también utilizar la

información para el diseño de políticas y estrategias. Sugiere también pistas para la innovación en el trabajo preventivo, en particular lo referente a la intervención temprana. Adicionalmente, se refiere al intercambio de experiencias en la región y a la capacitación como factor de fortalecimiento institucional.

Entre las fortalezas que recupera de la experiencia del DROSICAN está el haber podido evidenciar el consumo de drogas sintéticas, del éxtasis en particular; el logro de información sistemática que permite optimizar los recursos en las intervenciones; el fortalecimiento de los Equipos nacionales; el conocimiento de experiencias de lucha contra las drogas ilegales tanto de los países andinos como europeos que han generado un reconocimiento tanto a los profesionales que laboran en esos campos como a las políticas que las promueven. De otro lado señala debilidades como que los observatorios de drogas aún están en ciernes; y que en los cuatro países se requiere mayor impulso a la investigación.

Una de las acciones del Proyecto DROSICAN es el Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas Sintéticas en la Población Universitaria. Al respecto, Juan Carlos Araneda y Francisco Cumsille presentan un resumen de los principales resultados de dicho trabajo, haciendo un análisis comparativo con un estudio realizado en Canadá. Los autores señalan que si bien la población en edad juvenil ha sido catalogada de riesgo para el uso y abuso de drogas, existiendo importante evidencia investigativa para corroborarlo, hay escasa información que indague específicamente acerca de este tema en los jóvenes universitarios, salvo algunos estudios en países desarrollados, fundamentalmente en Canadá y Estados Unidos.

El trabajo señala que *las tasas de consumo de drogas ilícitas entre los universitarios de países andinos, para la mayoría de las drogas no alcanzan los altos niveles de consumo observados por otros países que realizan regularmente este tipo de mediciones, como es el caso de Canadá, donde las declaraciones de consumo de marihuana en el último año son de 32%*,

las tasas de consumo de todas las drogas ilícitas, excluyendo a la marihuana, son cercanas al 9% y las tasas de universitarios con signos de dependencia al alcohol son también del 32%. No obstante lo anterior, señalan los autores, los países andinos no deben bajar la guardia, pues este mismo estudio ha confirmado importantes niveles de oferta de drogas hacia los jóvenes universitarios, como asimismo, un importante nivel de desinformación del riesgo asociado al uso de drogas, principalmente de las sustancias sintéticas. A lo anterior debe agregarse otro importante factor de riesgo, como es el inicio precoz en el consumo de drogas.

Por su parte, Juan Carlos Araneda agrega análisis adicionales sobre consumo de drogas y factores asociados al consumo en estudiantes universitarios andinos, como una muestra del potencial que tienen las bases de datos logradas con la encuesta a nivel universitario por el Proyecto DROSICAN impulsado por la CAN. Este trabajo presenta la magnitud del consumo de drogas según variables de interés, como la prevalencia de último año de consumo de drogas en universitarios andinos, la situación económica autopercebida, la situación de pareja, la paternidad, la situación ocupacional, la situación de convivencia y los pueblos originarios. En lo concerniente a los factores de riesgo asociados al consumo de drogas analiza las conductas de riesgo para los estimulantes (ETS), las conductas de riesgo en el uso de alcohol, los lugares de consumo de alcohol más frecuente y su relación con el abuso de drogas, las conductas de riesgo en el entorno cercano y los factores de riesgo para el consumo de drogas sintéticas.

Héctor Bernal presenta los resultados de un análisis químico a 330 muestras de drogas sintéticas incautadas en la ciudad de Bogotá, identificando el diseño de un modelo del muestreo empleado y que tuvo en cuenta los estratos socioeconómicos, los días de la semana y lugares de venta. Bernal explica que a través del análisis instrumental, mediante el uso de la técnica de cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas, se analizaron los extractos básicos y a pH de la muestra, encontrándose un total de 149 sustancias químicas

diferentes. Bernal afirma que, “en consonancia con los fenómenos de globalización, comunicación en tiempo real y los avances tecnológicos, especialmente en la síntesis química orgánica, se ha observado que este tipo de drogas ya no son un fenómeno exclusivo de los países del primer mundo, sino que su presencia ya está comprobada en todas las latitudes y que Sudamérica no escapa a ella”. Y si bien no hay indicios que comprueben la producción de las drogas de síntesis en los países de la región andina, sí se ha demostrado que el consumo se encuentra en franco aumento, especialmente dentro de la población joven.

El trabajo constata que en Bogotá a nombre de “drogas de síntesis” se comercializan, entre otros, medicamentos de control especial, medicamentos veterinarios, medicamentos de venta libre, drogas ilícitas de origen natural y sustancias químicas industriales. Los resultados de los análisis químicos son preocupantes en la medida que se evidencia un alto grado de falsificación de las drogas de síntesis; pareciera que los traficantes, con el objetivo de incrementar el volumen de las drogas, las están mezclando con cualquier sustancia que tengan a mano, sin importar su clase, origen o, peor aún, el efecto que pueda ocasionar en el consumidor.

Este estudio piloto presentó resultados similares a los encontrados en otras latitudes, en donde cada vez es menor la participación del éxtasis en el contexto de las drogas de síntesis y mayor el número de medicamentos y sustancias usadas para falsificar estas drogas. Carlos Carabaña, un periodista de Madrid, en un artículo publicado en El País, en julio de 2009, confirma la tesis de Bernal. En ese artículo señala que Energy Control, un colectivo colaborador del gobierno central y de algunos autonómicos con 10 años de experiencia en el análisis de sustancias, advierte que esta pauta se agravó en el 2009 y que el 63% de lo que se vende como éxtasis es un fraude que contiene *caféina, fenacetina (un analgésico), piperonal (un reactivo que se utiliza en procesos industriales varios, desde la perfumería a la minería) o lidocaína (un anestésico)*, lo cual implica que los consumidores

toman sustancias con efectos y pautas de consumo muy diferentes del que hubiera correspondido al consumo real de éxtasis. A la luz de las evidencias antes mencionadas y dada la avidez por la alta rentabilidad del negocio, es previsible la oferta y consumo de sustancias más nocivas.

Por su parte, Julio Bejarano, al tratar el tema de las drogas sintéticas en el marco de la globalización y otros elementos de riesgo concomitantes, ha puesto de relieve que *las condiciones que imperan en el mundo actual, principalmente las relacionadas con las tecnologías de información y las comunicaciones, así como la liberalización y desregulación de los mercados de capital, son elementos que facilitan y promueven mayores niveles de producción, oferta y por ende consumo de sustancias ilícitas en general y sintéticas en particular.*

En lo que a las drogas sintéticas respecta, dice que *ingresan a los países latinoamericanos bajo las condiciones propias de un mercado ilícito en el que la innovación y la complejidad plantean grandes desafíos*, ya que su utilización por parte de personas jóvenes de sectores de condición socioeconómica media rompe con el estereotipo asociado con los consumidores de drogas tradicionales, pues encuentra que no se trata de sujetos que viven en condición de marginalidad o que presentan otros problemas asociados con su condición de clase o una determinada psicopatología, sino que son más bien personas comunes, con cierta capacidad adquisitiva y para las que el contexto de consumo resulta una variable de primera importancia en tiempos en los cuales la industria de la recreación ha crecido de manera extraordinaria, en especial en los grandes centros urbanos, y en los que el control y el involucramiento de los padres con sus hijos pareciera cada vez menor. De cara al futuro, menciona que el desafío es de proporciones mayúsculas si se tiene en cuenta que la Región presenta el mayor ritmo de expansión urbana en el mundo y la peor distribución del ingreso, lo cual se asocia claramente con el binomio drogas - violencia e inseguridad; preocupaciones de hondo significado en los ciudadanos de todos los países.

Milton Rojas nos comparte un esclarecedor estudio sobre las características y perfiles del consumo de drogas sintéticas en una muestra de pacientes que han venido consumiendo y han vivido una gran variedad de experiencias y situaciones relacionadas a ese hecho. Es importante destacar como uno de sus aportes la definición del método exploratorio a través de un diseño muestral intencional, a fin de establecer perfiles clínicos y socio culturales de consumidores de drogas sintéticas.

Con este equipaje metodológico arriba a importantes hallazgos, que el mismo autor los clasifica en diferentes ámbitos. En el *ámbito clínico*, porque establece perfiles clínicos y socio culturales de consumidores de drogas sintéticas. En el *ámbito del micro-tráfico*, encontrando el rol determinante del internet y la telefonía móvil como principales vías para adquirir las sustancias. En el *ámbito preventivo* encuentra que más del 50% de los consumidores son universitarios y estudiantes de institutos superiores, encontrándose que la MDMA y la ketamina son las drogas sintéticas más consumidas, junto con la preocupante presencia de la metanfetamina. En el *ámbito de la salud mental* establece que los principales problemas de salud están asociados al consumo de drogas sintéticas diferenciadas, como estimulantes (ansiedad, insomnio y anorexia), alucinógenas (depresión, ataque de pánico e insomnio) y depresoras (paranoia y alucinaciones auditivas y visuales).

Lourdes Sevilla empieza su aporte afirmando que diferentes estudios a nivel nacional e internacional demuestran que los adolescentes y jóvenes constituyen el grupo humano más vulnerable al consumo de drogas tanto legales como ilegales. En ello incidirían *“diversos factores como la presión de grupo, la curiosidad, la necesidad de evasión y de compensación de carencias físicas o afectivas, la búsqueda de sensaciones, entre otros”*, como características propias de los adolescentes que, sin una adecuada orientación son potenciales consumidores. Factores adicionales para este riesgo son los problemas emocionales, la baja autoestima, los déficits de comunicación, la violencia familiar, la ausencia de metas o de proyecto de vida, el bajo rendimiento académico, la violencia escolar, un

inicio sexual temprano y la disponibilidad de drogas en el entorno.

Con esta orientación general, Sevilla describe un proyecto de intervención temprana realizado en el Perú como una acción de prevención a nivel escolar, en la búsqueda de reducir el impacto de los factores de riesgo y reforzar los elementos de protección vinculados a la dinámica y contexto de la comunidad educativa. En el Perú, *“de acuerdo al Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, DEVIDA – MINEDU (2007), la edad de inicio de los estudiantes en el consumo de drogas legales es a los 13 años, 13,4 años en drogas ilegales y 11,8 en drogas médicas (estimulantes y tranquilizantes)”*.

Para un fenómeno extendido a todas las regiones, la prevención del consumo de drogas en la escuela pública peruana se viene trabajando desde hace muchos años en el marco de acciones de Tutoría y Orientación Educativa. La experiencia ha podido rescatar como realizaciones, la información apropiada (incluyendo datos sobre efectos a corto plazo y consecuencias a largo plazo); el entrenamiento en habilidades personales, sociales y de afrontamiento para ayudar a identificar y manejar presiones internas (ansiedad, estrés) y externas (compañeros, publicidad y medios de comunicación); el refuerzo de la conciencia de que la mayoría de los adolescentes no toman alcohol, tabaco u otras drogas; la formación en competencias personales y sociales generales como establecimiento de metas, control del estrés, habilidades comunicativas y entrenamiento en asertividad; la capacitación a los docentes y apoyo a las personas que desarrollan programas y a los expertos en prevención; la participación activa de la familia y la comunidad; y la adaptación cultural.

La innovación ilícita

Quienes se dedican al negocio ilícito de las drogas sintéticas no descansan y permanentemente están reaccionando frente a los esfuerzos de la fuerza pública que generalmente trabaja sobre aquellas drogas que ya están posicionadas en el mercado. Paula Castillo Lenis, en un artículo publicado en el

Diario "El Espectador", el 1 de octubre de 2009, advierte sobre la aparición en Colombia de una nueva droga denominada Crystal Meth, que es más adictiva que la heroína y que se comercializa frecuentemente en bares y discotecas de música electrónica, entre la población juvenil de entre los 15 y 25 años. Esta droga causa trastornos como la distorsión visual, pérdida de percepción del tiempo, la sensibilidad y la identidad, y tiene secuelas degenerativas aceleradas que pueden producir la caída de los dientes y deterioro de la piel.

Evidentemente, para los científicos sociales este trabajo inicial se puede constituir en una fuente de inspiración que los lleve a explotar todas las posibilidades de análisis y proyección de nuevos trabajos, en los que no se debería descartar la realización de nuevas encuestas periódicas, quizá de menor cobertura, que permitan ya no sólo análisis transversales estáticos, sino de tendencias y dinámicas en los cambios en el consumo a nivel universitario.

Documentos

Por último, se incluye el texto del "Compromiso Ético contra la Infiltración del Narcotráfico en los

Partidos y Movimientos Políticos en el Perú", por considerar que es una importante experiencia que, eventualmente, se podría replicar en otros países de la región. Así mismo incorporamos el "Convenio de colaboración voluntaria, frente al desvío de sustancias químicas no catalogadas, susceptibles de ser utilizadas en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas", de España, pues consideramos que este tipo de instrumento podría ser de importancia para generar alianzas entre los empresarios y las entidades del Gobierno vinculadas al control y fiscalización de este tipo de sustancias, además de contribuir a la facilitación del comercio internacional como lo propone la Organización Mundial de Aduanas.

Finalmente, por su importancia y actualidad para la región, incluimos in extenso la Decisión 505 sobre el "Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos", que define los principios y lineamientos de acción conjunta de los países andinos.



I. NUEVOS ENFOQUES EN EL TEMA DE LAS DROGAS

NUEVA ESTRATEGIA HEMISFÉRICA SOBRE DROGAS

James F. Mack*

“El problema mundial de las drogas, incluidos sus costos políticos, económicos, sociales y ambientales, constituye un fenómeno complejo, dinámico y multi-causal que impone un desafío a los Estados y a sus gobiernos. Lejos de constituir una preocupación local o regional, este problema exige ser abordado de forma integral, equilibrada y multidisciplinaria y requiere, al hacerlo, la responsabilidad común y compartida de todos los Estados”.

El párrafo de apertura de la nueva Estrategia define el desafío que plantea para los Estados miembros de la CICAD y el camino a seguir. El proceso de desarrollar la nueva estrategia, hábilmente liderado por Brasil, involucró a todos los Estados miembros en un examen de las experiencias y esfuerzos desarrollados en los 14 años transcurridos desde que se aprobó, en 1996, la anterior Estrategia. De las 25 nuevas ideas incorporadas aquí destacamos tres:

El respeto a los Derechos Humanos en la implementación de las políticas sobre drogas

Este principio se tomó en cuenta en el Plan de Acción de Río de Janeiro, que estableció la CICAD en 1986, pero no fue incluido en la Estrategia Antidrogas del Hemisferio de 1996. La CICAD, evaluando la evolución del problema mundial de las drogas, consideró esencial encuadrar la nueva Estrategia en el contexto de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, tanto en lo que se refiere al derecho del debido proceso, y a la prohibición de acciones coercitivas, como en lo que tiene que ver con las acciones propias del tratamiento de la dependencia de drogas e inserción social. Las respuestas a cuestiones complicadas sobre el tema de las drogas no siempre son sencillas, pero en cualquier caso, éstas deben siempre observarse cuidadosamente para salvaguardar los derechos esenciales de los individuos.

La evidencia científica debe ser la base para el establecimiento de políticas sobre drogas

En el pasado, muchas decisiones sobre políticas públicas sobre drogas fueron inspiradas en la buena voluntad pero sin mayor base científica. En el presente, los Estados miembros buscan establecer e implementar políticas y acciones sobre drogas basadas en evidencia, con el objetivo de establecer metas asequibles y realistas. También son conscientes de que para lograr tal evidencia es fundamental crear organismos como los Observatorios Nacionales sobre Drogas, capaces de generar información objetiva, veraz, confiable y comparable. La nueva Estrategia hace referencia, además, a un componente de evaluación de las acciones de los Estados en respuesta al problema de las drogas; este componente se lleva contemplando de forma multilateral desde 1999 a través del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM), que no existía cuando se aprobó la estrategia anterior.

La dependencia de drogas es una enfermedad crónica y recurrente y debe ser tratada como un tema de salud pública

Esta afirmación basada en investigaciones relevantes, y reconocida en la nueva Estrategia, impactará no sólo en las políticas y acciones de salud pública de los Estados miembros, sino también en el ámbito de la política criminal y el tratamiento y rehabilitación del infractor dependiente de drogas. En este sentido, la nueva Estrategia ve la dependencia de drogas como un tema de salud pública, con disposiciones propias para que tanto el tratamiento como la rehabilitación y la inserción social sean adecuadas. Además, considera a los dependientes de drogas como hombres y mujeres que padecen una enfermedad que requiere atención médica, del mismo modo que en aquellos casos de otras

* Secretario Ejecutivo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos.

enfermedades crónicas y recurrentes como la diabetes, la hipertensión o el asma, para las que es necesario de un seguimiento médico y un tratamiento de por vida para evitar la recaída. Igualmente ocurre con las personas con problemas de adicción, que a veces no toman los remedios debidos o el consejo del psiquiatra o del trabajador social y por lo tanto sufren recaídas. A raíz de este hecho, los países tienen que crear un espacio en el área de la salud pública para tratar a personas dependientes de drogas. No deben ser tratados aparte, estigmatizándolas como lo están ahora.

Teniendo en cuenta que los datos más confiables indican que cerca de 10 por ciento de la población adulta del Hemisferio es consumidora problemática de drogas y alcohol, resulta fácil entender la incidencia de este problema en los costos sociales y económicos de los Estados miembros.

La evidencia indica que en los infractores dependientes de drogas, el tratamiento supervisado por el sistema judicial reduce la reincidencia en el delito y las recaídas en el consumo de drogas. Este tipo de alternativa cuesta menos a la sociedad que la encarcelación del individuo. La CICAD está firmemente comprometida en buscar y lograr formas de asistencia para que los Estados miembros puedan establecer tribunales de tratamiento de drogas o similares alternativas a la encarcelación de infractores dependientes de drogas.

Algo más que un nuevo nombre

La anterior Estrategia se llamaba Estrategia Antidrogas en el Hemisferio. La nueva denominación, simplemente "Estrategia Hemisférica sobre Drogas", significa que el Hemisferio ve en este nuevo instrumento un conjunto de políticas y acciones, no en contra, sino a favor de algo: el bienestar del individuo como la idea central.

Obviamente, los gobiernos necesitan implementar controles estrictos para prevenir el tráfico ilícito de drogas y contener las serias amenazas a la seguridad que, como se ha visto recientemente, la

criminalidad organizada le impone al Estado. Sin embargo, la nueva Estrategia establece que los Estados miembros deben además tratar de prevenir el uso de sustancias por parte de sus ciudadanos, y cuando su uso se convierte en problemático o dependiente para el individuo –en términos de salud, trabajo y del entorno familiar y social– brindarle servicios de tratamiento e integración social.

Al aprobarse la Estrategia, comenzó el proceso de desarrollo del Plan de Acción que servirá de guía para la implementación de los principios y acciones contenidos en ella. Este esfuerzo, ahora bajo el liderazgo de México, cuenta con el pleno apoyo de los estados miembros, la Secretaría Ejecutiva de la CICAD, y la Secretaría General de la OEA.

En su desarrollo, los Estados miembros tendrán en cuenta las nuevas amenazas en el campo de las drogas que se podrían resumir en tres ideas fuerza. La primera amenaza, por la propia situación de algunos de nuestros países, es la referida a las zonas de consumo de drogas tradicionales, pues los países productores ahora son también países consumidores. Ello implicará que se tenga que considerar el problema de consumo como algo de todos, no solamente de algunos países. Ya no podremos dividir la región entre países productores, de tránsito y de consumo, y en ese sentido las acciones que se deben desarrollar tendrán que contemplar la globalidad del problema.

La segunda amenaza es el uso de drogas sintéticas, creadas en laboratorios, que ha aumentado considerablemente en la región. Con el tiempo se van inventando más variaciones químicas que ponen en peligro a nuestra juventud, que con frecuencia no saben lo que están consumiendo. Piensan que están comprando un producto X, pero realmente al analizarlo, está compuesto por otros ingredientes que podrían tener otros impactos negativos para la salud.

La tercera amenaza son los medicamentos que se encuentran generalmente en los botiquines de baño de las casas. Es en este lugar donde se encuentran muchas drogas al alcance de los



jóvenes, con facilidad y sin costo. Es el uso o mal uso de medicinas recetadas para un propósito distinto al intencionado originalmente, por ejemplo, opiáceos, recetados para un dolor de huesos, etc. Los padres guardan en estos lugares las pastillas sobrantes, en “previsión” por si algún día las necesitan. Éstas quedan a la vista de los jóvenes, de los chicos, los hijos, que acaban en ocasiones tomándolas a modo de experimentación. A ello se

suma la facilidad de no enfrentar el temor de hacer la compra en lugares peligrosos o de gran exposición ante agentes de la ley, sino que allí están en la seguridad de la casa, de los propios padres. Este es un gran problema, y tenemos que hacer mucho más para educar a los padres y a los hijos, para alertarles sobre este uso indebido de medicamentos.



LA ESTRATEGIA DE LA UNIÓN EUROPEA CONTRA LAS DROGAS Y SU APLICACIÓN EN LA COMUNIDAD ANDINA

Delegación de la Comisión Europea en el Perú

La atención al complejo problema mundial de las drogas y la necesidad de proponer soluciones eficientes resultan temas de especial prioridad para la Unión Europea (en adelante UE), la cual enfrenta este desafío ante 27 Estados Miembros (en adelante EEMM) y una población conjunta de más de 500 millones de personas. Asumir esta causa contribuye directamente a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluyendo la erradicación de la pobreza y la mejora en la salud.

De acuerdo a datos recientes¹, el número total de europeos adultos que ha consumido drogas en algún momento (prevalencia a lo largo de la vida) se estima en 74 millones para el cannabis (24% de los europeos adultos), al menos 13 millones para la cocaína (3,9%), 10 millones para el éxtasis (3,1%) y 12 millones para las anfetaminas (3,5%), mientras que al menos 650 mil personas reciben tratamientos sustitutivos de drogas como la heroína. Los datos apuntan a un decrecimiento en el consumo de cannabis, sin embargo, a pesar que los patrones de consumo de drogas son muy variados entre los EEMM de la UE, la información arroja que para el caso de la cocaína y la heroína, las cuales constituyen el núcleo del problema de la droga en Europa, los índices de consumo se mantienen altos. Por otro lado, respecto a la incidencia de daños vinculados con el abuso de drogas y el número de muertes vinculadas a éste, las cifras muestran que éstos se han estabilizado e incluso disminuido.

La UE encara el problema de las drogas desde una perspectiva mixta, que toma en cuenta la situación local y nacional, pero que también reconoce que éste es, sobre todo, un problema global que requiere ser afrontado desde una perspectiva transnacional. En el diseño y ejecución de sus políticas contra las drogas, la UE ratifica los principios internacionales establecidos por la

Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas (UNGASS) en 1998, tales como la co-responsabilidad, el énfasis en el multilateralismo, la perspectiva balanceada y el respeto por los derechos humanos.

Uno de los conceptos básicos de la UE en materia de lucha contra las drogas es el de responsabilidad compartida o co-responsabilidad, entendida como el reconocimiento de que los grandes niveles de demanda en los países de la UE estimulan la producción foránea. Este concepto es reconocido como parte de los esfuerzos por promover el desarrollo social y económico en un sentido amplio. El problema de las drogas es, cada vez más, visto desde una perspectiva amplia que lo vincula con la necesidad de promover el bienestar humano y la atención a las dimensiones sociales y económicas del desarrollo sostenible, tanto en países productores como consumidores.

Del mismo modo, la UE ha empezado a adoptar la noción de "rutas de droga" como eje estratégico de sus prioridades en la lucha contra las drogas, específicamente para los casos de la cocaína y la heroína, con las cuales es más sencillo establecer "rutas" que para el caso de las drogas sintéticas y el cannabis. El concepto de ruta define, en la forma de un número de trayectos, el movimiento que se realiza desde el cultivo ilícito hasta los puntos de entrada de droga al mercado europeo e incluye tanto los países productores como los países de tránsito. El objetivo de definir estas rutas es identificar más fácilmente las necesidades de coherencia, integralidad y complementariedad en la lucha de la UE contra las drogas.

La UE cuenta con una serie de organismos especializados que actúan como apoyo en la ejecución de las políticas internas y externas contra las drogas. Para la sistematización, análisis y

¹ Informe Anual del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías 2009. En: www.emcdda.europa.eu/.

difusión de información sobre demanda y oferta de drogas, uso de drogas, tratamientos, reducción del daño, entre otros, la UE ha creado el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (EMCDDA)² desde 1993. Asimismo, para las coordinaciones entre EEMM y supervisión sobre este tema, la UE cuenta con EUROPOL³, el cuerpo policial cuyo objetivo es apoyar a los servicios policiales de los EEMM en la lucha contra las formas graves de delincuencia y terrorismo internacional.

El presente artículo proporcionará una descripción del marco en el cual se insertan las políticas de la UE en materia de drogas; tanto a nivel global como a nivel de la región andina. Asimismo, se presentará una somera explicación de las principales intervenciones de la UE en materia de cooperación en la lucha contra las drogas en los países miembros de la Comunidad Andina (en adelante CAN) y en América Latina.

I.- Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas 2005-2012

En diciembre del 2004 el Consejo Europeo aprobó por unanimidad la Estrategia Europea sobre Drogas 2005-2012 (en adelante la Estrategia), la cual se encuentra vigente en la actualidad. La Estrategia se diseña teniendo como base el respeto a los valores fundamentales de la UE: dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, solidaridad, Estado de Derecho y derechos humanos. Su objetivo general es proteger y mejorar el bienestar de la sociedad y de los individuos, proteger la salud pública, ofrecer un alto nivel de seguridad para los ciudadanos y asumir un enfoque balanceado e integral frente al problema de las drogas. El mencionado documento de política establece lineamientos y prioridades que servirán como principal insumo y sustento para la elaboración de dos Planes de Acción sobre Drogas que cubren periodos de cuatro años cada uno.

La Estrategia identifica dos objetivos principales de la UE en relación a la lucha contra las drogas:

- 1) Contribuir a obtener un alto nivel de protección de la salud, bienestar y cohesión social complementando las acciones de los EEMM en la prevención y reducción del uso de drogas, dependencia y daños a la salud y a la sociedad relacionados con las drogas.
- 2) Contribuir a asegurar un alto nivel de seguridad para la ciudadanía tomando acciones contra la producción de drogas, el tráfico de drogas entre fronteras, el desvío de precursores químicos e intensificando las acciones preventivas contra crímenes conexos a través de una efectiva cooperación.

La Estrategia se concentra en dos campos de política: reducción de demanda y reducción de oferta; y en dos cuestiones transversales: cooperación e investigación; e información y evaluación. La estrategia de la UE ofrece un enfoque integrado, multidisciplinario y balanceado al combinar reducción de oferta y demanda de drogas. El documento reconoce que la puesta en práctica de este enfoque requiere cooperación y coordinación en diversos sectores como educación, salud, seguridad y justicia pero también en las relaciones con terceros países y foros internacionales.

Como se mencionó anteriormente, uno de los temas esenciales en el diseño y ejecución de las políticas y estrategias de la UE en materia de drogas es el reconocimiento de la corresponsabilidad de la UE en este problema global, tanto como consumidor de drogas y sustancias psicotrópicas cuyo origen se encuentra en otros países, como productor y exportador de drogas sintéticas en particular. En atención a ello, la Estrategia plantea la necesidad de intensificar la cooperación y coordinación sobre el tema, tanto a nivel bilateral, entre la UE y terceros países, como en instancias internacionales.

En el campo de la reducción de la demanda, la Estrategia busca una reducción medible del uso de drogas, de la dependencia, riesgos sociales y de salud vinculados con el uso de drogas a través de

² <http://www.emcdda.europa.eu/>.

³ <http://www.europol.europa.eu/>.

medidas como intervenciones tempranas, tratamientos, reducción del daño, rehabilitación y medidas de reintegración social dentro de los EEMM de la UE. Si bien hay mucho por recorrer, es importante mencionar que la UE cuenta ya con experiencia considerable en la provisión de servicios de prevención y tratamiento de problemas vinculados con las drogas. Las actividades en el campo de reducción de la demanda se han dirigido desde el financiamiento de acciones de prevención del uso de drogas en lugares recreacionales hasta el tratamiento para la sustitución del uso de drogas en prisiones. Algunos proyectos de la UE manejan el concepto de la reducción del daño (por ejemplo la entrega de jeringas limpias para adictos), el cual se muestra de manera creciente como una forma efectiva de prevenir o limitar el daño social y de salud del abuso de drogas.

En el campo de la reducción de la oferta, el cual constituye un tema de especial relevancia para la región de América Latina y específicamente la CAN, la Estrategia busca obtener para el 2012 una mejora medible en la efectividad, eficiencia e información de las intervenciones policiales y acciones de la UE y sus EEMM en contra de la producción y tráfico de drogas, el desvío de precursores químicos y la importación de precursores para drogas sintéticas a la UE, así como del financiamiento del terrorismo y lavado de activos relacionados con crímenes de narcotráfico. Para ello se propone enfocar las acciones hacia la lucha contra el crimen organizado, valiéndose de los sistemas e instituciones existentes, pero también optando por la cooperación regional o temática y buscando maneras de intensificar acciones preventivas en relación con crímenes conexos al tráfico de drogas.

La Estrategia reconoce que si bien es necesaria una acción decidida para enfrentar el flujo de drogas de terceros países a la UE, también resulta necesario enfrentar el flujo de drogas de la UE a terceros países. Por ende propone que, en el campo judicial y de seguridad, se fortalezca la cooperación e intercambio de información y la prevención del

crimen para mejorar las actividades operacionales, el control de fronteras de tráfico y crimen organizado, y la inclusión de normas que permitan uniformidad en el control del problema, respetando el principio de subsidiariedad.

Para el caso de países que no pertenecen a la UE, principalmente países y regiones productores, la Estrategia propone un trabajo basado en rutas de la droga. Consecuentemente, el mencionado documento orienta la atención hacia la cooperación con la frontera al este de la UE, los Estados balcánicos, Afganistán y sus países vecinos, los países de América Latina y el Caribe, Marruecos y otras rutas de drogas.

La integración del problema de drogas en la cooperación al desarrollo es considerada por la Estrategia como un elemento muy útil para aumentar la sostenibilidad de los esfuerzos por reducir la oferta de drogas y las consecuencias del uso de drogas. Asimismo, el apoyo para facilitar la cooperación entre la policía y las aduanas será importante; por ejemplo a través de acuerdos de cooperación regionales en los países a lo largo de las rutas de la droga.

En el campo de la cooperación internacional la Estrategia busca obtener una mejora medible en la coordinación efectiva entre EEMM y la UE para promover el enfoque balanceado y con ello reducir la producción y provisión de drogas a la UE y, como parte integral de la cooperación política y de desarrollo, asistir a terceros países en regiones priorizadas a reducir la demanda de drogas. La Estrategia de la UE reconoce que los programas de lucha contra las drogas en terceros países tendrán éxito si se implementan, de manera conjunta y decidida, los siguientes cuatro elementos: el control de la ley, la erradicación, la reducción de la demanda y la provisión de alternativas de desarrollo apoyadas en las comunidades locales.

Sobre el punto de la cooperación internacional de la UE con terceros países, es necesario detallar que la política europea en el tema de las drogas se

ejecuta a través de algunos componentes relevantes. El primer componente lo constituye el llamado diálogo político. La UE mantiene diálogos políticos sobre drogas a través de reuniones regulares con países y regiones clave. El diálogo político con América Latina y el Caribe se ha institucionalizado en la forma de reuniones anuales denominadas "Mecanismos de Coordinación y Cooperación sobre Drogas" y "Diálogos de Alto Nivel sobre Drogas con la Comunidad Andina". Los temas vinculados con las drogas también son incluidos en la agenda de las reuniones del Comité de Justicia y Asuntos Internos con varios países.

Un segundo componente de intervención en el campo de la cooperación internacional lo constituyen los Planes de Acción sobre Drogas, los cuales proporcionan un marco para la cooperación con regiones específicas. La UE tiene Planes de Acción sobre Drogas con América Latina y el Caribe, con Asia Central y los países del Oeste Balcánico.

Un tercer componente es la necesidad de control de precursores químicos para evitar su desvío hacia la producción de drogas. En este campo, la UE ha firmado acuerdos vinculados con el tema con los Estados Unidos, los países andinos, Chile, México y Turquía.

Finalmente, un cuarto elemento de la ejecución de la política de cooperación internacional de la UE lo compone el financiamiento de proyectos. Los EEMM y la UE han destinado importantes recursos a la promoción de proyectos vinculados con drogas en países en desarrollo y en transición. Por ejemplo, la suma total destinada por la UE para proyectos sobre drogas en ejecución al año 2003 en todo el mundo fue de más de 250 millones de euros. Aproximadamente 50% de este monto se orientó a proyectos ubicados en la ruta de la cocaína, 40% hacia la ruta de la heroína y 10% en proyectos globales. La UE financia proyectos vinculados con drogas a través de sus líneas presupuestales geográficas y a través de las líneas presupuestales de cooperación sobre drogas Norte-Sur. Esto incluye iniciativas como el control de precursores en

Afganistán y países vecinos, la promoción de cooperación policial y judicial entre los países de América Latina y el Caribe, la promoción del desarrollo alternativo y la reducción de la demanda y rehabilitación. Para el caso específico de los países andinos (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) y para la Comunidad Andina, la Unión Europea tiene previsto desembolsar más de 260 millones de euros durante el periodo 2007-2013 en proyectos vinculados con diversos aspectos de la agenda anti-drogas y de seguridad.

Volviendo a la Estrategia, es importante destacar que además de los temas anteriormente mencionados, ésta también define lineamientos para la ejecución de las relaciones exteriores de la UE. En referencia a ello, el principal objetivo que establece es el de expandir la actuación, impacto y visibilidad de la UE y sus recursos en la lucha contra la producción y tráfico de drogas así como también en la reducción de la demanda y sus consecuencias. Asimismo, la Estrategia propone asistir a terceros países, incluyendo los vecinos de la UE y países clave en la producción y tránsito, a ser más eficaces en la reducción de la oferta y demanda de drogas a través de una cooperación cercana. Adicionalmente propone incluir con más vigor los temas vinculados con la lucha contra las drogas en la política exterior y en los diálogos políticos y de desarrollo. La Estrategia indica que los EEMM y la UE deberán reflejar estas prioridades en sus presupuestos orientados a relaciones exteriores, incluyendo posibles líneas temáticas para drogas. Paralelamente, y siguiendo la tendencia de todo el documento, promueve un mayor conocimiento e intercambio de información entre países sobre el problema.

Para dar seguimiento a la implementación de la Estrategia, la Comisión Europea elabora informes anuales de progreso y en el 2012, la Comisión organizará una evaluación global de la Estrategia y de los planes de acción correspondientes. Estos informes se complementan con los informes de cumplimiento de los Planes de Acción cuatrianuales que a continuación se mencionarán.

Como se puede apreciar, la coordinación es clave para implementar una exitosa estrategia contra las drogas. En ese sentido, la Estrategia encuentra gran apoyo en las funciones del Grupo de Trabajo Horizontal sobre Drogas (HDG), ente del Consejo Europeo encargado de la coordinación sobre drogas entre EEMM y la UE. De acuerdo a la Estrategia, el HDG dará especial atención a los aspectos externos de las políticas contra las drogas a través del intercambio de información y la preparación de posiciones comunes de la UE sobre el tema.

II.- Plan de acción de la UE sobre drogas 2009-2012

Como se mencionó anteriormente, para la implementación de la Estrategia se prevé el diseño de dos planes de acción cuatri-anales. Para la Estrategia vigente, el primer Plan de Acción cubrió el periodo 2005-2008 y el segundo, que cubre el periodo 2009 a 2012, se encuentra en plena ejecución.

De acuerdo al informe de evaluación correspondiente al Plan de Acción 2005-2008, elaborado por la Comisión Europea, los EEMM, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Europol y redes de ONG europeas, sus objetivos se han logrado parcialmente. Como principales conclusiones podemos enumerar las siguientes:

- El consumo de drogas en la UE se mantiene en niveles elevados. Si bien el consumo de heroína, cannabis y drogas sintéticas se ha estabilizado o está disminuyendo, el de cocaína está aumentando en algunos EEMM. Sin embargo, los índices se mantienen considerablemente inferiores a otros países, como EEUU por ejemplo.
- Las políticas de los EEMM contra la droga están convergiendo y hay una tendencia a afianzarlas con planes de acción.
- La UE ha conseguido al menos contener el complejo fenómeno social del consumo y abuso de las drogas entre la población, y se está centrando cada vez más en medidas para abordar los daños causados por las drogas en las

personas y la sociedad. Es importante este logro a pesar de que en el período de referencia la producción mundial de opiáceos ilícitos aumentó drásticamente y en la UE se detectó un tráfico de cocaína sin precedentes. En estas condiciones de aumento brusco de la oferta, la gestión del problema por la UE destaca de una manera más positiva.

- En materia de cooperación internacional, actualmente existe una mejor coordinación de las posiciones de la UE en los foros internacionales sobre la droga como, por ejemplo, la Comisión de Estupefacientes (CND) de Naciones Unidas. Además, el enfoque equilibrado e integrado de la UE en materia de drogas se está convirtiendo en un modelo para otros países.

Volviendo a la actualidad, el Plan 2009-2012 pretende ser el marco de aplicación de las prioridades establecidas por la Estrategia y aportar, en su caso, un valor específico europeo. Acompañado de una matriz con objetivos, acciones, calendario, responsables, indicadores e instrumentos de evaluación, establece las siguientes prioridades:

1. Mejorar la coordinación y la cooperación, y sensibilizar a la opinión pública; tanto desde la UE como desde los EEMM.
2. Reducir la demanda de drogas a través de la mejora en la eficacia de las medidas para reducir el consumo de drogas y sus consecuencias mejorando la cobertura, la calidad y la eficacia de las intervenciones de reducción de la demanda, es decir, la prevención, el tratamiento y los servicios de reducción de los daños.
3. Reducir la oferta de drogas a través de la provisión de servicios de seguridad más eficaces. Las actuaciones deberán partir de un enfoque basado en la información, que priorice de manera sistemática a los proveedores que causen el mayor daño o que supongan la amenaza más grave. Se apoyarán más operaciones coordinadas a través de plataformas regionales de seguridad.



4. La eficacia de la UE aumentará considerablemente si mejora la coordinación de las políticas nacionales y comunitarias, reafirmando que el control eficaz de la droga se basa en el enfoque equilibrado, y que el cultivo de drogas ilícitas es un componente importante de la oferta de droga.
5. Conocer mejor el problema a través de datos e investigaciones mejor coordinadas, incluidos los datos sobre la delincuencia relacionada con la droga y sobre el funcionamiento del mecanismo de la oferta de drogas ilícitas.

El Plan de Acción 2009-2012 define 72 acciones concretas en los campos mencionados, involucrando a diversos actores tales como los EEMM, Europol, Consejo Europeo, Comisión Europea, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, entre otros.

III.- Enfoque europeo sobre desarrollo alternativo

Un concepto de gran sensibilidad en la región Andina es el de desarrollo alternativo. La UE, en atención a sus propios principios y estrategias, ha realizado el esfuerzo por llenarlo de contenido y, en mayo del 2006, el Grupo de Trabajo Horizontal sobre Drogas del Consejo Europeo aprobó un documento identificando los principales aspectos de la perspectiva europea sobre desarrollo alternativo. Así, la UE pone en práctica esta definición en áreas donde se dan cualquiera de los siguientes cuatro supuestos: cuando el cultivo ilícito existe, cuando el cultivo ilícito ha existido y podría volver, cuando el cultivo ilícito puede darse si no se toman acciones o cuando personas pueden optar por migrar hacia actividades y áreas de cultivos ilícitos. En estos contextos, un mayor énfasis es puesto en la noción de búsqueda de alternativas, en vez de promover una cooperación hacia un desarrollo rural "puro".

El enfoque europeo de desarrollo alternativo se aloja en un contexto amplio, el cual está inserto en

el principio de la responsabilidad compartida e incluye la promoción del empleo y de actividades económicas y fuentes de ingreso alternativas, transferencia de capacidades tecnológicas y gerenciales, generación y promoción de infraestructura de transporte y comunicaciones, fortalecimiento y garantía de la presencia del Estado, desarrollo institucional y empoderamiento de comunidades locales y gobiernos, fortalecimiento de las instituciones de policía y de justicia, infraestructura y servicios sociales, desarrollo de capacidades, acceso a créditos, prevención y mitigación de conflictos, protección de derechos humanos y constitucionales (titulación de tierras).

Este esfuerzo se aplica de manera simultánea a la implementación de iniciativas en otros campos contra las drogas tales como la reducción de la demanda en países consumidores, cooperación internacional en el control del tráfico, precursores y producción de droga, búsqueda de compromisos de los países beneficiarios para atender el problema en todas sus dimensiones (lucha contra la pobreza, fortalecimiento de la policía, etc.) y compromiso de las poblaciones locales donde se llevan a cabo iniciativas de desarrollo alternativo de erradicación voluntaria (o aún mejor, no cultivo) cuando existan alternativas legítimas y viables.

Las preocupaciones de la UE sobre la erradicación forzada son más prácticas que ideológicas ya que ésta tiende a generar violencia social y política, a desplazar los cultivos a zonas menos accesibles; probablemente no tenga éxito a largo plazo y ofrece una ratio de beneficio baja. Las condicionalidades explícitas usadas como medios para facilitar la erradicación pueden aparecer como formas disfrazadas de erradicación forzada, y donde esto ocurra, es poco posible que rinda frutos. Por ello, la UE considera que la erradicación forzada es una opción sólo cuando las condiciones aseguren que los agricultores han tenido acceso a medios de desarrollo alternativos por un suficiente periodo de tiempo.



IV.- Unión Europea y América Latina: Una Asociación de Actores Globales

En años recientes, los diálogos de política a alto nivel bi-regionales se han intensificado, principalmente en temas de desarrollo sostenible, drogas y migración. A nivel subregional y bilateral, los diálogos sectoriales también han aumentado en temas de drogas, derechos humanos, educación, cultura, ciencia y tecnología. Asimismo, se han diseñado diversos mecanismos, enmarcados en la noción de la responsabilidad compartida que han abierto nuevos e importantes caminos en el diálogo y la relación entre la UE y América Latina y el Caribe. Uno de los principales hitos de esta relación es la creación del Diálogo Especializado de Alto Nivel sobre Drogas, establecido desde 1995, cuyas principales manifestaciones han sido las reuniones de Roma (1996), Bruselas (1997), Cartagena (1998), Lima (2000), Bruselas (2002), Cartagena (2003), Bruselas (2004), Quito (2009), entre otras. Para fortalecer el diálogo se instauró el Mecanismo de Coordinación y Cooperación en 1998, el cual se reúne una vez al año y agrupa a los funcionarios responsables de temas vinculados con las drogas tanto de la UE como de América Latina y el Caribe. Este es el único foro temático mantenido por las partes para un diálogo institucionalizado.

En setiembre del 2009, la Comisión Europea informó de la aprobación de la Comunicación 495/3 denominada "La Unión Europea y América Latina: Una asociación de actores globales"⁴; la cual actualiza y hace un balance de la asociación estratégica entre ambas regiones. Este esfuerzo representa otro paso tangible hacia el fortalecimiento de nuestra ya fructífera relación. Temas como asuntos macro-económicos y financieros, cambio climático y energía, ciencia, investigación y tecnología, migración y empleo y asuntos sociales son elementos que tienen preponderancia en los diálogos bi-regionales.

Recientemente, la lucha contra la delincuencia ha venido a sumarse a la lucha contra la pobreza, como uno de los aspectos más apremiantes para la

región. Las drogas ilegales, la trata de seres humanos, la delincuencia organizada y la violencia están en aumento y ponen en peligro la estabilidad, la seguridad, la gobernabilidad y el desarrollo de los países y las regiones afectados. En este contexto, uno de los problemas clave es también la cooperación entre todos los países a lo largo de las principales rutas del tráfico de drogas; incluyendo la necesidad de desarrollar y consolidar el mecanismo UE-ALC de coordinación y cooperación en la lucha contra las drogas.

Por otro lado, en abril del 2010, como resultado de la 12ava Reunión de Alto Nivel del Mecanismo de Coordinación y Cooperación sobre Drogas entre la UE y América Latina y el Caribe, se adoptó el texto de la Declaración de Madrid, la cual mantiene el objetivo de continuar enfrentando el problema mundial de las drogas tomando en consideración las especificidades de la región y define una serie de prioridades entre las que resaltamos las siguientes:

1. Fortalecer la cooperación bi-regional para la lucha contra las drogas, la cual deberá complementar los esfuerzos a nivel local, nacional, bilateral, sub-regional, regional y multilateral.
2. Mantiene la importancia de la cooperación en desarrollo alternativo en regiones donde existen cultivos destinados a la producción de drogas ilícitas, incluyendo, donde sea apropiado, desarrollo alternativo preventivo con un enfoque integrado y sostenible, recurriendo a programas amplios de lucha contra la pobreza, exclusión social y educación.
3. Fortalecer la cooperación contra el desvío de precursores químicos y el apoyo a la capacitación de autoridades y del sector privado; así como para la lucha contra el daño al medio ambiente provocado por la producción de drogas.
4. Continuar con los esfuerzos por promover el intercambio de inteligencia e información entre autoridades competentes de la UE y América Latina y el Caribe, resaltando la preocupación

⁴Ver http://ec.europa.eu/external_relations/la/docs/com09_495_es.pdf.

por la seria amenaza impuesta por el tráfico de drogas y el crimen organizado, por lo que es necesario fortalecer la cooperación en la integralidad de la ruta de la cocaína, incluyendo la coordinación con África Occidental.

Desde una visión más general, la Declaración de Madrid, recientemente aprobada en mayo del 2010, producto de la Cumbre de Jefes de Estado de la UE – América Latina y el Caribe, resalta la importancia de la mencionada declaración específica sobre drogas e incluso recoge sus principales conclusiones, reiterando la preocupación sobre el aumento de la violencia vinculada con el tráfico de drogas y la necesidad de intensificar la cooperación en estos temas y en delitos conexos. Para ello, se ha diseñado un detallado plan de acción que cubrirá el periodo 2010-2012 donde se incluye expresamente, a través de objetivos, resultados e indicadores, las medidas destinadas a enfrentar este problema.

V.- Estrategia de la Unión Europea con la Comunidad Andina

La Estrategia de la UE para la Comunidad Andina para el periodo 2007-2013 fue aprobada en abril del 2007⁵. El documento que la contiene ofrece un panorama del sistema de integración de la CAN, su evolución y sus prospectos a futuro. Presenta los objetivos de la cooperación al desarrollo de la UE e identifica los principales retos a los que se enfrenta la CAN, ofreciendo una respuesta general que no se limita únicamente a las actividades de cooperación. Para el periodo mencionado, la UE identificó tres sectores fundamentales para las actividades de cooperación en la CAN:

- a) Ayudar a la CAN a reforzar su integración económica, situándola así en una posición más importante dentro de la economía mundial.
- b) Apoyar iniciativas para mejorar la cohesión social y económica dentro de la CAN.
- c) Colaborar con los países andinos en su lucha contra la droga, con arreglo al principio de

responsabilidad compartida que rige las relaciones entre la UE y CAN en este ámbito.

Para la implementación de estas acciones la UE ha destinado 50 millones de euros, los cuales pueden ser complementados con proyectos y programas financiados mediante programas bilaterales para cada país de la CAN y mediante el Programa Regional Latinoamericano, así como con programas temáticos.

La lucha contra la droga ocupa un lugar preponderante en las relaciones UE-CAN debido a que la región andina es la mayor productora de coca del mundo y la UE, junto con los Estados Unidos, el principal consumidor. Como se mencionó, la región andina es la única del mundo con la que la UE mantiene un «Diálogo especializado de alto nivel en materia de lucha contra la droga» que se celebra anualmente. Dicho diálogo ha llevado, entre otras cosas, a la firma de convenios sobre precursores químicos entre la UE y cada uno de los países andinos, en cuyo marco se realizan reuniones periódicas de seguimiento. Por otro lado, en 1996 se consagró el principio de responsabilidad compartida de la UE en la situación de las drogas en los países de la CAN. De este modo, de acuerdo a la Declaración de Cochabamba *«esta estrategia de corresponsabilidad global es esencial para llegar a reducir verdaderamente la oferta y la demanda de drogas ilícitas de origen tanto natural como sintético, controlar la utilización ilícita de los precursores químicos, el blanqueo de dinero y otras infracciones afines, así como para conseguir la cooperación judicial y la aplicación de los programas de desarrollo destinados a suprimir la producción de droga»*.

De acuerdo a la Estrategia UE-CAN, para lograr el objetivo general de ayudar a los países de la CAN en su lucha contra las drogas ilegales, se requiere el cumplimiento de tres objetivos específicos:

- Estimular un enfoque integral e integrado de las políticas anti-drogas de los países andinos,

⁵ Ver http://ec.europa.eu/external_relations/andean/rsp/07_13_es.pdf/.

abarcando la aplicación de la ley, interdicción, desarrollo alternativo, prevención, tratamiento y reintegración.

- Facilitar el análisis y asesoría política para ayudar a los gobiernos nacionales en su lucha contra las drogas ilegales y fomentar la complementariedad de las políticas regionales y nacionales de lucha contra la droga.
- Reforzar la capacidad institucional de la CAN, en especial de su Secretaría General.

Por su parte, la CAN decidió poner en vigencia, en julio del 2001, a través de la Decisión 505 del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, el “Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas y Delitos Conexos”. Asimismo, en julio del 2005, con motivo de la Cumbre Presidencial Andina en Lima, se aprobó la Decisión 614 – “Estrategia Andina de Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible”.

La UE reconoce que el problema de las drogas en esta región tiene muchas características similares y por lo tanto es necesario plantear estrategias regionales. Para ello deberá realizarse una evaluación detallada de las necesidades, y es en este contexto que el Diálogo especializado de Alto Nivel en materia de lucha contra la droga de EU-CAN se podrá convertir en un instrumento sumamente importante para el análisis de las actividades de cooperación.

VI.- Cooperación de la UE en la lucha contra las drogas con la CAN y países miembros

A continuación se presenta un breve listado de los proyectos y programas más importantes que la UE financia para enfrentar el problema de las drogas así como las circunstancias que lo motivan (como falta de acceso a mercados, exclusión, entre otros) en los países que componen la CAN, tanto a través de cooperación bilateral como de la cooperación regional ejecutada a través de la CAN. Por consideraciones de espacio se mencionará únicamente los proyectos en curso (o culminados recientemente) con una corta reseña.

Cooperación UE – CAN

- PRADICAN – Apoyo a la Comunidad Andina en la lucha contra las drogas ilícitas. Tiene como objetivo asistir a los cuatro países de la CAN en la lucha contra las drogas contribuyendo a la implementación del Plan Andino de Lucha contra las Drogas y Crímenes conexos y la Estrategia Andina de Desarrollo Alternativo. Busca también fortalecer los observatorios nacionales de la droga y crear una red entre ellos, facilitar el diálogo entre gobiernos y sociedad civil en el problema de las drogas, llevar a cabo actividades de control de precursores químicos a nivel regional y mejorar la capacidad de analizar el problema desde la CAN. Monto: 4,02 M€. Duración: 3,5 años.
- DROSICAN – Apoyo a la CAN en el área de drogas sintéticas. Tiene como objetivo proponer metodologías y herramientas que permitan prevenir y controlar los posibles efectos de la oferta y demanda de drogas sintéticas ilícitas en los países miembros de la CAN, estableciendo sinergias y alianzas estratégicas con organizaciones comunitarias, de la sociedad civil y entes públicos y privados. Asimismo, mejorar la coordinación entre los Observatorios de Drogas de los países de la CAN. Monto: 3,06 M€. Duración: 3 años.

Cooperación UE-PERU

- PRODAPP – Programa de desarrollo alternativo en las áreas de Pozuzo y Palcazu. Tiene como objetivo concentrar esfuerzos sobre actividades prioritarias y estratégicas cuyos impactos y efectos multiplicadores contribuyan al desarrollo de la zona, sus poblaciones, organizaciones e instituciones. Monto: 22 M€. Duración: 4 años. Culminado recientemente.
- Proyecto de modernización del Estado – Agencia Peruana de Cooperación Internacional. Ejecutado por DEVIDA – Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, tiene como objetivo promover su fortalecimiento institucional y la promoción del componente de desarrollo alternativo. Monto: 8,82 M€. Duración: 4 años.

Bolivia

- APEMIN II - Apoyo a la pequeña exploración minera. El proyecto se propone reducir la migración de población hacia las zonas productoras de coca, mejorando el nivel de vida y generando oportunidades de empleo (tradicionales y alternativas). Monto: 7 M€. Duración: 6,5 años.
- Apoyo al control social de la producción de coca. El objetivo general del proyecto es el de apoyar al Gobierno en la implementación de políticas coherentes de lucha contra el narcotráfico apoyadas y concertadas conjuntamente con las organizaciones de productores, con el fin de regular la producción de hoja de coca a través de mecanismos de control social, bajo un clima de paz, concertación, participación democrática y vigencia plena de los Derechos Humanos. Monto: 12, 13 M€. Duración: 4 años.
- Apoyo al Plan de Desarrollo Integral de la Coca. El plan busca eliminar la pobreza, la exclusión social y el daño ambiental en zonas de cultivo y producción de cocaína y se ejecuta con el Ministerio de Desarrollo Rural de Bolivia. Monto: 26 M€. Duración: 1 año.
- Estudio integral de la hoja de coca en Bolivia. Se ejecuta con el Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas y financia la elaboración de siete estudios sobre la coca y una encuesta de hogares sobre su consumo. Monto: 1,05 M€. Duración: 2 años.

Colombia

- Laboratorio de Paz I (Magdalena Medio). Programa de cooperación que tiene como finalidad propiciar la construcción colectiva de las condiciones para una paz duradera y la convivencia pacífica basada en una vida con dignidad y oportunidades para todos los habitantes. Monto: 42,2 M€. Duración: 8 años.
- Laboratorio de Paz II (Norte Santander, Oriente Antioqueño, Macizo Colombiano). Monto: 41,4 M€. Duración: 6 años.

- Laboratorio de Paz III. Monto: 30,2 M€. Duración: 5,5 años.
- Desarrollo regional para la paz y la estabilidad. El proyecto busca dar seguimiento a los Laboratorios de Paz a fin de fortalecer las condiciones de desarrollo, paz y reconciliación a través de una serie de iniciativas de promoción de desarrollo humano, territorial, alternativo, regional y socioeconómico de 6 regiones del país. Monto: 26 M€. Inicio en 2009.
- Desarrollo regional para la paz y la estabilidad II. Monto: 8,4 M€. Para empezar el 2010. Busca ayudar a poblaciones vulnerables con cultivos ilícitos en Nariño a desarrollar alternativas de desarrollo sostenibles.

Proyectos dirigidos para la Región de América Latina

- PRELAC - Prevención del Desvío de Sustancias Precursoras de Drogas en los Países de América Latina y el Caribe. Las actividades se desarrollan en Perú y México. Los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Panamá, Trinidad y Tobago, Venezuela y Jamaica se incluirán como beneficiarios del proyecto. El proyecto dará un seguimiento parcial del proyecto PRECAN "Prevención del desvío de precursores químicos para la fabricación de drogas en los países andinos". PRELAC busca ampliar el alcance geográfico de su proyecto predecesor PRECAN. El objetivo es contribuir a la lucha contra la fabricación y el tráfico de drogas proporcionando asistencia a la región en la lucha contra el desvío de sustancias precursoras. Trabaja estrechamente con otras acciones financiadas por la UE como el PRADICAN. Monto: 2,1 M€. Duración: 3 años.
- COPOLAD - Programa de América Latina y UE de Cooperación en políticas contra las drogas. El objetivo del proyecto es fortalecer la cooperación bi-regional en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas en el campo de la lucha contra las drogas a nivel nacional, subregional y bi regional. Monto: 6 M€. Duración: 4 años.

- Cooperación en control e inteligencia contra el tráfico de cocaína de América Latina a West Africa (COLACAO). Busca obtener una significativa reducción de la cantidad de cocaína destinada o transitada por África y sus aguas territoriales a través de una mejora en la capacidad de interdicción de los países participantes. Monto: 800 mil euros. Culminado recientemente.
 - Ruta de la cocaína: América Latina y África Occidental. En su primera fase (6,5 millones) se buscará mejorar la capacidad de cooperación internacional de los servicios de control (policía, Ministerio Público, entre otros) de los países beneficiarios en contribuir a la lucha contra las redes internacionales de tráfico y respeto con los derechos humanos. Dos de los componentes del proyecto están especialmente dirigidos a América Latina, uno para el fortalecimiento institucional de AMERIPOL y otro para apoyar la lucha contra el blanqueo de capitales a través de GAFISUD. Monto total: 19 a 22 M€. Duración: 10 años (3 fases).
 - Alianza de ciudades EU-LAC en tratamiento de drogas: implementado por OAE a través del CICAD, el objetivo de este programa es contribuir al mejoramiento de la toma de decisiones a nivel municipal sobre la calidad y cobertura del tratamiento, la rehabilitación y reducción del daño en dependencia de drogas para poblaciones diversas de la Unión Europea, de América Latina y el Caribe, a efectos de asegurar una atención adecuada. Monto: 1,4 M€, Duración: 3 años.
- Para mayor información sobre cualquier proyecto, agradeceremos dirigirse a:
delegation-peru@ec.europa.eu



LOS NUEVOS ENFOQUES EN EL TEMA DE LAS DROGAS

Alejandro Vassilaqui*

En entrevista concedida al señor Adolfo López Bustillo, Coordinador de Asuntos Políticos de la Secretaría General de la Comunidad Andina, el señor Alejandro Vassilaqui, Director del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), trató sobre los nuevos enfoques en el tema de las drogas ilícitas, entre los que destacó los de la despenalización versus penalización, el análisis de las causalidades que podría inducir su consumo, y el de los grados de pureza y sus efectos en el consumidor, con una perspectiva constructiva y aleccionadora.

Despenalización versus penalización

- ¿Cuál es la posición de CEDRO como entidad dedicada fundamentalmente a la prevención del abuso de drogas, frente al tema de la legalización de las drogas en general o de alguna de ellas en particular, la marihuana, por ejemplo?

El primer aspecto que siempre hay necesidad de esclarecer es que en el Perú nunca ha estado penalizado el consumo de drogas. Lo que está penalizado es su producción y su venta. La legislación y la voluntad general es tratar al adicto como a un enfermo y pretender rehabilitarlo. Entonces, la discusión nunca se está dando entre nosotros entre penalizar o despenalizar, sino cómo tratar al enfermo que consume drogas, adecuadamente, para que se pueda integrar o reintegrar al sistema.

CEDRO, al igual que el 95% de los peruanos, se opone a la legalización de la comercialización de las drogas ilegales porque considera que el principal factor de riesgo de la iniciación del consumo de estas drogas es la disponibilidad (oferta). La liberalización incrementaría la oferta de drogas ilegales, principalmente en los jóvenes y se tendría mayor número de adictos, tal como se ha observado en países europeos que liberalizaron las drogas en el pasado.

Las ideas de liberalización de la marihuana se basan en conceptos erróneos que afirman que todo lo “natural es menos malo o tóxico” que lo sintético. Esta idea es falsa pues ambos tipos de productos provocan adicción y farmacodependencia de consecuencias nefastas para la salud humana. Algunos afirman que en el hemisferio norte se tiende a “liberalizar el uso médico de la marihuana”, lo que no es cierto. Se ha incorporado en algunos países el principio activo delta9 tetrahidrocannabinol como una droga de uso controlado bajo receta médica, como sucedáneo analgésico heroínico en casos en que otros analgésicos más potentes hayan fallado. La idea que la marihuana es una “droga blanda” que no hace daño ha sido desvirtuada por la aparición de marihuanas modificadas biotecnológicamente. La marihuana que se consume hoy no es la misma de los años 60. La actual contiene mayor concentración de alcaloides adictivos, que generan cuadros cada vez más severos de dependencia y daño en diferentes órganos del ser humano.

Crecientemente en el mundo los distintos países no están pensando ya en la penalización. Todos están discutiendo en cómo rehabilitar y cómo restringir al máximo la oferta de drogas. Y esto es un enfoque general, inclusive en aquellos países a los que alguna vez los denominaron legalizadores. Los países “legalizadores” están viendo hoy cómo restringir la venta.

- Hay quienes señalan que la legalización o despenalización reduce la criminalidad y el número de adictos, ¿qué piensa sobre el particular?

La criminalización no está relacionada de manera directa al consumo, sino con los delitos que las personas puedan cometer como consecuencia del consumo de las drogas.

* Director del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas.

Obviamente la despenalización no reduce la criminalidad ni el número de adictos, porque el gran problema es por las drogas cocaínicas, no necesariamente por los opioides ya que el consumo entre peruanos es casi inexistente. El problema siempre es que la cocaína no reconoce dosis y cada vez se requiere mayor consumo. Si se abre el mercado para que todo el mundo la compre se va a tener muchísimos más casos de gente que consume drogas cocaínicas y mayor cantidad y un gran aumento de los delitos consecuentemente.

En CEDRO se conocen casos de gente que en una noche fuma más de 30 cigarrillos de pasta básica. Y la desesperación al no obtener lo que se quiere lleva a un enorme proceso de criminalización. Y es obvio que el crimen no puede quedar impune. Entonces, el problema no es, en ese caso, criminalizar al usuario, sino criminalizar al que comete los delitos.

La legalización no reduce el número de adictos, los aumenta. Quienes proponen la legalización afirman que el mercado de las drogas se autorregula por las leyes de oferta y demanda. Lamentablemente, esto no es cierto. El adicto no puede regular su apetencia; ésta lo desborda y cuando le falta la droga la busca por cualquier medio lícito o ilícito. Los países que han despenalizado las drogas han aumentado su número de adictos a lo largo de los años. La criminalidad se da: por la apetencia que acompaña a la droga que lleva a los adictos a delinquir para obtener dinero y seguir comprando droga y por la violencia entre las mafias de narcotraficantes por la posesión del comercio. El lavado de dinero y otras modalidades de violencia y criminalidad asociadas no disminuirán con la legalización de la comercialización.

- El solo hecho de que la sociedad tolere algunas sustancias nocivas, no necesariamente implica la posibilidad de legalización de todas las demás; ¿cuál es su opinión?

La sociedad tolera muchas sustancias nocivas, entre ellas las drogas consideradas de uso legal

como el tabaco y el alcohol. Estas son legales en algunas partes del mundo, como en los países de tradición cristiana, y prohibidas en los países islámicos. La principal razón para su permisividad social está dada por los ingresos económicos que generan a los gobiernos vía impuestos y el favorecimiento de la tesis de libre comercio a ultranza. Obviamente estas drogas de uso legal provocan daños a sus consumidores en mayor o menor grado. En el caso del tabaco por ejemplo, se ha demostrado la existencia de una epidemia mundial de tabaquismo con un potencial de millones de muertos por daños asociados a su consumo, lo que ha llevado a la OMS y a más de 120 países a firmar un tratado internacional (El acuerdo Marco de la OMS), del cual el Perú es suscriptor. El tratado busca disminuir la publicidad del tabaco e implementar medidas preventivas en defensa de la salud de los ciudadanos consumidores y no consumidores expuestos a los riesgos del consumo de tabaco.

- ¿Qué posición tiene CEDRO frente al argumento de que la legalización tiene más un sentido económico que de salud pública?

Insistimos en que las tendencias a la legalización son apoyadas por sustentos aparentemente económicos. "Si legalizo ya no gastaré en interdicción, en elementos policiales etc.". En el otro lado de la balanza está la generación de mayor número de consumidores y más adictos, generándose un alud de pacientes con enfermedades asociadas, cuyo impacto económico, además del deterioro de la salud, la mortalidad incrementada asociada a la droga, recae en los mismos países, en sus propios consumidores y en la sociedad, que tiene que pagar por los mayores costos de rehabilitación, tratamiento y financiamiento de la atención de los daños. Los costos de todo esto son muchas veces mayores que los ahorros que se plantea teóricamente obtener. Obviamente, la adicción no se regula por leyes de la oferta y demanda, pues el adicto no modula su apetencia por el precio o la oferta. Cuando requiere la droga la busca a cualquier precio y



cualquier medio, debido al deseo insaciable. Allí no importa si la droga es barata o cara, si es legal o ilegal, él tiene que consumirla de todos modos. En algunos casos la apetencia y la abstinencia conducen a la muerte del sujeto, si no hay un consumo compulsivo inmediato.

- La necesidad de racionalizar la despenalización, ha llevado a sus promotores a emplear argumentos tales como el de los derechos y libertades individuales. ¿Hasta dónde este argumento es aceptable?

Los derechos humanos son aquellas libertades, facultades o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que merece toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Obviamente, el consumo de drogas atenta contra la vida digna, pues lleva a una dependencia muchas veces severa que deteriora la vida social, la salud y la condición humana.

Las libertades individuales tienen que ver con los derechos considerados como individuales o fundamentales para las personas y varían en función de cada país. Dentro de los derechos humanos de primera generación se incluyen el derecho a la vida, a la integridad personal, a la libertad individual, a la libertad de expresión, a la libertad de reunión, a la igualdad ante la ley y el derecho a la propiedad. Sin embargo, la comercialización y distribución de drogas ilegales (tóxicas, adictivas, etc.) afecta los derechos humanos de los otros seres humanos que están a nuestro alrededor y con los que convivimos y socializamos. Además, habría que considerar que los derechos individuales no deben atentar contra los derechos de las familias y los derechos de la sociedad. Por ejemplo, el derecho a portar armas no significa usarlas indiscriminadamente. Hay controles de la familia y hay controles sociales, que son las bases de la sociedad civilizada en la que todos aspiramos a vivir.

Lamentablemente, el adicto se vuelve un esclavo de la droga. Desgraciadamente, pocos son los que

pueden dejar la droga después de un largo tratamiento. Entonces, estamos frente a la libertad para iniciarse y a la esclavitud para continuar consumiendo.

- Por último, existen naciones que han legalizado las drogas con éxito; ¿hasta dónde es verdad o es una percepción errada?

Sí, existen naciones que han liberalizado el comercio de ciertas drogas ilegales y han autorizado canales de distribución para ellas. Sin embargo, luego de un número de años de experiencia, observadores independientes afirman que el consumo de drogas no ha disminuido, al contrario, ha aumentado al igual que el número de adictos. En el caso particular de los Países Bajos y su política, fundamentalmente respecto a la marihuana, los cafés que venden esta droga han ido disminuyendo considerablemente en el centro de las ciudades como Ámsterdam y han sido localizados en la periferia tratando de reducir su número. Otro país que en su momento tuvo una política liberalizadora fue Suecia, pero luego ante la evidencia reconsideró esta medida a fines de los 70, cambió las leyes y actualmente tiene una política sumamente restringida sobre el consumo de drogas.

Análisis de causalidad

- CEDRO en su documento sobre "El Problema de las Drogas en el Perú" señala que la emergencia del consumo del éxtasis se ha visto acompañada del reporte de casos de intoxicación severa y muerte de algunos jóvenes, ¿qué nos puede decir al respecto?

Los estudios epidemiológicos de CEDRO, DEVIDA, ONUDD y de diversas universidades peruanas, muestran una tendencia a la estabilización del consumo de pasta básica de cocaína y un incremento del consumo de clorhidrato de cocaína, así como la emergencia del consumo de éxtasis (MDMA), que ha dejado de ser exclusivo del entorno juvenil preuniversitario y ha ingresado a los colegios secundarios de las principales



ciudades. El consumo de éxtasis, en situaciones adversas dentro de ambientes sumamente cálidos como son las discotecas, en ausencia de agua de beber, se ha visto asociado a colapso cardiovascular y muerte de jóvenes por consumo de éxtasis. El consumo de éxtasis se observó por primera vez en 2002 en el estudio de CEDRO en colegios secundarios de las principales ciudades peruanas, y ha sido ratificado posteriormente por diferentes encuestas realizadas en escolares y universitarios.

De otro lado, las drogas son dañinas no por la pureza o no pureza, lo son por su toxicidad, y creo que en esto hay que tener un enorme cuidado. Por ejemplo, se habla de la toxicidad que pueden causar las drogas hechas en nuestros países, frente a las de los países desarrollados. Muchas veces la pureza de determinadas drogas, por las dosis que se consumen, causa la muerte de la gente. En el caso de las drogas cocaínicas, se dice que la pasta básica contiene, por ejemplo, elementos que no llegan a ser eliminados en su integridad por el organismo como el caso del kerosene; además, el kerosene puede causar algún tipo de irritación pulmonar. Pero el problema no es ese. El problema es la toxicidad de las drogas que se consumen. Se puede dar una droga menos "bambeada", menos "trucha" o aquellas que "las hacen rendir" como dirían en Colombia pero la droga menos bambeada puede ser muchísimo más letal que la otra. Alguien una vez me preguntaba si en el Perú se bambea con harina o se bambea el clorhidrato con talco. Les dije: "miren, yo creo que eso es un poco difícil, porque seguramente el talco y la harina son más caros de lo que cuestan las drogas cocaínicas en este mercado".

En el caso de las drogas de síntesis, es un tema de enorme preocupación, porque pueden ocasionar y han ocasionado muertes en jóvenes que son quienes las consumen en su mayoría, eludiendo la supervisión parental. Se sabe que en muchos bares cortan el agua en los baños y el muchacho o la chica que no tiene el dinero para comprarla embotellada puede morir como resultado de la

deshidratación. Algunos dicen que las drogas de síntesis son las que van a desplazar a las drogas cocaínicas; sin embargo, hay quienes dicen que esto no sería así porque los efectos son muy distintos y que habrá mercado para ambas.

A todo lo dicho se suma el problema del mal uso de los fármacos. Este es un asunto serio. Habría que preguntarse si los laboratorios tienen una mano derecha legal y una mano izquierda mediante la cual son permisivos respecto a la comercialización ilegal de las medicinas. Esto habría que comenzar a estudiarse pues, inclusive en países desarrollados, algunos fármacos son usados por muchos jóvenes como drogas o sirven como insumos para producirlas y se venden libremente y sin ningún control de la autoridad sanitaria.

Adicionalmente, hay que tener en cuenta que el Perú es un país donde existe la costumbre de resolver todos los problemas de salud con pastillas. Se consume pastillas porque duele la cabeza, porque se tiene sueño o porque no se tiene sueño. En una oportunidad una colaboradora de CEDRO reunida con un gran grupo de señoras, todas ellas en contra de las drogas, les dijo: "Por favor; ¿podrían abrir sus carteras y voltearlas? Y todas las voltearon. Y todas tenían algún tipo de pastillas tranquilizantes y analgésicos. Entonces, esta fe ciega en el valor curativo de las pastillas hace a esta sociedad proclive al consumo de drogas sintéticas.

- ¿Cuenta CEDRO con estudios o experiencias sobre análisis de causalidad en el consumo de drogas en Lima o el país?

El estudio epidemiológico realizado en escolares en el 2002 por CEDRO, y el último estudio realizado por DEVIDA, han mostrado los principales factores de riesgo de iniciación para las principales drogas ilegales usadas por los escolares de secundaria peruanos.

Entre ellos, la accesibilidad a las drogas ilegales constituye el principal factor de riesgo. A ello se



suman factores familiares (disfuncionalidad, la presencia de “pares” consumidores, la adolescencia, la presión de grupo, el creciente hedonismo, la violencia, entre otros).

- Entonces, no necesariamente es la presión social la que induce al consumo de drogas; más bien ¿sería la costumbre?

Yo creo que hay por supuesto la presión social, la presión de “pares”. Pero la presión de “pares” se da con todas las drogas. Sobre todo en las universidades. “Oye pues, no seas tonto, con esto no pasa nada, ¿no?”. La presión social entre los jóvenes se da en todas las drogas, no únicamente en las drogas sintéticas. Ahora, claro, también se suma el factor de la moda, y un poco una cultura hedonista y de evasión de la realidad, así como de satisfacción inmediata.

- ¿Qué me dice del entorno, la accesibilidad a las drogas y la proliferación de los centros de diversión?

En la adolescencia, el entorno y la presión de grupo son factores de riesgo importantes; sin embargo, la disponibilidad o accesibilidad, es decir la oferta de drogas, es el factor de riesgo mayor para la iniciación en el consumo de drogas ilegales. Los centros de diversión, en los ocho bulevares de la ciudad de Lima, constituyen zonas de mayor riesgo de ofrecimiento de drogas ilegales, violencia interpersonal, violencia sexual y de posibilidades de adquisición de infecciones de transmisión sexual en Lima Metropolitana, para la gente joven. CEDRO ha detectado alrededor de 1,300 puntos de venta de drogas en Lima y unos 2,000 en todo el país.

- ¿Y de la globalización y el acceso a información sobre otros patrones de vida y drogas utilizadas?

Estos factores tienen que ver con las modas de consumo de drogas en otros países, los estilos de vida y los comportamientos de los jóvenes y la emergencia del consumo de nuevas sustancias que son imitadas por los jóvenes peruanos.

Eso es inevitable. Por ejemplo, uno de los desastres ecológicos más fuertes se da en la zona de Madre de Dios, en la que los mineros informales están explotando el oro y las nuevas carreteras afectan el medio ambiente: un desastre. Sin embargo, en esa zona las casas, que seguramente están entre las más miserables del Perú, tienen antenas satelitales. Entonces uno dice “ya llegó allí el patrón de vida del mundo desarrollado”, que muestra además excelencias que no existen, escalas trastocadas de valores y produce expectativas de consumo que terminan en la frustración y la búsqueda de “escape”.

Grados de pureza y efectos en el consumidor

- Existe la percepción de que en nuestros países se consume sustancias más nocivas que en países desarrollados. Con base en la experiencia en Lima, esto ¿qué tanto sería verdad y qué efectos estaría haciendo en los consumidores?

El término nocivo se refiere a la capacidad de hacer daño (toxicidad implícita). La afirmación de “droga más nociva” tiene diferentes aristas: En toxicología se afirma que todas las sustancias tienen potencialidad de ser tóxicas. La concentración empleada define cual es más nociva que la otra y los efectos sobre cual parte de la fisiología humana es afectada también. Así, se observa la toxicidad por el principio activo (la capacidad de producir adicción, dependencia y daños inmediatos o a largo plazo a la salud), que dependen de la sustancia en sí y su dosis administrada. Ello bajo el principio de que mientras más pura es la droga mayor es la potencialidad de sufrir los efectos adictivos. Debe también considerarse la edad, la condición física del consumidor, así como la frecuencia del uso.

Si se piensa que en el Perú se producen drogas cocaínicas (pasta básica y clorhidrato de cocaína), y que el consumo de PBC es frecuente en los países andinos, se genera una situación diferente. La PBC contiene impurezas de producción, algunas de las cuales tienen toxicidad propia (elementos volátiles



y residuos químicos tóxicos). El hecho de que el microcomercializador mezcle (patee o bambee) o adultere la PBC con otras sustancias (cemento, polvo de hornear, u otro polvo blanco) condiciona otros factores de toxicidad incrementada. Así, el consumidor de PBC, además de los efectos deletéreos de la cocaína, puede sufrir intoxicación por la adulteración.

En el Perú prácticamente no se consumen opioides en la actualidad. La inyección de drogas opioides inyectables es excepcional. Cosa muy diferente ocurre en los países desarrollados, donde el consumo de opioides es un problema de salud pública severo. El consumo de éxtasis es pequeño y circunscrito a ciertos grupos. Viene emergiendo el cristal (MDA), anfetamina tóxica cuya producción local está creciendo en laboratorios manejados por carteles mexicanos.

Las tareas de tratamiento y rehabilitación son sumamente costosas. En el Perú el requerimiento principal es para el tratamiento de la adicción a la cocaína (PBC o clorhidrato) y no es cubierto por ningún seguro público o privado. Este es caro, con pocas posibilidades de éxito, numerosas recaídas, principalmente manejado por enfermeras dado que los psiquiatras son escasos. Una buena proporción de pacientes son atendidos en centros de acogida manejados con poca presencia profesional. El panorama es aún peor para los adictos pobres. Ellos llevan una doble cruz, son pobres y tienen que gastar lo poco que tienen en la droga o en su intento de rehabilitación. Por otro lado, este grupo poblacional no es considerado prioritario, así como no lo es el consumo de drogas, como enfermedad, con lo cual se aleja más la posibilidad de tratamiento. Los presupuestos del Ministerio de Salud, dirigidos a prevención o tratamiento, son ínfimos.

Hay quienes piensan que la concentración es la que define la droga que es más nociva y eso no es necesariamente cierto. Un gramo de cocaína pura es enormemente más nocivo, desde el punto de vista de la toxicidad, que un gramo de cocaína

“bambeada”. Y es mucho más fácil morir de sobredosis si se consume dos gramos de cocaína muy pura. Su toxicidad es muchísimo mayor.

En este tipo de análisis también hay que tomar en cuenta que en nuestros países producimos drogas cocaínicas como la pasta, lo cual genera una situación diferente, porque la pasta básica contiene impurezas de producción, algunas de las cuales tienen su toxicidad propia. De otro lado, hay que mencionar que quienes consumen crack, por ejemplo, asimilan un grado de concentración de alcaloides muchísimo mayor que aquel que consume pasta básica. Ahora claro, la pasta básica de alguna manera puede irritar los pulmones y las vías respiratorias.

Entonces, yo no sé qué preferir. Lo que prefiero obviamente es que la gente no consuma.

- ¿Podría hacer un paralelo para el caso de las drogas de síntesis?

Reitero, la mayor posibilidad de causar daño lo tiene la toxicidad de las drogas cualquiera que esta sea. Considero que puede haber mayor daño si alguien ingiere dos pastillas de éxtasis que sean totalmente “puras”, que el que consume este tipo de drogas “bambeadas”, con bicarbonato o con cualquier cosa. Inclusive las bambean con antibióticos. Este es un tema que habría que estudiar aún más profundamente.

- Frente a la problemática de lo que usted llama drogas ¿qué está pensando hacer CEDRO respecto a la prevención, tratamiento y rehabilitación?

En primer lugar, yo quisiera extender un poco el concepto. En el Perú prevenir es no dejar, no permitir. Tratar que los jóvenes no se involucren en actividades delictivas. Y al hablar de esto estoy hablando de que los y las jóvenes no participen en los procesos de la cadena de las drogas. Es prevención que los niños no sean explotados en la selva en los procesos de recolección de la hoja de coca. Es prevención no permitir que los niños la

pisen en las pozas de maceración. Esto lo hacen por razones muy sencillas. Al niño se le paga 10 soles, al joven se le paga 15 y al adulto se le paga 20. Y los piececitos de los más pequeños en la poza de maceración son más rápidos.

La otra prevención es que los muchachos no participen en el traslado de drogas a través de los pasos andinos, como "mochileros" o "cargachos". Porque a esos muchachos los matan en el camino o comienzan a robar parte de la droga que trasladan y la van dejando en los pequeños pueblos de las serranías, lo cual va promoviendo el uso de pasta básica en algunos pueblos serranos, cosa que antes no sucedía. Ello, lamentablemente, se refleja en los cadáveres de los chicos que aparecen tirados por cualquier lugar, porque otras bandas los han matado o porque los eliminan como "castigo" por haberse robado un poco de pasta básica que vendieron en el camino.

Otro asunto en el proceso de prevención es identificar los mil trescientos puntos de venta de drogas ilegales en Lima; o más o menos dos mil en todo el Perú. CEDRO tiene detectados 1,300 en Lima, con direcciones incluso. Y allí yo supongo que fácilmente hay 20,000 personas involucradas. Y de estas 20 mil personas sospecho que debe haber no menos de 15 mil jóvenes. Entonces, el problema de la prevención, en un país como el nuestro que es productor de drogas ilícitas, no se limita únicamente al no consumo. A pesar que esa es la parte de la cadena que más nos preocupa.

Para CEDRO esa debe ser la visión de la prevención integral. Y aquí hay que llegar con el mundo de las alternativas. Qué haría yo con poner carteles "No Consuman". No creo que tenga demasiado éxito. Ahora, si tienen éxito estas estrategias y hacen que un chico no consuma, está bien. Hay necesidad de entrar con mensajes y trabajos mucho más profundos en los colegios y fundamentalmente en los colegios primarios. Detectar el consumo, antes que se instale. Identificar el comportamiento nocivo del niño, de la niña, antes que esta posibilidad se fije. Hay que iniciar la cultura de la

prevención ya desde ese nivel. Yo creo que si pudiésemos los pocos recursos que tenemos, en la prevención del niño que se involucra en actividades antisociales en el país, estaríamos dando un enorme paso en una cultura de prevención.

Por su parte, el tema del tratamiento de adictos es muy complejo, porque significa un cambio en la persona y para ello no existen medicinas y el cambio actitudinal no se consigue en un mes, dos meses, tres meses, se tienen que hacer tratamientos bastante largos y luego, y este es uno de los graves problemas, muchos de los que son tratados vuelven a sus ambientes originales. Lamentablemente, al volver a ellos, se crea un círculo, que no permite que los tratamientos sean todo lo positivos que se quiere, pues vuelven a tener las influencias de otros adictos o microcomercializadores.

Desde el ámbito de la política pública de salud, en el Perú no tenemos más de 700 camas dedicadas a este tema, y la población femenina está enormemente desatendida. Ciertamente es que existen otras prioridades de salud. El problema de la tuberculosis, desnutrición, etc. Si bien reconocemos las prioridades, no podemos dejar de decir que en el Perú existen aproximadamente unas 900 mil personas que consumen drogas cocaínicas o están inmersas en el policonsumo de drogas ilícitas, y si estimamos que alrededor de un 15 por ciento de los que alguna vez consumen drogas, sobre todo las cocaínicas, caen en el problema de la adicción, entonces estaríamos hablando de no menos de 100 mil personas que necesitan ser tratadas, lo cual evidencia nuestro déficit de camas y también de centros ambulatorios para tratamiento.

Están las comunidades terapéuticas, el sistema de salud público y el privado dedicados a labores de tratamiento, en todas sus modalidades incluyendo el ambulatorio, a aproximadamente unas 20 mil personas. En este caso, nuevamente, el déficit es enorme. Entonces, tenemos un problema que causa criminalidad pues el usuario hará cualquier cosa por tener dinero, por más baratas que sean

las drogas cocaínicas o cualquier otra. Robará, le pegará a sus parientes, para conseguir sus fines.

- Por último, ¿qué está haciendo CEDRO en el tema de drogas de síntesis?

En primer lugar, la droga de síntesis se ha convertido en uno de los asuntos en el que más estamos trabajando en nuestra aproximación con colegios. Ahora tenemos una metodología en los colegios secundarios que se llama *mentores* y *líderes* que, de alguna forma, lo que pretende es que la comunidad escolar se convierta en un ámbito en que todos los factores de riesgo sean prevenidos. Esto implica tratar el tema y no

rechazarlo porque es una cuestión de personas y la mirada debe ser integral, como también la acción.

Recientemente CEDRO ha participado en el Programa "DROSICAN" con la Comunidad Andina de Naciones (CAN) y la Unión Europea. Ha sido un aprendizaje con y entre expertos en drogas sintéticas, desde diversos ángulos: consumo, realidad forense, aduanas, etc. Es un campo que tiene puntos en común con drogas más conocidas en los países andinos, pero que también plantea nuevos retos de estrategias y conocimientos.

El camino a recorrer es aún largo.



AVANCES EN LA INSTRUMENTACIÓN DE LA NORMATIVA COMUNITARIA EN MATERIA DE LA LUCHA CONTRA EL PROBLEMA MUNDIAL DE LAS DROGAS

Adolfo López Bustillo*

1. Antecedentes:

Los Países Miembros de la Comunidad Andina se han comprometido a llevar adelante acciones necesarias para enfrentar el problema mundial de la droga, teniendo en cuenta los principios de corresponsabilidad, no condicionalidad y priorización del desarrollo alternativo, que exige un manejo integral y equilibrado tanto del control de la oferta como de la reducción de la demanda.

Esa lucha contra la producción, tráfico, distribución y uso indebido de sustancias sicotrópicas y sus delitos conexos, se realiza de conformidad con los principios del derecho internacional y en particular con el pleno respeto a la soberanía e integridad territorial de los Estados, la no intervención en los asuntos internos, el respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, y el rechazo a las acciones unilaterales que afectan el curso de las relaciones entre países.

En ese contexto, los Países Miembros de la Comunidad Andina han reiterado su compromiso de mantener una coordinación estrecha, con especial énfasis en la necesidad de concertar y evaluar multilateralmente las políticas para enfrentar dicho flagelo.

Con tal propósito, la Comunidad Andina, con base en lo dispuesto en el Artículo 16 del Acuerdo de Cartagena y la voluntad política manifestada en reiteradas oportunidades por el Consejo Presidencial Andino, el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, en mayo de 1999, adoptó la Decisión 458 "Lineamientos de la Política Exterior Común" la que, en términos generales, dispone la necesidad de que los Países Miembros articulen posiciones conjuntas que, bajo el principio de la responsabilidad compartida, se constituyan en la contribución de la Comunidad

Andina a la lucha internacional contra el problema mundial de la droga.

2. "Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos" (Decisión 505)

Con la finalidad de llevar adelante las tareas y coordinaciones conducentes a dicho propósito, el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores en junio del 2001, adoptó la Decisión 505 "Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos".

El Plan aborda la lucha contra el problema de las drogas ilícitas en forma integral, comprendiendo todos los aspectos involucrados tanto en la producción, tráfico, consumo y delitos conexos y se basa en los principios de la responsabilidad compartida, la solidaridad, el pleno respeto a las respectivas legislaciones, soberanía e integridad territoriales, así como en la estricta observancia del Derecho Internacional. Además reconoce que los esfuerzos que realizan actualmente los países andinos, a través de sus respectivos programas nacionales para la lucha contra las drogas ilícitas y delitos conexos, pueden ser significativamente impulsados y complementados mediante una acción conjunta.

La estrategia comunitaria incorpora acciones que se pueden desarrollar con mayor eficiencia de manera conjunta que individualmente, en temas tales como: el intercambio de información sobre acciones de interdicción y modalidades de tráfico; la ampliación de la coordinación entre las autoridades responsables; la capacitación de los funcionarios nacionales responsables de la lucha contra las drogas ilícitas; la suscripción de acuerdos de asistencia judicial en materia penal; el

* Economista de la Universidad del Pacífico, ex Viceministro de Integración del Perú, ex funcionario internacional y actual consultor de la Secretaría General de la Comunidad Andina.

intercambio de experiencias en programas de desarrollo alternativo; el fortalecimiento de la cooperación para la prevención y control del lavado de activos; la prevención del consumo y la producción y el combate al tráfico de drogas sintéticas y de diseño; la captación de cooperación técnica y financiera internacional en apoyo de las acciones contempladas en este Plan; la gestión para la renovación y ampliación de los programas de preferencias comerciales en apoyo a la lucha contra las drogas ilícitas; y, la captación de cooperación internacional para programas de prevención y mitigación del impacto ambiental, entre otras acciones.

La Decisión 505 creó el Comité Ejecutivo del Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos, con la finalidad de coordinar la ejecución del mencionado Programa de Acción a través del diseño de planes operativos bianuales.

El Comité Ejecutivo, integrado por representantes de las Comisiones Nacionales de Drogas (CND) y de los Ministerios de Relaciones Exteriores de los Países Miembros, se ha reunido formalmente hasta la fecha en siete oportunidades: La Paz, 2001; Bogotá, 2003; Cuenca, 2004; Santo Domingo, 2005; por videoconferencia, 2006; Bogotá, 2007; y Quito, 2008.

Entidades miembros del Comité Ejecutivo, responsables de la coordinación de la lucha contra el problema de las drogas ilícitas en la Comunidad Andina

PAÍS	ENTIDADES
Bolivia	Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID) Ministerio de Relaciones Exteriores
Colombia	Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) Programa Presidencial Contra Cultivos Ilícitos Ministerio de Relaciones Exteriores
Ecuador	Ministerio de Gobierno Ministerio de Relaciones Exteriores
Perú	Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) Ministerio de la Producción Ministerio de Relaciones Exteriores

37

El Comité Ejecutivo, además de definir que la Comunidad Andina trabaja en forma activa, coordinada e integral en el ámbito del Desarrollo Alternativo Sostenible, ha priorizado las siguientes cuatro áreas de acción comunitaria adicionales:

- Fortalecimiento Institucional;
- Control y fiscalización de Sustancias Químicas;
- Programas de reducción de la demanda; y

- Creación y fortalecimiento de los Observatorios Nacionales y Andino de Drogas.

En el ámbito del Fortalecimiento Institucional, las Comisiones Nacionales de Drogas (CND) de los Países Miembros de la Comunidad Andina mantienen permanente contacto, vía la Secretaría General y conforme las directivas que emanan del Comité Ejecutivo del Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos.



Uno de los objetivos de dicha coordinación es la de lograr establecer posiciones concertadas y en lo posible conjuntas en la participación andina en los distintos foros y reuniones internacionales especializadas, y en particular en la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas (CICAD/OEA); en la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas; en el Diálogo Especializado de Alto Nivel en Materia de Drogas entre la Comunidad Andina y la Unión Europea; y en las Reuniones del Grupo Conjunto de Seguimiento de los Acuerdos sobre Precursores Químicos entre los Países Andinos y la Comunidad Europea, entre otros.

Adicionalmente, los Países Miembros mantienen permanente coordinación en lo concerniente al desarrollo alternativo integral y sostenible a través del "Comité Andino para el Desarrollo Alternativo (CADA)", creado en junio de 2003, mediante la Decisión 549.

Dicho Comité está conformado por las más altas autoridades del Viceministerio de Desarrollo Alternativo de Bolivia; del Programa Presidencial Contra los Cultivos Ilícitos de la Presidencia de la República de Colombia; del Ministerio de Gobierno del Ecuador; y de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) del Perú. Este Comité se ha reunido ordinariamente en seis oportunidades y en forma extraordinaria en dos oportunidades. Producto de su trabajo fue la aprobación por parte del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores de la Decisión 614, en julio de 2005.

3. "Norma Andina para el Control de Sustancias Químicas que se utilizan en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas" (Decisión 602)

En desarrollo de lo establecido en la Decisión 505, el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, en forma ampliada con los Representantes Titulares ante la Comisión de la Comunidad Andina (diciembre de 2004) adoptó la

Decisión 602 "Norma Andina para el Control de Sustancias Químicas que se utilizan en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas", que busca contribuir al propósito común de proteger y blindar el territorio aduanero comunitario frente a la eventualidad del desvío de importaciones o exportaciones de ciertas sustancias químicas hacia la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y en particular de cocaína y heroína. Con esta Decisión se busca cumplir con lo dispuesto en el artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1998.

Dicha Decisión permite coordinar las acciones de control y fiscalización en los cuatro Países Miembros del mismo grupo de sustancias químicas utilizadas en la producción de la cocaína y la heroína, de forma tal de evitar su desvío y contrabando a partir de un diferencial en las listas controladas, como era el caso hasta antes de la aprobación de la Decisión 602.

En lo concerniente a la instrumentación de la Decisión 602, se han adelantado los trabajos para la creación de la etiqueta única que permita identificar los contenedores en los que se transporte algún precursor; un sistema de evaluación de las prenotificaciones de exportaciones intracomunitarias de precursores; y el establecimiento de un sistema de monitoreo de la aplicación de la Decisión.

Adicionalmente, la Comunidad Andina en sus relaciones con países considerados potencialmente sensibles plantea la suscripción de Convenios de Cooperación sobre Control y Fiscalización de Insumos Químicos posibles de Desviarse a la producción de Drogas Ilícitas. Dichos acuerdos tendrían como objetivo facilitar el control de la exportación y la importación de dichas sustancias químicas, sobre la base en el principio de la reciprocidad y en tal razón comprendería aspectos de 1) supervisión del comercio; 2) suspensión de envíos; 3) cooperación horizontal e intercambio de información.



Como complemento, la Comunidad Andina recibió recursos de la cooperación europea para el tema del control y fiscalización de precursores que pueden ser desviados a la producción de drogas ilícitas. El “Proyecto Regional para el Control de Productos Precursores en los Países Andinos” (PRECAN). Este Proyecto, que se ejecutó teniendo en cuenta lo dispuesto en la Decisión 602, facilitó que los Países Miembros adelanten esfuerzos en el establecimiento de sitios de internet (Web Site), destinados al control de productos químicos precursores y a la difusión de información vinculada a dicha materia. Asimismo, permitió la generación de importantes sinergias entre el gobierno y los empresarios a fin de desarrollar medidas de control y fiscalización más amigables y que no resten competitividad a la industria, además de difundir los procedimientos y normativa nacional e internacional que le facilite el desarrollo de sus actividades. Ello, además de haber generado capacidades y habilidades en las administraciones nacionales especializadas en procedimientos de control y fiscalización de insumos químicos; y aumentado el grado de conciencia entre los agentes económicos sobre el riesgo del desvío de productos químicos precursores.

Se logró también el traspaso de la experiencia de la Unión Europea sobre la materia, mediante visitas a las autoridades españolas y alemanas que desarrollan el control y fiscalización de precursores, lo cual permitió fortalecer los vínculos y el conocimiento entre las administraciones responsables del control de precursores.

En la actualidad los Países miembros participan en el Proyecto PRELAC (Prevención del Desvío de Sustancias Precursoras de Drogas en los Países de América Latina y el Caribe), que busca mejorar la capacidad de los países beneficiarios¹ para confiscar los precursores químicos ilegales, financiado por la Comisión Europea y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en el que juegan un doble papel de receptores y actores privilegiados de aporte para su ejecución, gracias a la experiencia desarrollada en el marco del PRECAN y de la Decisión 602.

4. “Estrategia Andina de Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible” (Decisión 614)

Como se mencionó, en julio de 2005, el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, adoptó la Decisión 614 “Estrategia Andina de Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible” que tiene por objetivos específicos de la nueva estrategia serían: coadyuvar a la cabal implementación de la estrategia nacional de desarrollo y, en particular, de la política de lucha contra la pobreza; prevenir el incremento del cultivo ilícito; evitar la migración del cultivo (efecto globo); mitigar la incidencia en las zonas coccaleras y sus áreas de influencia; conservar y aprovechar sosteniblemente los recursos naturales; promover la mayor participación del Estado; y reafirmar el criterio de la responsabilidad compartida.

La instrumentación de dicha Estrategia inicialmente ha sido concebida para ser desarrollada en 10 años. Tanto la Secretaría General, como los Países Miembros, han realizado un esfuerzo significativo para posicionar la Estrategia en el contexto internacional y al interior de los propios países andinos.

Con ese propósito, con el apoyo del Gobierno de Colombia se editó y distribuyó entre países cooperantes e instituciones internacionales intergubernamentales y no gubernamentales de cooperación, un libro elaborado como base de la Estrategia Andina de Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible y la Decisión 614. Asimismo, se tradujo al inglés ambos documentos editándose un CD que contiene la versión del libro en los dos idiomas.

En el ámbito de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas los Países Miembros lograron que se adopte una Resolución que permitió que el Secretario General convoque, en el 2008, a una reunión de la Comisión en la que la discusión temática fue el desarrollo alternativo.

La Secretaría General viene trabajando en la actualización del Plan de Acción de la Estrategia Andina de Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible aprobado mediante la Decisión 614, de

¹ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Jamaica, México, Panamá, Perú, Trinidad y Tobago y Venezuela.

forma tal que responda a la realidad actual, sin descuidar sus objetivos en lo concerniente a los ámbitos institucional, social, económico y de medioambiente, y señale las líneas de intervención prioritarias y las metas esperadas que estén en concordancia con las estrategias y programas nacionales de desarrollo alternativo.

Específicamente, se plantea un “Plan de Acción de Corto Plazo 2010 – 2011” que en el ámbito social promueva la creación de una “Confederación de la Región Andina de Productores Organizados de los Programas de Desarrollo Alternativo”; el desarrollo de una estrategia de comunicaciones, en medios radiales, sobre desarrollo alternativo; con base en la participación de las Universidades andinas que ofrecen el curso de periodismo o ciencias de la comunicación. En el ámbito económico, suscite la creación tanto de una “Red académica andina de estudios en desarrollo alternativo”, como de una “Red de empresarios que trabajan en proyectos de Desarrollo Alternativo”; además de impulsar el desarrollo de un estudio sobre “Indicaciones geográficas y su eventual empleo para productos del desarrollo alternativo”; y que en el ámbito ambiental se plantee la realización de un estudio sobre la factibilidad de adoptar un Reglamento Técnico Andino para el uso del biodiesel en los combustibles de uso automotor, y un “Proyecto Pílo-to Regional de Reforestación y Agroforestería para la Captura de Carbono en Suelos Degradados”.

Por último, es importante señalar que en el marco del Programa Antidrogas Drogas Ilícitas en la Comunidad Andina (PRADICAN) que financia la Comisión Europea y se ejecutará entre el 2010 y 2013, se tiene previsto apoyar iniciativas de las comunidades y de la sociedad civil que trabajan en desarrollo alternativo a través del intercambio de experiencias entre los programas/proyectos en este tema en los países de la Comunidad Andina (incluyendo a todos los proyectos financiados por la cooperación europea) y facilitando otras actividades para la implementación de la Decisión 614, aprobada por el Comité Andino de Desarrollo Alternativo (CADA).

5. Lavado de Activos

La tendencia del negocio de la cocaína en el mundo es de preocupación para los países andinos y refuerza la necesidad de un mayor esfuerzo en la acción y coordinación en el tema del lavado de activos. Ello, sin descuidar que este es un tema que si bien es conexo al narcotráfico, hoy es un delito autónomo y de gran inquietud en el marco del proceso de integración andino.

De otro lado, informes recientes en Bolivia señalan que el precio de la bolsa de coca del insumo natural (hoja de coca) en los últimos tiempos se precipitó de unos 700 bolivianos (100 dólares a mayo de 2009) a 500 bolivianos (71 dólares a mayo de 2009), en últimos meses y lo que es más grave, ahora se cotiza en menos de 350 bolivianos (50 dólares). Si ello es así y si los precios promedios al minorista en los principales mercados de consumo de la cocaína son de aproximadamente 30.000 dólares en los Estados Unidos y de 50.000 dólares en Europa, sin registrar mayor variación en los últimos años, salta la pregunta, ¿en qué parte de la cadena de distribución se queda con la diferencia?.

Con la finalidad de avanzar en las coordinaciones sobre este tema, el Comité Ejecutivo creado por la Decisión 505 “Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos”, propuso la creación de un Mecanismo de Asistencia y Cooperación entre las Unidades de Inteligencia Financiera de la Comunidad Andina, que tendría como objetivo general, fomentar la cooperación y asistencia mutua para impulsar y fortalecer los esfuerzos nacionales en materia de lucha contra el lavado de activos. Ello, además de establecer lineamientos de acción conjunta contra el lavado de activos, que permitan mantener sistemas económicos confiables capaces de prevenir, detectar y reprimir el delito de lavado de activos.

Este mecanismo estaría conformado por la Unidad de Investigación Financiera (UIF) de Bolivia; la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) de Colombia; la Unidad de Procesamiento de Información Reservada (UPIR) del Ecuador; la

Unidad de Inteligencia Financiera (UIF) del Perú; y la Unidad de Inteligencia Financiera (UIF) de la República Bolivariana de Venezuela. La Secretaría General de la Comunidad Andina desempeñará las funciones de Secretaría Técnica.

En este tema, de naturaleza sensible, los Países Miembros de la Comunidad Andina promueven el establecimiento de un diálogo abierto y transparente tanto en el marco de las organizaciones especializadas como el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) y su organización intergubernamental de base regional que agrupa a los países de América del Sur (GAFISUD), como en sus relaciones birregionales con la Unión Europea y otros países amigos.

6. Dos respuestas específicas a la amenaza de las drogas ilícitas

Frente a la amenaza de las drogas ilícitas, la Comunidad Andina ha desarrollado un proyecto en el área de las drogas sintéticas, cuyo uso y comercio, aún siendo un fenómeno reciente y relativamente incipiente, ya es un hecho constatado y registrado en todos y cada uno de los países de la Comunidad Andina. En tal sentido, la acción concertada tanto a nivel andino busca evitar su proliferación. Para ello, se requiere reforzar las lecciones aprendidas en el marco del Proyecto DROSICAN², financiado por la Comisión Europea, tanto con la voluntad de sus propios gobiernos, como con el de los países en los que se registra su producción, a fin de “quemar etapas” y enfrentar con mayor éxito este problema.

Con este proyecto se impulso un mayor nivel de coordinación interinstitucional e intersectorial al interior de los propios países de la Comunidad Andina y se desarrollaron actividades en los ámbitos de la capacitación, obtención de información que le permitirá a la Comunidad Andina enfrentar de mejor manera la problemática que plantea el fenómeno de las drogas y las toxicomanías. En ese sentido, se coadyuvó con el fortalecimiento de los Observatorios Nacionales y Andino de Drogas, con

la finalidad de contar con información actualizada y comparable sobre los diferentes aspectos de la lucha contra el problema mundial de las drogas que permitirá a las entidades nacionales y la adopción de políticas realistas en la materia; además de permitir a los operadores privados acceder a regulaciones, mecanismos de control y manual de operación, listas de sustancias controladas y enlaces con las autoridades administrativas nacionales y regionales.

En el ámbito de la reducción de la demanda se desarrolló un esfuerzo significativo en el desarrollo de acciones que apuntan a la reducción del daño o del riesgo, tales como: programas dirigidos a la familia, comunidad y escuela orientados a la detención del crecimiento del consumo de drogas ilícitas principalmente en niños y jóvenes; estrategias de comunicación masiva para informar, sensibilizar y educar a la juventud sobre las consecuencias del consumo de drogas; incorporación de contenidos de prevención en la estructura curricular de los diversos niveles de educación y capacitación a los padres de familia y agentes educativos sobre las nuevas tendencias en el consumo de drogas; promoción de programas de rehabilitación y reinserción social de drogo dependientes; implementación de mecanismos que permiten realizar un seguimiento y evaluación de los programas de reducción de la demanda; programas de capacitación y formación de recursos humanos en prevención y rehabilitación; y, promoción de la participación de organizaciones de la sociedad civil en las actividades de prevención y rehabilitación.

En términos generales, con la ejecución de este Proyecto se han logrado los siguientes resultados:

- Haber “empoderado” entre las autoridades de los Países Miembros el tema del consumo de drogas sintéticas en la subregión y haber realizado una gestión participativa entre los Países Miembros y la Secretaría General a lo largo de su ejecución.
- Haber logrado cuantificar la magnitud del problema del consumo de drogas sintéticas, mediante un estudio epidemiológico andino

² “Apoyo a la Comunidad andina en el área de las drogas sintéticas”, que se ejecutó con un aporte europeo de 2 550 000 euros y de 510 000 euros como contrapartida de los Países Miembros.

sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria, en el que participó una muestra representativa de estudiantes de 38 Universidades de los Países Miembros.

- Haber desarrollado más de 60 talleres, capacitaciones e intercambios de Experiencias sobre elementos para su prevención, tratamiento y rehabilitación que han permitido:
 - Generar una masa crítica de más de 1,200 expertos capacitados en el tema de las drogas sintéticas, de las áreas de la medicina, psiquiatría, psicología, sociología, policía y fuerzas armadas, asistencia social, epidemiología, educación, entre otros;
 - Involucrar a la sociedad civil andina mediante en la lucha contra las drogas y en el propio proceso de integración, a través de un número significativo de Organizaciones No Gubernamentales y personas jurídicas dedicadas a la prevención y rehabilitación;
 - Desarrollar modelos de intervención temprana y campañas de información y sensibilización; conocer metodologías de investigación cuantitativa, de control y fiscalización aduanera, máquinas y elementos para la producción de drogas sintéticas, y de detección y desmantelamiento adecuados de laboratorios de drogas de síntesis y manipulación adecuada de precursores químicos; conocer el impacto ambiental en la eliminación de desechos relacionados a las drogas sintéticas ilegales: Ello, además de métodos de entregas controladas, investigadores encubiertos y confidentes, y técnicas de evaluación de riesgo socio-sanitarios de las drogas de síntesis, entre otros.
- Haber conocido "in situ" las experiencias del Observatorio Europeo de Drogas, de reducción de daños y tratamiento por abuso de metanfetaminas en la República Checa, de prevención de riesgos y reducción de daños por abuso de éxtasis y otras drogas sintéticas en España, del laboratorio de referencia para el análisis de drogas en la Organización de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito en Viena, y del Programa Central de Análisis del Precursor Éxtasis (CAPE) de

la Oficina Federal de Investigación Criminal de la República Federal de Alemania (BKA) de Alemania.

- Por último y no por ello menos importante, haber desarrollado un proyecto con espíritu descentralizado, con actividades ejecutadas en diversas ciudades de los Países Miembros y tenido en cuenta el tema de género en cuanto a lo conceptual y al número de participantes en los eventos.

Estamos seguros que los países andinos pueden decir y reconocer sin temor a equivocarnos, que este proyecto logró cumplir a plenitud con los objetivos y resultados previstos en el Convenio y que, por tanto, es un claro ejemplo de la cooperación birregional exitosa.

El segundo Proyecto denominado "PRADICAN-Programa Anti-Drogas Ilícitas en la CAN (AAP 2008)",³ que se encuentra en su fase inicial de ejecución de su primer Presupuesto Programa, se busca:

- 1) Fortalecer la armonización nacional de registros destinados a la recolección de información. Entre otros, mejorando los sistemas de indicadores sobre reducción de la demanda y de la oferta de drogas; procurando el intercambio de metodologías de información entre la Red Andina de Observatorios andinos y europeo (EMCDDA); e incorporando los indicadores del Sistema de Información de Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible para la Región Andina a los Observatorios Nacionales de Drogas.
- 2) Apoyar la cooperación horizontal entre las comunidades beneficiarias del desarrollo alternativo integral y sostenible, incluido el preventivo además de dinamizar su generación, consolidación, y participación en el desarrollo local, además de apoyar en la consolidación de la economía lícita, vinculando al sector privado en las diferentes etapas de producción y comercialización de los proyectos de desarrollo alternativo integral y sostenible.
- 3) Coadyuvar al diseño e implementación de un

³ Implica un aporte europeo de 3 250 000 euros y de 770 000 euros como contrapartida de los Países Miembros.

Programa Integral de capacitación en materia de sustancias químicas a través de módulos sostenible en el tiempo, elaboración y recopilación de manuales, cartillas, protocolos y demás material académico; al entrenamiento en “Mecanismos de Control de Sustancias Químicas”.

4) Adquirir equipo especializado para fortalecer los laboratorios forenses nacionales y entrenar a químicos que trabajan en dichos laboratorios, en la aplicación de técnicas instrumentales estandarizadas y validadas para el análisis forense de drogas.



II. LAS DROGAS SINTÉTICAS EN LA COMUNIDAD ANDINA

EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE DE LAS DROGAS SINTÉTICAS EN LA COMUNIDAD ANDINA

Tatiana Dalence Montaña*

La Estrategia contra la droga de la UE, en el plano exterior, se basa en una coordinación más estrecha entre la lucha contra la droga y el apoyar las relaciones entre la UE y los demás países. Dicha estrategia se orienta por el principio de responsabilidad compartida, como se plasmó en el Plan de acción de Panamá entre la UE y América Latina, adoptado y ratificado en 1999.

El capítulo 3 de esta estrategia pone a disposición de la UE y la SG-CAN una serie de instrumentos para tratar este tema de manera conjunta, como las conversaciones multilaterales en la Comisión de Narcóticos de las Naciones Unidas, las reuniones del Mecanismo de Coordinación y Cooperación en materia de Drogas entre América Latina, el Caribe y la UE, el acceso comercial preferencial concedido a los países andinos, a través del GSP-Plus, los encuentros periódicos a alto nivel de diálogo especializado sobre drogas entre ambas regiones, y los convenios celebrados entre la CE y los países de la SG-CAN sobre precursores químicos y las reuniones correspondientes.

La Secretaría General de la Comunidad Andina (SG-CAN) desde hace, casi, diez años generó un espacio de apoyo a las acciones dirigidas a la problemática de las drogas.

Frente a la problemática emergente de drogas sintéticas (no naturales) la SG-CAN, con el apoyo de la Unión Europea, desarrolló el Proyecto de Apoyo a la Comunidad Andina en el área de drogas sintéticas (DROSICAN) entre mayo de 2008 y mayo de 2010.

Fue en 1999 cuando el Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores adoptó una serie de directrices que orientarían la política exterior de la CAN, bajo el argumento de que sería el aporte de la Comunidad al enfrentamiento del problema mundial de las drogas.

La política andina contra drogas ilegales se fundamenta en la interpretación de que su producción, tráfico y consumo constituyen un problema transnacional que “amenaza la salud y el bienestar de los seres humanos” y “afecta las bases culturales, económicas y sociales” de los países. Para ejecutar los programas de esta política fue creado en 2001 el Comité Ejecutivo de coordinación en la lucha anti-drogas y en 2003 el Comité Andino para el Desarrollo Alternativo. También ha sido adoptada una serie de Decisiones -instrumentos directamente aplicables en los Países Miembros y de implementación obligatoria- sobre lucha anti-drogas, que abogan por: la profundización de la integración, las responsabilidades conjuntas, la cooperación política y social, el control de sustancias químicas utilizadas en la producción de drogas ilícitas y el desarrollo alternativo integral y sostenible. Los campos de acción de las instituciones andinas en la lucha anti-drogas son: 1) las políticas nacionales -particularmente en sus acciones de control de la producción, erradicación de cultivos, desarrollo alternativo, desmantelamiento de infraestructura de producción y transporte, lavado de activos, reducción de la demanda-; 2) las estrategias binacionales adelantadas con base en acuerdos bilaterales y comisiones de vecindad-; 3) el fortalecimiento de una estrategia andina para la armonización de legislaciones, la capacitación de funcionarios y la captación de recursos de ayuda técnica y financiera internacional; y 4) la coordinación de posiciones conjuntas. (Molano, 2007, Págs. 6 y 7).

Diez años después, en 2009, la Secretaría General de la Comunidad Andina (SG-CAN, 2009) informó de la realización de la VII Reunión del Comité Ejecutivo del Plan Andino de Cooperación para la Lucha Contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos,

* Trabajadora Social de nacionalidad boliviana; Directora Regional del Proyecto DROSICAN.

en la cual se discutió sobre el Mecanismo del Diálogo Especializado de Alto Nivel en Materia de Drogas entre la Comunidad Andina y la Unión Europea.

En dicha ocasión se propuso una agenda que tomaría en cuenta los esfuerzos nacionales en el enfrentamiento del problema de las drogas y la contrapartida europea; los efectos del narcotráfico sobre el medio ambiente; el establecimiento de un diálogo de Región a Región en lo que respecta al lavado de activos, y la revisión de los convenios de cooperación técnica que se encuentran en ejecución.

Además, se elaboró un documento de Propuestas de Decisión para la aprobación del Convenio "Programa Anti-Drogas Ilícitas en la CAN" (PRADICAN), otro sobre los compromisos de aportes de contrapartida y un tercero para la creación del Comité Andino de Asistencia y Cooperación Policial y Ministerios Públicos. En este punto se destacaron avances en la gestión del Proyecto DROSICAN.

SITUACIÓN DE LA REGIÓN

El consumo de estimulantes anfetamínicos en la población joven (escolares) de los países andinos, en el último año, resultó mayor que la hallada en la población general, al oscilar el valor de prevalencia entre 3,6 y 3,7% para Bolivia y Colombia y entre 1,6 y 0,6% para Ecuador y Perú, respectivamente (UNODC, 2009).

En Sudamérica sólo Brasil supera todos los valores antes citados, con un nivel de prevalencia de 4,3%, el mismo que en el nivel mundial no es superado por ningún otro país¹.

El Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas sintéticas en países andinos se desarrolló en el marco del proyecto DROSICAN, de enero a septiembre de 2009, y su informe de resultados se conoció en noviembre del mismo año.

Tabla 1. Ficha Técnica del Estudio

- Estudiantes de universidades públicas y privadas de los cuatro países andinos, de ciudades con población de 300.000 habitantes o más, con al menos 60% de población urbana.
- Universitarios fundamentalmente de 18 a 25 años de edad, de distintas carreras.
- Muestreo aleatorio y en dos etapas: selección de universidades en cada país y luego selección de estudiantes en cada universidad.
- 10 universidades seleccionadas en cada país.
- n = 21.857 ingresos válidos, universitarios de ambos sexos, con 4.245 casos válidos en Bolivia, 7.803 en Colombia, 4.997 en Ecuador y 4.812 en Perú.
- Trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información: Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la CICAD/OEA.
- Tipo de cuestionario: estandarizado, con formato auto-administrado, contestado en una Web Page vía On Line, entre el 11 de mayo y el 16 de agosto de 2009.
- Con un nivel de confianza de un 95%, considerando 1,65% de error.

Fuente: Conseil Sante. Informe Final ATI DROSICAN, Agosto de 2008 a Marzo de 2010. Lima, Perú. 2010

¹ Es importante mencionar que estos datos de UNODC incluyen la declaración de consumo de anfetaminas usadas sin una prescripción médica.



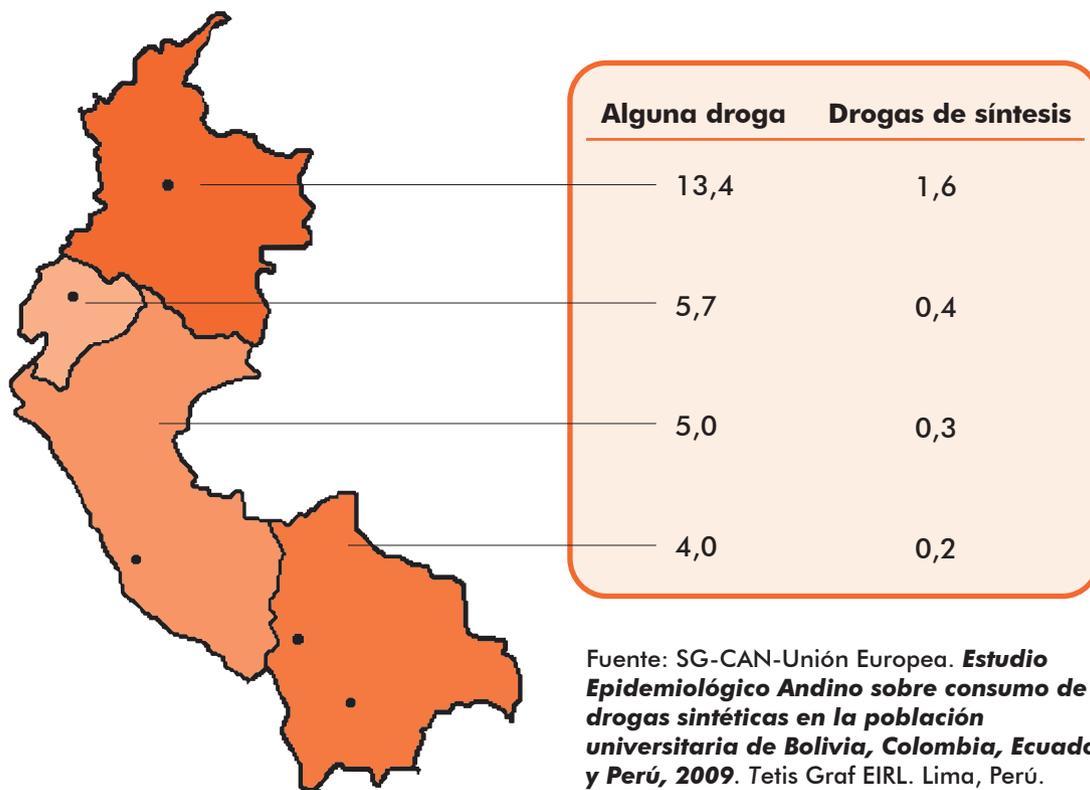
En esta investigación se puso de manifiesto un escaso nivel de conocimientos sobre las drogas de síntesis por parte de los estudiantes universitarios. Así, la mayor parte de los hombres y de las mujeres identificaron casi exclusivamente al éxtasis como una droga de síntesis. Sustancias como GHB, ketamina y metanfetamina tuvieron menos menciones en ese sentido.

Además, la mayoría desconoce (o no responde) si éstas son todas iguales o si se pueden adquirir en establecimientos farmacéuticos sin prescripción. El lugar asignado al éxtasis como droga de síntesis y un mayor nivel de conocimientos y experiencias en comparación con otras sustancias, también de síntesis, parecieran explicar porque más estu-

diantes en todos los países mencionan conocer a alguien en su respectiva universidad que consume MDMA. Así, en Colombia y en Perú, 20,1% y 10,4%, respectivamente, mencionaron conocer a alguien que la consume. En Bolivia y Ecuador lo hizo alrededor de un 8,5%. Sin embargo, ante la consulta sobre amistades que practicaban tal consumo los porcentajes son más elevados, de suerte que 27% de los estudiantes en Colombia se pronunciaron en ese sentido, 18% en Ecuador, 16% en Bolivia y 11% en Perú.

En la Figura 1 se observa la distribución del consumo de alguna droga ilegal y la correspondiente a sustancias sintéticas.

Figura 1. Proporción de consumo reciente (último año) de alguna droga ilícita y sustancias de síntesis entre estudiantes universitarios de los países andinos. 2009



Fuente: SG-CAN-Unión Europea. **Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009.** Tetis Graf EIRL. Lima, Perú. 2009.



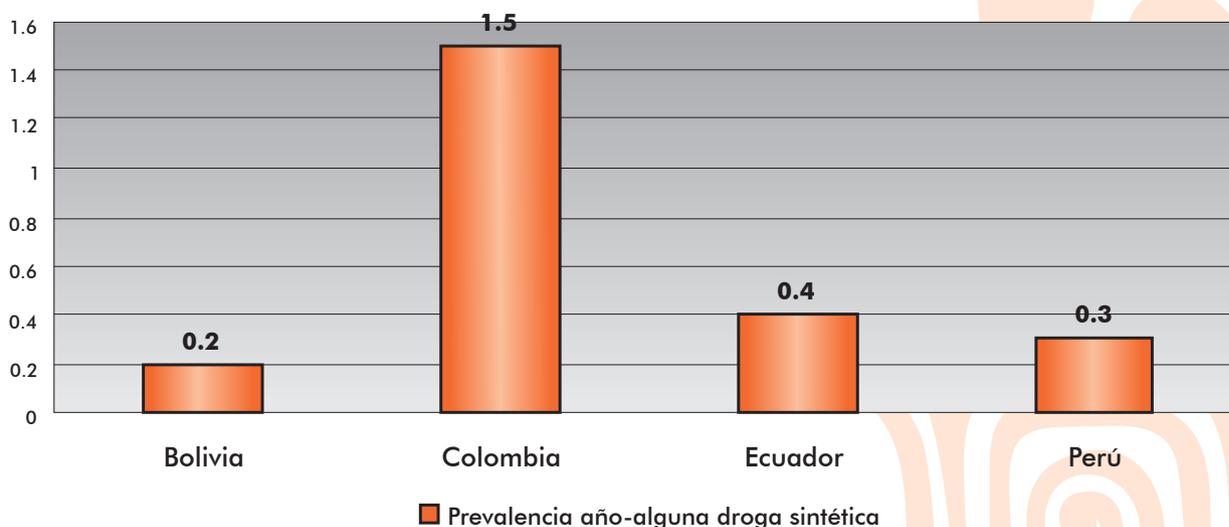
El nivel de gran riesgo asignado al consumo experimental de las diferentes drogas de síntesis no presenta variaciones muy intensas entre los diferentes países, al oscilar entre 23% y 41%; sin embargo, el gran riesgo asociado con consumo frecuente de MDMA fue percibido por mayores cantidades de individuos (valores porcentuales superiores a 47%) en los diferentes países si se compara con las percepciones hacia la anfetamina, la metanfetamina, el LSD, la ketamina y la GHB.

Éxtasis fue la sustancia que los y las estudiantes mencionaron en todos los países como de más fácil acceso, seguida a considerable distancia por las anfetaminas y a mucha distancia por LSD, metanfetaminas, ketamina y GHB. La relación entre este fenómeno y el haber recibido una oferta para comprar o probar alguna sustancia de síntesis revela una cierta relación al examinarse cada

droga, pero los porcentajes son considerablemente más reducidos para el caso de la oferta, como es lógico colegir.

La consistencia también está presente si se examina este aspecto con el consumo propiamente dicho, no obstante, las diferencias entre los países andinos son muy amplias. Así, con una oferta de éxtasis en primer lugar, la proporción de individuos que consumieron en el último año fue significativamente menor que la de aquellos que fueron objeto de un ofrecimiento. En Bolivia lo fue 106 veces, en Colombia 13, en Ecuador 16 y en Perú 21. Esto pudiera guardar relación parcialmente con el estado de las percepciones de riesgo en el que el desconocimiento ocupa un lugar de primera importancia. El nivel de prevalencia de consumo anual es significativamente mayor en Colombia que en el resto de los países.

Figura 2: Prevalencia de último año de consumo de "Alguna droga sintética" en estudiantes universitarios de países andinos



Señalado en el Informe Final ATI DROSICAN, Agosto de 2008-Marzo de 2010. Conseil Sante. Lima, Perú. 2010.
Fuente: **CAN-Unión Europea. Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009.** Tetis Graf EIRL. Lima, Perú. 2009.



Este estudio también inquirió sobre la situación de consumo de otras drogas, como se aprecia en la Tabla 2, la cual da cuenta del nivel de prevalencia de consumo del último año de otras drogas -no sintéticas-. Como se observa, los consumos de

marihuana, inhalables y cocaína persisten como los más importantes con una prevalencia significativamente más alta de marihuana y cocaína en Colombia.

Tabla 2. Prevalencia de consumo de último año de drogas no sintéticas, en universitarios de los países andinos, 2009

Droga	País			
	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Marihuana	2,00	11,48	4,65	3,18
Inhalables	1,88	1,40	0,77	1,70
Cocaína	0,18	2,48	0,61	0,50
Pasta base/basuco	0,03	0,27	0,27	0,03
Crack	0,09	0,23	0,10	0,0
Hachís	0,11	0,09	0,13	0,01
Heroína	0,01	0,02	0,09	0,01

Fuente: CAN-Unión Europea. Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009. Tetis Graf EIRL. Lima, Perú. 2009.

HACIA UN OBSERVATORIO ANDINO

La investigación fue abordada por el proyecto DROSICAN como un eje transversal, en virtud, precisamente, de que su objetivo primordial fue apoyar a la SG-CAN en la función de obtener información válida, comparable y confiable para que los Países Miembros construyan políticas públicas que les permitan enfrentar los problemas

vinculados a la oferta y la demanda de sustancias; los 9 eventos de capacitación abordaron aspectos metodológicos y experiencias en Observatorios de Europa, centrados en metodología, sumando en total 210 horas de capacitación, para 147 funcionarios.

El Proyecto DROSICAN desarrolló los siguientes estudios:

Tabla 3. Listado de estudios realizados en el marco del Proyecto DROSICAN

Estudios regionales	Informes por país
<ul style="list-style-type: none"> Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009, Informe comparativo (185 mil euros). 	<ul style="list-style-type: none"> Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Informe Bolivia.
	<ul style="list-style-type: none"> Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Informe Colombia.



Estudios regionales	Informes por país
	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Informe Ecuador. • Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Informe Perú.
<ul style="list-style-type: none"> • Estudios cualitativos en poblaciones de riesgo para el consumo de drogas de síntesis. Informe Regional. (55 mil euros). 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios cualitativos en poblaciones de riesgo para el consumo de drogas de síntesis. Informe Bolivia. • Estudios cualitativos en poblaciones de riesgo para el consumo de drogas de síntesis. Informe Colombia. • Estudios cualitativos en poblaciones de riesgo para el consumo de drogas de síntesis. Informe Ecuador. • Estudios cualitativos en poblaciones de riesgo para el consumo de drogas de síntesis. Informe Perú.
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico situacional bajo normas técnicas internacionales de los laboratorios químicos forenses en los Países Miembros de la CAN. Informe regional. (30 mil euros). 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico situacional bajo normas técnicas internacionales de los laboratorios químicos forenses en los países andinos de la CAN. Informe Bolivia. • Diagnóstico situacional bajo normas técnicas internacionales de los laboratorios químicos forenses en los países andinos de la CAN. Informe Colombia. • Diagnóstico situacional bajo normas técnicas internacionales de los laboratorios químicos forenses en los países andinos de la CAN. Informe Ecuador. • Diagnóstico situacional bajo normas técnicas internacionales de los laboratorios químicos forenses en los países andinos de la CAN. Informe Perú.
<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la demanda en el ámbito comunitario (sitios de recreación). Informe Bolivia e Informe Ecuador. (5 mil euros). 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la demanda en el ámbito comunitario (sitios de recreación). Informe Bolivia. • Reducción de la demanda en el ámbito comunitario (sitios de recreación). Informe Ecuador.

Fuente: CAN-Unión Europea. Informe Final Proyecto Apoyo a la Comunidad Andina en el área de Drogas Sintéticas (ALA/ 2005 17 652). Lima, Perú. 2010.



Es posible afirmar que los equipos de investigación de los países andinos se encuentran en fase de formación; en este sentido el Proyecto apuntó a su fortalecimiento principalmente con la capacitación.

Disponer de un sistema comunitario para evaluar transversalmente las tendencias nacionales de consumo de drogas ayuda a identificar las similitudes y diferencias que existen entre los países y, a su vez, entre diferentes zonas geográficas y

poblacionales. Permite, del mismo modo, utilizar la información para el diseño de políticas y estrategias locales.

Dicho de ese modo, puede resultar conveniente concebir la investigación que se produzca en la SG-CAN en términos de una red², para lo cual se adopta una serie de posibles características (ONUDD, 2003) que debería tener:

- Un espectro amplio de áreas de manera que haya una diversidad temática representada: la investigación, la atención directa de personas, la normativa y la aplicación de la ley,
- Un tamaño tal que facilite el análisis de resultados y la difusión de la información,
- Suficiente flexibilidad para que pueda tener lugar la inclusión de expertos adicionales temporalmente,
- Una persona que dirija y coordine, lo cual incluye la planeación de reuniones periódicas (al menos dos veces al año) y la confección de informes.

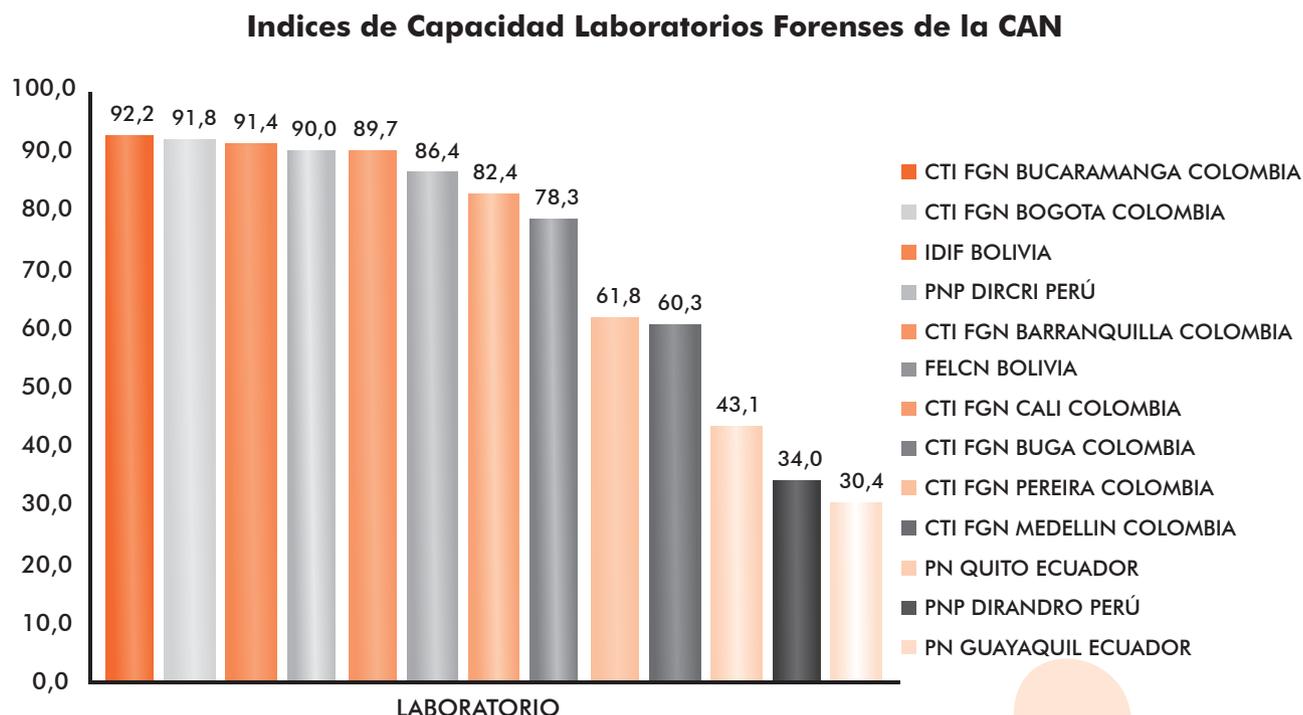
Los aspectos comunes de los países andinos en cuanto a la problemática de producción, tráfico y consumo de cocaína y sus derivados, principalmente, refuerza la necesidad de un análisis conjunto de los datos y al mismo tiempo una necesidad de recolección y estudio de los mismos que pueden ser abordados a partir del Observatorio Andino. Sin embargo, el trabajo no debiera terminar ahí sino en el establecimiento de agendas conjuntas sobre el estudio del consumo, de forma cuali-cuantitativa.

Otro de los aspectos estudiados fueron los laboratorios químico forenses, cuyo diagnóstico reflejó entre sus resultados importantes, que en general los laboratorios en la región presentan un buen desempeño en cuanto a la adopción de sistemas de calidad, lo cual indica que es posible una migración hacia normas internacionales que regulan la prestación de los servicios en laboratorios y específicamente hacia la norma internacional ISO/IEC 17025:2005 *“Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y de calibración”*.

² El grupo consultor que impartió el Curso “Metodologías cuantitativas aplicadas a la investigación de la problemática de las drogas sintéticas” recomendó la constitución de una red de investigadores en el nivel de las Comisiones Nacionales de Drogas que guarda correspondencia con la idea de un concepto de red más amplio, sólo que el grupo debería estar adscrito a los Observatorios Nacionales.



Figura 4. Índices de calidad de los laboratorios forenses de los países de la CAN.



Fuente: CAN-Unión Europea. **Diagnóstico situacional de laboratorios forenses en el área andina DROSICAN. 2009. Informe Regional.** Lima, Perú 2010.

También se observa que siete laboratorios forenses en la región andina cuentan con una media en índice de calidad superior al 80%, correspondiente a cuatro laboratorios en Colombia, dos laboratorios en Bolivia y un laboratorio en Perú. De igual forma se observa que tres laboratorios cuentan con un Índice de Calidad entre el 50 al 80% correspondiente a laboratorios forenses ubicados en Colombia. Por último, tres laboratorios tienen una media de Índice de Calidad menor al 50%, resultado de la aplicación de las herramientas de análisis sobre sus actividades, los cuales se encuentran en Ecuador (2) y en Perú (1).

El proceso de actualización de conocimientos no es homogéneo en la región, Colombia presenta ventajas en experiencia y capacitación, en relación a Bolivia, Ecuador y Perú.

En los cuatro Países Miembros se ha evidenciado que los procedimientos técnicos están basados en la serie de publicaciones científicas de las Naciones Unidas. Esto ha permitido unificación de metodologías en la región en el sentido de que todos los laboratorios realizan similares procedimientos para el análisis de drogas.

UNA INNOVACIÓN EN EL TRABAJO PREVENTIVO, LA INTERVENCIÓN TEMPRANA

La estrategia de **intervención temprana** constituyó otro foco de atención del Proyecto DROSICAN, tanto en proceso de capacitación como en el de implementación.

Estas intervenciones pueden llegar a constituirse en un complemento necesario de las estrategias de prevención que lleguen a tener lugar.

En todo caso, destaca que es precisamente la intervención temprana y no las opciones rehabilitadoras, cuyos costos, eficiencia y oportunidad quedan muy por detrás, por la que se optó.

Frente a un fenómeno relativamente novedoso -como es el consumo de sustancias sintéticas- cuyas consecuencias en cuanto a progresión y deterioro parecieran diferir de las de las drogas tradicionales -cocaína, marihuana, pasta básica, heroína- por lo cual procede apoyar y fomentar acciones tendientes a detectar oportunamente a los consumidores y ofrecer alternativas que les permitan modificar su patrón de consumo.

En este sentido, cabe mencionar, al menos desde la perspectiva de la OMS para este tipo de actividades, que las intervenciones tempranas se han focalizado principalmente en el consumo de alcohol, aunque es posible encontrar en la literatura especializada algunas referencias a otras drogas como los Tratamientos Breves Cognitivo Conductuales para Usuarios de Cocaína (Oropeza, Loyola, Vásquez y Reidl, 2005) cuyos resultados han sido prometedores.

La intervención temprana se equipara con la intervención breve, supone un abordaje terapéutico de baja intensidad para la atención oportuna de los consumidores de sustancias, lícitas o ilícitas, tendiente a anular o disminuir el riesgo de trastornos mayores.

Es sabido que para los y las jóvenes que no consumen drogas existe una gama más o menos amplia de programas de prevención universal, así como también programas de tratamiento de alta complejidad y baja cobertura. Sin embargo, para los adolescentes que empiezan a consumir o para aquellos que suelen presentar episodios de abuso, sin mostrar aún síntomas de dependencia o un consumo perjudicial, se suelen recomendar las intervenciones breves, que corresponden a los que otros denominan prevención indicada. Este tipo de

intervenciones buscan, fundamentalmente, reducir el consumo, identificar situaciones de riesgo, desarrollar estrategias de afrontamiento para estas situaciones y reducir las consecuencias negativas asociadas.

Los proyectos de intervención temprana aplicados en los Países Miembros arribaron a las siguientes conclusiones y/o recomendaciones:

Bolivia, Proyecto de Intervención Temprana respecto al consumo de drogas sintéticas y otras drogas en jóvenes de 15 a 25 años (varones y mujeres) de las ciudades de La Paz, Oruro y Tarija³, como lecciones aprendidas señalan:

1. Se debe contar con un equipo de profesionales adecuadamente formados en la materia, conocedores de la política pública y con capacidad de influencia en las instancias a ser intervenidas.
2. Se requiere trabajar con mayor profundidad y decisión el establecimiento de redes institucionales en la materia.
3. Existe una alta necesidad de conocer con mayor profundidad la problemática de las drogas, en particular las drogas de síntesis.
4. Es necesario planificar adecuadamente en términos de temporalidad las intervenciones, tomando en cuenta todos los posibles supuestos que puedan afectar la implementación.

Colombia, Proyecto de intervención temprana de caracterización química de las drogas sintéticas que circulan en Bogotá⁴, concluye en lo siguiente:

1. Los estudios e investigaciones indican un aumento en el consumo de Drogas Sintéticas (DS) por parte de la población joven.
2. Todas las DS incautadas se reportan al ODC como Éxtasis.
3. No se habían llevado a cabo estudios técnico-científicos que permitieran conocer las adulteraciones de las DS.

³ SG-CAN-UE-CONALTID. Informe final descriptivo del Proyecto de Intervención Temprana respecto al consumo de drogas sintéticas y otras drogas en jóvenes de 15 a 25 años (varones y mujeres) de las ciudades de La Paz, Oruro y Tarija. 2010. La Paz, Bolivia. 2010.

⁴ SG-CAN-UE-DNE. Informe final descriptivo del Proyecto de Intervención Temprana caracterización química de las drogas de síntesis que circulan en Bogotá. 2010. Bogotá, Colombia. 2010.

4. No se han desarrollado procesos de intervención con base en las DS que se consumen en el país.
5. Se deben diseñar los programas de intervención en base a datos científicos.
6. Se ha validado un programa de Reducción de la Demanda con base en los resultados encontrados en Bogotá.

Ecuador, Proyecto de Intervención Temprana⁵, logró:

1. 4 municipios involucrados,
2. 48 establecimientos de Quito (16), Guayaquil (16), Cuenca (8) y Manta (8), públicos y privados, involucrados,
3. 13,894 estudiantes, maestros y padres de familia, beneficiarios directos,
4. 30,000 estudiantes y maestros y padres de familia, beneficiarios indirectos,
5. 48 piezas comunicacionales (trípticos, volantes, afiches entre otros), producidas,
6. Costo de 16 dólares, establecido para inversión en prevención.

Perú, "Proyecto de Intervención Temprana en el ámbito educativo"⁶, dirigido a prevenir el consumo de drogas en general, y de drogas sintéticas en particular, habiendo logrado lo siguiente:

1. 4 Instituciones Educativas (IIEE) comprometidas en la tarea de prevención que darán continuidad a la intervención realizada con el Proyecto.
2. 81 docentes de áreas curriculares y 58 docentes tutores han sido capacitados en materia de prevención del consumo de drogas en general, y de drogas sintéticas en particular.
3. 16 sesiones de aprendizaje y tutoría en materia de prevención del consumo de drogas, desarrolladas en las 4 IIEE.
4. 68 líderes estudiantiles capacitados para el desarrollo de acciones de prevención del consumo de drogas con sus pares.

5. 15 acciones preventivas desarrolladas por los estudiantes líderes que han involucrado la participación de 326 estudiantes, con la finalidad de sensibilizar y tomar conciencia sobre el problema.
6. 326 padres y madres de familia han participado de las acciones de información y sensibilización respecto al consumo de drogas en las 4 IIEE.
7. 61 estudiantes de las 4 IIEE involucradas en el proyecto han participado activamente de los talleres socio-educativos con la finalidad de desarrollar competencias para enfrentar el problema del consumo de drogas.
8. Se han conformado 4 brigadas de protección escolar, involucrando y comprometiendo la participación de 24 padres y madres de familia en la tarea de control y vigilancia en los alrededores de las IIEE.
9. Se ha promovido la participación de instituciones públicas como las Municipalidades y Policía Nacional del Perú, con la finalidad de fomentar la articulación de vigilancia y control.

Los cuatro proyectos de intervención temprana se sometieron a evaluación, obteniendo como resultado la valoración general "in situ". En ese contexto se procedió a: (1) realizar una primera revisión de carácter general de los productos obtenidos; (2) una entrevista con los solicitantes del producto o demandantes, en la cual, entre otros temas, se abordaron diversos aspectos relacionados con estos tipos de productos; (3) una entrevista con el ejecutor o responsable de la elaboración/ejecución de los productos; (4) una primera valoración general de los resultados obtenidos; (5) sugerencia de pasos futuros.

EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS PERMITIÓ RECONOCER AVANCES EN LA REGIÓN

El intercambio de experiencias se implementó a través de dos estrategias: una de visitas a programas y otra de concurso regional.

⁵ SG-CAN-UE-CONSEP. Informe final descriptivo del Proyecto Intervención Temprana en establecimientos educativos de Quito, Guayaquil, Manta, Cuenca y Loja, 2010. Quito, Ecuador. 2010.

⁶ SG-CAN-UE-DEVIDA. Informe final descriptivo del Proyecto de Intervención Temprana respecto al consumo de drogas sintéticas y otras drogas en jóvenes de 15 a 25 años (varones y mujeres) de las ciudades de La Paz, Oruro y Tarija. 2010. Lima, Perú. 2010.

Se visitaron cinco experiencias: CARISMA y SURGIR en Medellín, Colombia; DEVIDA en Lima, Perú; y el Viceministerio de seguridad en Guayaquil, Ecuador, recibieron a profesionales y técnicos de los Países Miembros para compartir experiencias sobre programas preventivos en los distintos ámbitos de trabajo, además de programas de tratamiento. En Ecuador se discutió el nuevo contexto legal de ese país y los nuevos escenarios internacionales sobre la problemática de las drogas. Los beneficiarios fueron distintos profesionales e instituciones de los cuatro Países Miembros.

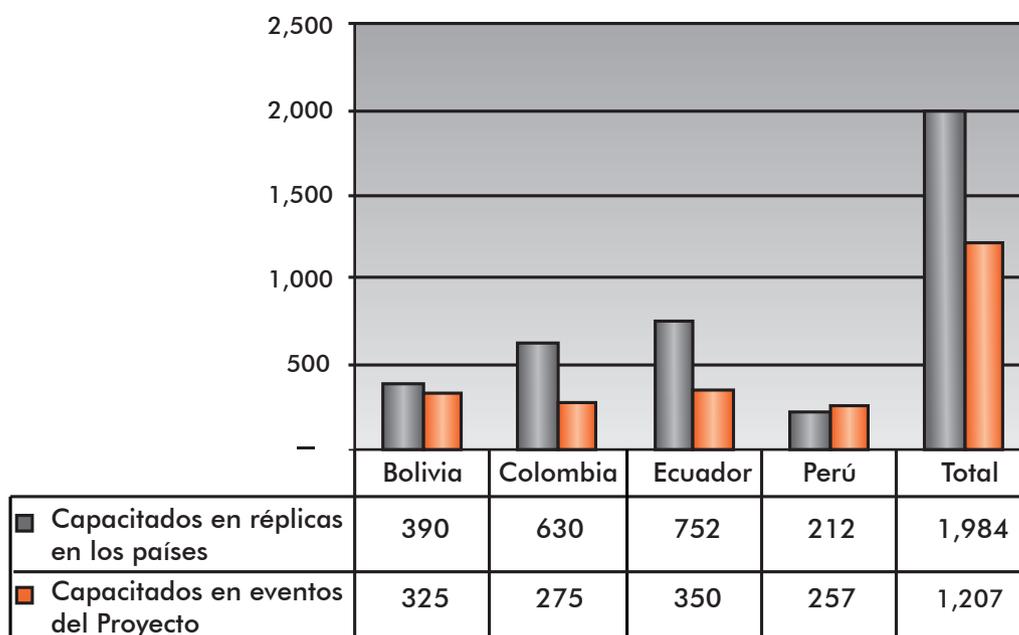
El concurso regional concluyó con un encuentro en Lima, en el que la experiencia seleccionada como ganadora, expuso las características de su trabajo de tratamiento con enfoque de género, esto a su vez dio paso a una mirada de experiencia de Chile, país vecino, y de las políticas de género en la región. A manera de conclusión quedó abierta la

invitación a trabajar en redes que permitan estos espacios de intercambio de experiencias, análisis del quehacer con perspectiva de género y reflexión sobre la direccionalidad de las políticas y que el abordaje con perspectiva de género lleve a pensar en los límites que se construyen en las intervenciones.

LA CAPACITACIÓN COMO FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

El proyecto logró capacitar, de forma directa e indirecta, a cerca de 3,196 profesionales, representantes de 200 instituciones, de salud, educación, policía, aspectos legales y aduanas, entre otros, con información especializada en relación a la problemática de las drogas sintéticas y temas afines, tanto en la capacitación directa (1,212) como por efecto cascada (1,984) a través de 66 réplicas desarrolladas en cada uno de los países.

Figura 5. Número de capacitados en eventos del proyecto y efecto de las réplicas, según país

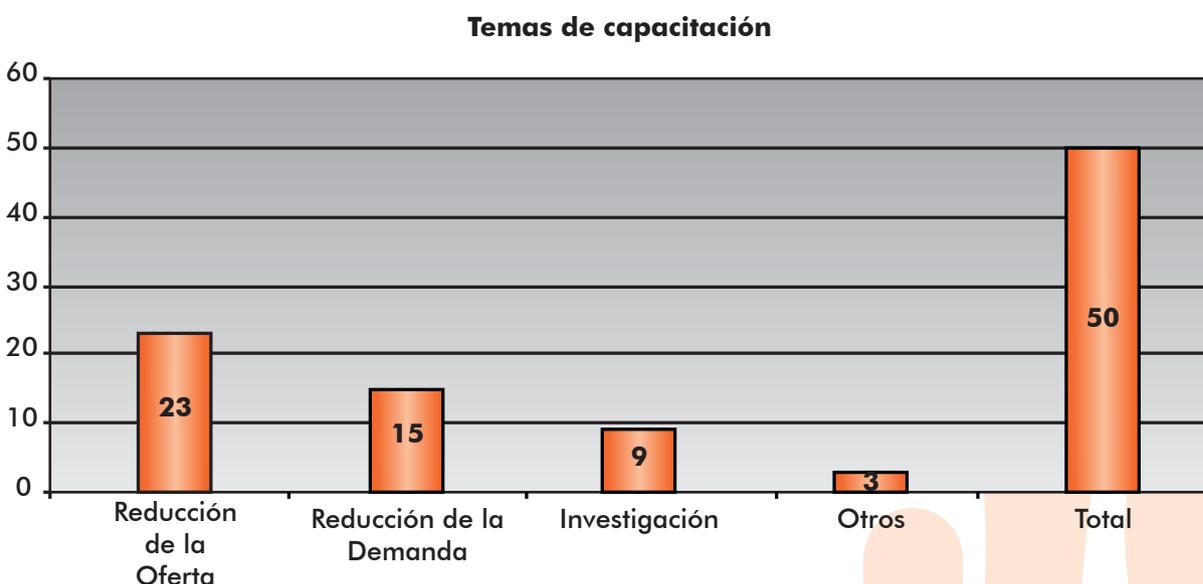


Fuente: CAN-Unión Europea. **Informe Final Proyecto DROSICAN, 2010**. Lima, Perú 2010.

Los contenidos de 50 eventos de capacitación de las áreas de oferta (23), demanda (15), observatorio (herramientas de investigación) (9) y fortalecimiento institucional (3) desarrollados a partir de consultorías contratadas por el proyecto DROSICAN dentro de la Asistencia Técnica

Internacional, o bien con la presencia de profesionales internacionales con costos cubiertos por el Proyecto, durante un período aproximado de veinte meses, entre septiembre de 2008 y febrero (17) de 2010.

Figura 6. Número de actividades de capacitación desarrolladas según áreas de intervención en los Países Miembros de la CAN



Fuente: SG-CAN-Unión Europea. **Informe Final Proyecto DROSICAN, 2010.** Lima, Perú 2010.

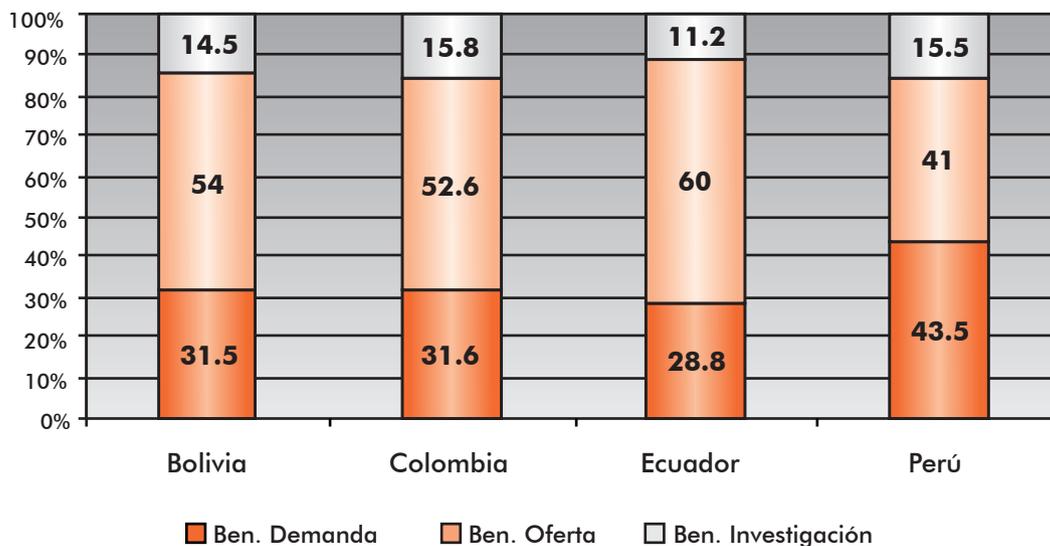
Los 50 eventos de capacitación reflejan el esfuerzo en materia de capacitación a los cuadros técnicos y administrativos de los Países Miembros, lo que ha sido muy significativo. De hecho, esta situación se destaca en el Informe de Medio Período en el cual se afirma que los procesos de capacitación han promovido un nivel de conocimientos superior y un aumento de la capacidad técnica de los Países Miembros de la CAN.

Cabe indicar, no obstante el logro anotado, que siempre será necesario hacer el seguimiento o evaluación respectivos que permita determinar el grado de aplicación de dichos conocimientos y el

momento oportuno para promover una actualización de los mismos, en especial en el terreno de las drogas de síntesis, siempre sujeto a transformaciones de muy diverso orden, incluida la entrada en escena de nuevas drogas.

El porcentaje de beneficiarios de los eventos de capacitación puede resumirse en la Figura 7, en la que se advierte que la participación por temas difiere. Por ejemplo, Bolivia y Ecuador asistieron con mayor cantidad de profesionales y técnicos, principalmente en temas de oferta; Colombia y Perú en demanda y todos tuvieron una participación homogénea en temas de investigación.

Figura 7: Distribución porcentual de los beneficiarios por país, según área de capacitación

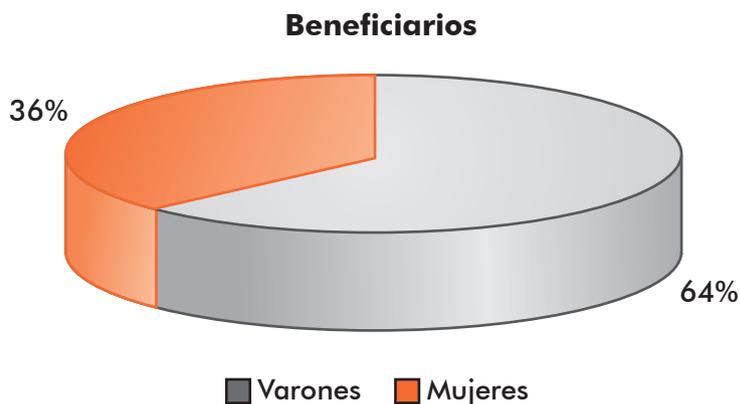


Fuente: Conseil Sante. Informe Final ATI DROSICAN, Agosto de 2008-Marzo de 2010. Lima, Perú. 2010.

La participación por género no pudo establecer una estrategia de discriminación positiva, debido a la conformación de grupos de trabajo que responden a patrones externos, como por ejemplo que en

el área de oferta trabajan más varones, en demanda más mujeres, aspecto que es más homogéneo en investigación.

Figura 8: Porcentaje de beneficiarios, por sexo



Fuente: Conseil Sante. Informe Final ATI DROSICAN, agosto de 2008 a marzo de 2010. Lima, Perú. 2010

Las capacitaciones tuvieron el apoyo de expertos internacionales de corto plazo para misiones específicas de apoyo, cuyo número, lugar, fechas y plazos de participación se determinaron en los POA's 1 y 2. Concretamente, entre los meses de octubre de 2008

y diciembre de 2009, se involucraron un total de 28 consultores ATI con 347 días de trabajo.

En el área de **reducción de la demanda** se abordaron 17 eventos de capacitación, de los cuales se presenta una sistematización, en la siguiente tabla.

Tabla 4. Eventos de capacitación en temas de demanda, según años 2008, 2009 y 2010

EVENTOS DE CAPACITACIÓN		
2008	2009	2010
Prevención a jóvenes en lugares de carrete, prevención en ámbito comunitario Santiago de Chile, 2 y 3 de octubre de 2008.	Taller de prevención, diagnóstico y tratamiento en drogas sintéticas. Quito, Ecuador, 16 al 27 de febrero de 2009.	Pasantía en modelos de intervención temprana: República Checa (Programas de Metadona Centro Elysium, Centro Kontaktní, Praga y Olomouc).
Prevención de riesgos de consumo de drogas y reducción de daños (invitado Chile) (5), pasantía observatorios OEDT, Lisboa 24 al 26 de noviembre de 2008.	Curso prevención del consumo de drogas sintéticas Perú 1 al 5 de junio, 2009.	Pasantía en modelos de intervención temprana: España (Programa ABD, Barcelona), enero de 2010.
Pasantía observatorio PNSD 27 y 28 de noviembre de 2008.	Curso prevención del consumo de drogas sintéticas Ecuador 8 al 12 de junio, 2009.	
	Curso prevención del consumo de drogas sintéticas Bolivia 15 al 19 de junio, 2009.	
	Curso prevención del consumo de drogas sintéticas Colombia 23 al 27 de junio, 2009.	
	Curso tratamiento del consumo de drogas sintéticas Perú 6 al 10 de julio de 2009.	
	Curso tratamiento del consumo de drogas sintéticas Bolivia: La Paz 13 al 15 y Cochabamba 16 al 17 de julio de 2009.	



	Curso tratamiento del consumo de drogas sintéticas Ecuador 20 al 24 de julio de 2009.	
	Curso tratamiento del consumo de drogas sintéticas Colombia 27 al 31 de julio de 2009.	
	Riesgos socio-sanitarios, Quito, Ecuador octubre de 2009.	
	Riesgos socio-sanitarios La Paz, Bolivia octubre de 2009.	
	Riesgos socio-sanitarios Lima, Perú noviembre de 2009.	

Fuente: SG-CAN-Unión Europea. Informe Final Proyecto Apoyo a la Comunidad Andina en el área de Drogas Sintéticas (ALA/ 2005 17 652). Lima, Perú. 2010.

Asimismo 14 de las sub-actividades contaron con el apoyo de la ATI, con 8 consultores como se detalla en la Tabla 5

Tabla 5. Asistencia Técnica Internacional para el área de reducción de la demanda, según acciones y consultores

Nro.	Nombre de la acción	Detalle días ATI	Lugar y Fecha	Consultores
1	Curso Reducción de la demanda/Reducción de Riesgos	8	Bogotá, Colombia 18-28/11/08	1. Jindrich Voboril - Rep. Checa
2	Curso Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en drogas sintéticas	12,5	Quito, Ecuador, 16 al 27/02/09	2. Milton Rojas - Perú
3	Curso Reducción de la demanda en el área de Prevención (específica).	24	Lima, Perú 1 al 5/06/09	3. Luis Patricio: Portugal
4			Quito, Ecuador 8 al 12/06/09	
5			La Paz, Bolivia 15 al 19/06/09	
6			Bogotá, Colombia 23 al 26/06/09	



7	Curso Reducción de la demanda en el área de Tratamiento.	27	Lima, Perú 6 al 10/07/09	4. Jindrich Voboril: Rep. Checa
8			La Paz, Bolivia, 12 al 16/07/09	
9			Quito, Ecuador 19 al 23/07/09	
10			Bogotá, Colombia 26 al 30/07/09	5. Guillermo Castaño
11	Taller sobre Riesgos Socio-sanitarios asociados a las drogas sintéticas.	12	Quito, 19 y 20/10/09	6. Eduardo Hidalgo: España
12			La Paz, 22 y 23/10/09	7. Josep Rovira: España
13			Lima, 26 y 27/10/09	
TOTAL		83,5		6 consultores ATI

Fuente: Consejo Sante. Informe Final ATI DROSICAN, agosto de 2008 a marzo de 2010. Lima, Perú. 2010

Es conveniente apuntar lo referido a riesgos socio-sanitarios con contenidos sobre los potenciales problemas asociados al consumo de drogas (en este caso de síntesis) que, bien a nivel individual bien a nivel comunitario bien a ambos niveles, pueden incidir negativamente sobre la salud (física o psíquica), el orden público, la economía, la justicia y el quebrantamiento de la ley, etc.

Con los antecedentes anteriormente reseñados, **cabe señalar que la estrategia básica de intervención debiera considerar la prevención selectiva y la difusión de información sobre las sustancias sintéticas, con inclusión de la línea telefónica y la Internet⁷** para favorecer una mejor diseminación, al considerar el perfil de los usuarios.

Al tenerse en consideración la importancia del contexto, cabe entonces esperar también una suerte de intervenciones sobre los sitios donde ocurre el consumo.

En el marco del proyecto DROSICAN, también se ha visto como estrategia de intervención la de reducir

los daños asociados con el consumo de drogas recreativas en contextos de baile⁸.

La información sobre las sustancias debe tomar en cuenta los resultados encontrados en el Estudio de caracterización química de las drogas sintéticas, realizado en Bogotá, que evidenció en las drogas analizadas la presencia de un sin fin de sustancias y, en menor cantidad, éxtasis.

En el área de reducción de la oferta -medidas de control- se desarrollaron 23 eventos de capacitación, de los cuales se presenta la sistematización. Asimismo, 20 de las sub-actividades contaron con el apoyo de 12 consultores internacionales de la ATI, como se detalla en la Tabla 9. Se debe hacer hincapié en el apoyo de 8 profesionales tanto para el Simposio "Entregas controladas, investigadores encubiertos y confidentes" (5 alemanes) como para el "Curso de desvío y nuevas rutas de los precursores de drogas sintéticas" (de otras 3 nacionalidades: argentina, brasilera y chilena).

⁷ Ambas experiencias en este momento son aplicadas por DEVIDA, por lo cual se puede solicitar resultados del programa Habla Franco o visitar www.hablafranco.gob.pe.

⁸ Pasantías en Chile (2008), República Checa y España (2010), programas Ilumina tu carrete, de reducción de daños.

Tabla 6. Asistencia Técnica Internacional para el área de reducción de la oferta, según acciones y consultores

Nro.	Nombre de la acción	Detalle días ATI	Lugar y fecha	Consultores
1	Curso Control y fiscalización aduanera de Drogas Sintéticas	24,5	Bogotá 16-24/10/2008	1. Jesús Correa: Colombia
2			Lima - 3-7/11/2008	
3			Guayaquil 10-14/11/2008	
4			La Paz 17-21/11/2008	
5	Curso II - Control y fiscalización aduanera, máquinas y elementos para la producción de drogas sintéticas, taller aplicado.	26	Desde 28 de abril al 5 de junio de 2009 Santa Cruz, Bolivia	2. Jesús Correa: Colombia
6			Puerto Suárez, Bolivia	
7			La Paz, Bolivia	
8			Desaguadero, Bolivia	
9			Bogotá, Colombia	
10			Cúcuta, Colombia	
11			Cartagena, Colombia	
12			Quito, Ecuador	
13			Guayaquil, Ecuador	
14			Tulcán, Ecuador	
15			Huaquillas, Ecuador	
16			Lima, Perú	
17			Piura, Perú	
18			Tumbes, Perú	

19	Curso Análisis de drogas de síntesis: aspectos forenses y criminalísticos.	25	Bucaramanga, Colombia del 16 al 19 de junio de 2009	3. Alejandro Reyes 4. William Garzón 5. Rafael Osorio 6. Néstor Florián: Colombia 7. Elena Stashenko (Rusia)
20	Curso Taller Detección y desmantelamiento adecuados de laboratorios de drogas de síntesis y manipulación adecuada de precursores químicos.	25	Santa Marta, Colombia, del 24 al 28 de agosto de 2009	8. Mario Cuartas 9. Alejandro Reyes, William Garzón 10. Rafael Osorio 11. Néstor Florián: Colombia
21	Legislación y Normativas sobre Drogas Sintéticas	5,5	Quito, Ecuador; 14 al 16 de octubre de 2009	12. Luis Lamas: Perú
TOTAL		6	12 consultores ATI	

Fuente: Conseil Sante. Informe Final ATI DROSICAN, agosto de 2008 a marzo de 2010. Lima, Perú. 2010.

El cumplimiento de las Decisiones 505 y 602, relativas al imperativo de proteger el territorio comunitario frente al desvío de precursores para la fabricación ilícita de sustancias y el ingreso de drogas sintéticas, constituye otro aspecto de vital importancia, cuyos extremos más relevantes fueron cubiertos de manera amplia y pormenorizada durante las jornadas de capacitación que se impartieron a personal relacionado con el tema aduanero en los cuatro Países Miembros.

En el marco de la capacitación sobre fiscalización aduanera, se había constatado que ni los entes policiales o aduaneros, ni los judiciales o los de salubridad, estaban en condiciones de responder de manera adecuada frente a lo que se definió como la "amenaza del ATS" (Informe ATI: J. Correa). Así, el control y fiscalización aduaneros están llamados a constituir una iniciativa relevante dentro de una estrategia integral o comprensiva para el control de la oferta y la demanda de drogas sintéticas.

De acuerdo con los resultados y recomendaciones de los contenidos de capacitación de Fiscalización I

y II, cabe resaltar que las nuevas experiencias, producto de la realidad de cada país, puedan tener un efecto multiplicador que permita la expansión de lo tratado a todas las instancias involucradas directa o indirectamente.

La existencia de diferentes estamentos para armonizar y uniformar diversas facetas del tema aduanero en los países andinos (armonización de regímenes aduaneros, adopción del documento único aduanero, plan de lucha contra la corrupción, programa estadístico comunitario), en virtud de las Decisiones de la Comisión de la Comunidad Andina y del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores (SICE, 2008), podrían facilitar el desarrollo e implementación de los aspectos legales, reglamentarios y de procedimientos para el control del tráfico de sustancias sintéticas así como el de precursores en los países andinos.

Así, sería viable el diseño, entre otros, de requerimientos tecnológicos comunes, cuando proceda, que resultan esenciales para el desarrollo adecuado de la labor de control, según lo informaron los consultores de manera específica.

Los países con mayor desarrollo en estas áreas deberían apoyar o, eventualmente, liderar procesos de capacitación continua para los demás.

En los aspectos forenses y criminalísticos de drogas de síntesis, en el marco del Proyecto DROSICAN, se intercambiaron experiencias que redundaron en la concreción de objetivos comunes para la puesta en marcha de programas y acciones en pro de la lucha contra las drogas, con énfasis en las drogas sintéticas; asimismo, se generó un espacio de discusión que desde lo operativo-interdictivo y criminalístico permita afianzar los niveles de cooperación técnica existentes actualmente.

En este sentido y de acuerdo con lo establecido por la Convención de Viena de 1988, en el Artículo 9. OTRAS FORMAS DE COOPERACION Y CAPACITACIÓN.... 2. "...Cada una de las partes, en la medida necesaria, iniciará, desarrollará o perfeccionará programas específicos de capacitación destinados a su personal de detección y represión o de otra índole..."⁹, el Proyecto consideró de vital importancia continuar con el desarrollo de las acciones que permitan el fortalecimiento institucional y el desarrollo de procesos de capacitación y entrenamiento de alto nivel.

En la medida que ya se ha comprobado el tráfico y consumo de drogas de síntesis en la Región Andina, las entidades de apoyo y coordinación de las políticas de drogas deben informar a los agentes de control de los Países Miembros sobre la amenaza que representa la producción y tráfico de nuevas sustancias psicotrópicas y aunar esfuerzos comunes en la lucha contra las drogas.

En relación con los insumos y precursores que se utilizan para la síntesis de los estimulantes de tipo anfetamínico, se debe tener en cuenta que las autoridades de todos los países de la Región Andina se encuentran en franca desventaja en relación con el conocimiento que tienen sus homólogos en otras partes del mundo.

Ahora bien, es cierto que esta debilidad en el conocimiento es el resultado de la no producción de

estas drogas en nuestra región; sin embargo y debido entre otros factores como la globalización, los márgenes financieros de estas drogas, la facilidad para la consecución de los precursores, los diferentes tipos de síntesis orgánica utilizados para su producción, entre otros, se prevé que en poco tiempo pueda llegar a presentarse un desplazamiento hacia los mercados de consumo de la región.

Se espera, a través de esta propuesta, adquirir y afianzar los conocimientos sobre las técnicas para el manejo, transporte y disposición final de sustancias químicas incautadas, y llevar nuestra experiencia a los países interesados. Sólo de esta manera será posible llegar a determinar acciones preventivas que permitan minimizar el riesgo sobre la salud humana y el medio ambiente, de tal forma que les permita a los países desarrollar instrumentos técnicos y ajustar las regulaciones para el manejo de estas sustancias.

Así las cosas, en el Proyecto se consideró importante que los químicos forenses y peritos especializados en el tema de las drogas ilícitas, puedan intercambiar información y conocimientos relacionados no solamente con los precursores e insumos químicos utilizados en los diferentes procesos de síntesis orgánica, sino también sobre las técnicas criminalísticas y forenses que en la región puedan llegar a implementarse, validarse y estandarizarse en protocolos de aplicación regional.

La aparición de las drogas de síntesis y diseño en los países andinos es reciente, razón por la cual las autoridades encargadas del control desconocían, en líneas generales, todos los antecedentes relacionados con estas sustancias, ya sea desde el punto de vista de la producción y tráfico, como en los aspectos inherentes a sus presentaciones, precursores químicos, efectos fisiológicos, entre otros.

Es importante destacar que en los eventos de capacitación en el área de Investigación se ejecutó el mayor número de días de consultores de la Asistencia Técnica Internacional de corto plazo, con

⁹ NACIONES UNIDAS 1989 "Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas", p. -25-.

134,5 días de consultoría en total y el trabajo de 18 consultores en diversos ámbitos de la investigación y la capacitación para la implementación de Proyectos de Intervención Temprana y la evaluación

de los mismos. Todo ello contribuyó al fortalecimiento de los Observatorios Nacionales de Drogas de los PPMM y a la implementación, en el futuro, de un probable Observatorio Andino de Drogas.

Tabla 7. Asistencia Técnica Internacional para el área de Investigación, según acciones y consultores

Nro.	Nombre de la acción	Detalle días ATI	Lugar y fecha	Consultores
1	Curso I Metodologías de Investigación Cualitativas	7	La Paz, Bolivia 8-12 Dic. 2008	1. Mauricio Sepúlveda: Chile
2	Capacitación a los Países Miembros para la Planificación y la elaboración de proyectos de Intervención temprana.	42	26 de marzo al 8 de abril en Bolivia.	2. Graciela Ahumada: Argentina
3			23 de marzo al 03 de abril de 2009 en Ecuador	3. Mario Eguía: Bolivia
4			24 de marzo al 06 de abril en Colombia.	4. Carolina Bruce: Chile
5			23 de marzo al 03 de abril de 2009 en Perú	5. Milton Rojas: Perú
6	Curso Taller Metodologías Cuantitativas aplicados a la investigación de problemática de drogas sintéticas	27,5	Piura, desde el 17 al 21 de agosto de 2009	6. José Roa: Colombia 7. Francisco Cumsille: Chile 8. Fernando Salazar 9. Inés Bustamante: Perú
7	Parte II - Métodos y Técnicas Cualitativas aplicados a la investigación de la problemática de drogas sintéticas	28	Medellín, Colombia; del 21 de agosto al 4 de septiembre de 2009	10. Mauricio Sepúlveda: Chile 11. Francisco Jeanneret 12. Cristian Pérez: Chile 13. Andrea Latorre: Uruguay
8	Encuentro andino de expertos en drogas sintéticas ilegales, con participación de expertos internacionales	15	Cusco, Perú; 25 al 27 de noviembre de 2009	14. William Garzón: Colombia 15. Josep Rovira. 16. Noelia Llorens: España
9	Taller sobre Métodos para recogida rápida de información sobre drogas	15	La Paz, Bolivia; 15 al 18 de diciembre de 2009	17. Gregorio Barrio 18. Noelia Llorens: España
TOTAL		134,5		

Fuente: Conseil Sante. Informe Final ATI DROSICAN, agosto de 2008 a marzo de 2010. Lima, Perú. 2010.

Los informes de los cursos y todas las consultorías realizadas se encuentran disponibles en el portal Web de la SG-CAN, en la ventana correspondiente al proyecto DROSICAN.

<http://www.comunidadandina.org/DS.htm>.

Se debe destacar que el Proyecto potenció la experticia de profesionales de la región, principalmente de nacionalidad colombiana, en temas de oferta: chilena en investigación, peruana en demanda e investigación.

De la experiencia de capacitación desarrollada dentro del Proyecto DROSICAN, otro aspecto detectado como importante se refiere a las estrategias utilizadas para la selección de los participantes, ya que cada programa de capacitación contó con base de perfiles profesionales específicos u otros requisitos atinentes a su formación, experiencia, destrezas y compromiso con los objetivos institucionales.

7. CONCLUSIONES

Cabe anotar algunas particularidades a manera de conclusiones.

Fortalezas:

1. Se ha podido evidenciar el consumo de drogas sintéticas, éxtasis en particular, a través de los estudios cuali-cuantitativos.
2. Los equipos de los países han demostrado capacidad de trabajo, bajo presión de tiempo y calidad de las acciones, demostrando una exigencia hacia cada uno de los productos por considerarlos de importancia para el futuro, lo que refleja responsabilidad y profesionalismo.
3. La capacitación sistematizada y organizada permite mejores resultados y optimiza la calidad de los eventos (En el proyecto se abordó principalmente en la capacitación la debilidad en el control de precursores y la inexistencia de metodologías estandarizadas y validadas para análisis forenses y criminalísticos de los precursores químicos y de las drogas sintéticas ilegales).
4. Es importante contar con información sistemática, que permita optimizar los recursos en las intervenciones -demanda y oferta-.
5. Es posible identificar varias fuentes para la obtención del dato, que permitan aportar a la descripción de la realidad con relación al tema de interés, considerando que la información es igual a acopio, sistematización, análisis, difusión, acción.

Oportunidades

6. El proyecto ha fortalecido institucionalmente a equipos y recursos humanos identificados por cada uno de los países (Se ha trabajado así sobre la debilidad/ausencia de experticia en la reducción de la demanda de drogas sintéticas ilegales, en el control de precursores y la inexistencia de metodologías estandarizadas y validadas para análisis forenses y criminalísticos de los precursores químicos y de las drogas sintéticas ilegales).
7. Se han conocido experiencias tanto de los países andinos como europeos que han generado un reconocimiento tanto a los profesionales que laboran en esos campos como a las políticas que las promueven (Se ha abordado así la debilidad/ausencia de experticia en la reducción de la demanda de drogas sintéticas ilegales).

Debilidades

8. Los observatorios de drogas aún están en ciernes y son un tema pendiente en los países y en la región.
9. En los cuatro países aún existe debilidad en el área de investigación, por lo cual es necesario proponer acciones a mediano o largo plazo para su fortalecimiento.

Amenazas

10. Los cambios en los marcos legales dejan coyunturas inertes, que no permiten avance ni discusión de ciertas temáticas en los equipos locales (Se debe recordar que la **Debilidad normativa** fue nombrada en la formulación del POG, sin embargo no se analizó que es un factor externo, que su abordaje directo responde a definiciones de carácter político).

11. Los programas preventivos no son evaluados.

VI. LECCIONES APRENDIDAS

Esta sección incluye las lecciones aprendidas en el devenir del proyecto, proceso de ejecución, y los efectos sinérgicos no planificados o no esperados o no planteados en las hipótesis de riesgo, centradas en los términos del marco lógico.

- ✍ La coordinación con los beneficiarios y el empoderamiento como sujetos de intervención favorece la planificación y ejecución de la programación de acciones que los involucra.
- ✍ El enfoque integral facilita el trabajo en equipo y redundante en el fortalecimiento institucional.

- ✍ El trabajo conjunto en el Estudio epidemiológico andino en población universitaria, es un ejemplo para resaltar las buenas prácticas en materia de investigación sobre drogas. Este Estudio se convierte en el primero realizado en la región andina y en Sudamérica, que aborda con especificidad el consumo y los principales factores de riesgo, en un grupo de población altamente vulnerable al uso y abuso de las drogas sintéticas.
- ✍ El intercambio de experiencias es otro ejemplo para resaltar las buenas prácticas en materia de capacitación en las áreas de oferta y demanda de drogas.
- ✍ Las contrataciones no deben concentrarse en una sola empresa o institución, puesto que los calendarios y cronogramas de trabajo son distintos en los cuatro países afectándose en magnitud el desfase de uno sobre los resultados finales. Por lo cual tiempos de 2 o 4 meses son insuficientes para coordinar y/o elaborar productos regionales, bajo un contrato de trabajo simultáneo en los cuatro países.
- ✍ El seguimiento debe implicar un espacio de análisis de avances y resultados.



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO SOBRE CONSUMO DE DROGAS SINTÉTICAS EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA: RESUMEN DE PRINCIPALES RESULTADOS A NIVEL REGIONAL Y COMPARACIÓN CON ESTUDIO DE CANADÁ

Juan Carlos Araneda Ferrer*
Francisco Cumsille Garib**

Introducción

Si bien la población en edad juvenil ha sido catalogada de riesgo para el uso y abuso de drogas, existiendo importante evidencia investigativa para corroborarlo¹, hay escasa información que indague específicamente acerca de este tema en los jóvenes universitarios. Mucho más difícil aún es encontrar información específica acerca del consumo, abuso y factores asociados con drogas sintéticas entre dichos jóvenes. La revisión bibliográfica al respecto permite encontrar algunas series de estudios en países desarrollados, fundamentalmente en Canadá y Estados Unidos.

El *Canadian Campus Survey* (2004) indica que el 8,3% de los estudiantes de Canadá ha usado éxtasis (MDMA), un 7,7% anfetaminas, 6,2% LSD y 2,6% "drogas de fiesta" (Ketamina y GHB) alguna vez en la vida, esto es, una prevalencia considerablemente más alta que el 4,7% que ha consumido cocaína alguna vez, pero notoriamente más baja que el 51,4% de estudiantes que usó cannabis alguna vez en la vida. No obstante, en las prevalencias de último año los datos no muestran grandes diferencias, con consumos de 2,5% de éxtasis y 2,6% de anfetaminas, que se comparan con un 2,1% de prevalentes de último año para cocaína. El estudio indica también que 32,1% de los estudiantes consumió cannabis en el último año y 16,7% lo usó en el último mes.

El citado estudio muestra que en Canadá el problema con el alcohol en universitarios es un asunto preocupante. Los resultados indican que el 77,1% consumió alcohol en el último mes², con una tasa de consumo excesivo³ de alcohol de 16,1%. Asimismo, el 31,6% presentó uno o más síntomas de dependencia al alcohol, medido en términos del *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)⁴.

De la misma forma, en la Universidad de Cornell, la *Cornell Alcohol and Other Drug Related Survey* (2005) muestra la siguiente tendencia en 2000, 2003 y 2005 para el "Bebedor Reciente en Fiestas"⁵: 42%, 47,7% y 44,9% respectivamente. Dicha tasa es comparada con el 48,5% para los estudiantes universitarios de los Estados Unidos de América.

Los análisis de la *Canadian Campus Survey* entregan también algunos resultados importantes sobre factores de riesgo y protección asociados al uso de alcohol. El patrón de uso habitual de los estudiantes de pregrado estuvo significativamente relacionado a su forma de vivir. El beber en forma excesiva y frecuente fue significativamente más alto entre aquellos que viven en el campus (24,1%) comparado con el 16,8% de aquellos que viven fuera del campus sin familia, y el 12,0% de aquellos que viven con su familia. A nivel general, el 18,5% y el 6,6% de los estudiantes de pregrado reportaron consumir 5 o más y 8 o más bebidas en una única

* Magíster en Psicología Social por la Universidad de Santiago de Chile, Psicólogo Clínico, Consultor Internacional en temas relacionados con drogas. Fue el jefe de la Asistencia Técnica Internacional de Conseil Santé para el proyecto DROSICAN, en la SG-CAN. Por más de diez años fue jefe del Observatorio Chileno de Drogas de CONACE, Ministerio del Interior, Chile.

** Dr. PH. University of North Carolina at Chapel Hill, Bioestadístico, con una vasta experiencia en investigación e implementación de estudios en el área de drogas. Fue por más de diez años Sub Director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Actualmente es el Jefe del Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD/OEA, en Washington D.C.

¹ Las encuestas sobre drogas en población general, en aquellos países que las realizan, dan cuenta de que el grupo etario de mayor consumo de drogas se encuentra, generalmente, entre los 18 y 25 años de edad.

² En todo el artículo se utiliza el concepto de prevalencia para expresar la tasa de consumo de una droga en un período determinado de tiempo: alguna vez en la vida, alguna vez en el último año o en el último mes. En estos dos últimos casos se refiere al año o mes inmediatamente anterior a la realización del estudio.

³ Consumo habitual de más de 5 vasos diaria y semanalmente.

⁴ El test AUDIT es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para el diagnóstico de alcoholismo. Es un cuestionario heteroaplicado, que puede ser administrado por personal auxiliar previamente entrenado para su uso.

⁵ Se refiere a quienes tomaron 5 o más vasos en un mismo lugar en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta.

ocasión, una vez cada dos semanas o más frecuentemente⁶. Los hombres mostraron más probabilidades de presentar estos patrones de bebida que las mujeres. Los estudiantes que viven en el campus mostraron 2,1 veces más probabilidades de reportar consumo episódico fuerte comparado con estudiantes que viven con su familia. La bebida en los estudiantes estuvo significativamente relacionada con su forma de vida. Comparados con los estudiantes que viven con la familia, los estudiantes que viven en el campus y los que viven fuera del campus sin la familia beben más seguido y en mayor cantidad.

Antecedentes

Los objetivos del Proyecto DROSICAN fueron "apoyar a la Comunidad Andina (CAN) en función de conseguir información objetiva, fiable y comparable", "contribuir a que sus Países Miembros tengan una visión de conjunto y construyan políticas públicas en la lucha contra las drogas ilícitas", además de "proponer metodologías y herramientas que permitan prevenir y controlar los posibles efectos de la oferta y la demanda de drogas sintéticas en los países de la CAN".

En el marco del citado proyecto, que contó con **financiamiento y apoyo de la Comisión Europea**, entre enero y octubre de 2009 la SG-CAN, a través del equipo responsable del proyecto DROSICAN, gestionó la realización de una encuesta en universitarios, basado en el modelo de los estudios realizados en Canadá y Estados Unidos, y cuya metodología ya ha sido difundida en Sudamérica por el Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD/OEA. Conforme a ello y a través de un proceso de licitación, se contrataron los servicios de esta última institución, para la ejecución del **Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú**.

Ficha Técnica del Estudio

- Estudiantes de universidades públicas y privadas de los cuatro países andinos, de ciudades con población de 300.000 habitantes o más, con al menos 60% de población urbana.
- Universitarios fundamentalmente de 18 a 25 años de edad, de distintas carreras.
- Muestreo aleatorio y en dos etapas: selección de universidades en cada país y luego selección de estudiantes en cada universidad.
- 10 universidades seleccionadas en cada país.
- n = 21.857 ingresos válidos, universitarios de ambos sexos, con 4.245 casos válidos en Bolivia, 7.803 en Colombia, 4.997 en Ecuador y 4.812 en Perú.
- Trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información: Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la CICAD/OEA.
- Tipo de cuestionario: estandarizado, con formato auto-administrado, contestado en una Web Page vía On Line, entre el 11 de mayo y el 16 de agosto de 2009.
- Con un nivel de confianza de un 95%, considerando 1,65% de error.

PRINCIPALES RESULTADOS

A continuación se presentan algunos de los principales hallazgos de este estudio. Asimismo, algunos resultados son cotejados con la encuesta canadiense antes citada, con el fin de tener un punto de referencia y contextualizar la real magnitud del problema de las drogas en los universitarios andinos⁷.

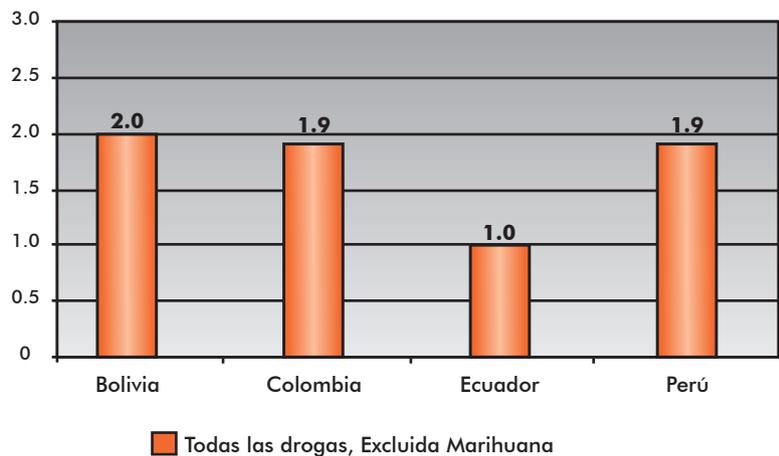
Magnitud del consumo y abuso de drogas

Excluyendo el consumo de marihuana, las declaraciones de uso de "todas las drogas ilícitas" son similares entre los universitarios de tres de los cuatro países andinos. Tanto en Bolivia, Colombia y Perú el consumo reciente de drogas ilícitas, es decir, aquel realizado alguna vez en el último año, bordea el 2%, mientras que en Ecuador es de 1%.

⁶ El texto es una traducción del informe oficial del estudio canadiense, escrito originalmente en inglés.

⁷ La comparación se realiza en el entendido que los estudios se ejecutaron bajo la misma metodología. No obstante, se debe tener en cuenta que fueron realizados en años distintos y en culturas diferentes.

Gráfico 1: Prevalencia de último año de consumo de "Todas las drogas ilícitas, excluida la marihuana" en estudiantes universitarios andinos



Cuando en las declaraciones se considera el uso de marihuana, el consumo reciente de "cualquier droga ilícita" presenta diferencias significativas entre los cuatro países andinos. Mientras que en Colombia más del 13% de los universitarios ha consumido drogas ilícitas alguna vez en el último año, dicho porcentaje fluctúa en torno al 4% y 6% en los otros tres países andinos. Esto se debe a que las declaraciones de consumo reciente de

marihuana en Colombia son más altas, en torno a un 12%, mientras que en Bolivia, Ecuador y Perú son de 2%, 5% y 3% respectivamente. Si bien las tasas de consumo de Colombia son altas para la región, éstas se observan más moderadas al revisarlas en un contexto internacional más amplio, como el caso de universitarios de Canadá, con prevalencias de último año y mes de 32% y 17% respectivamente.

Gráfico 2: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes universitarios de países andinos

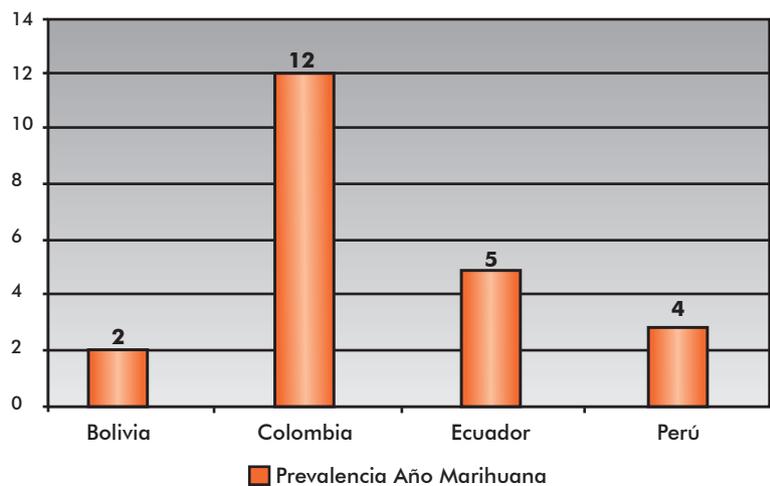
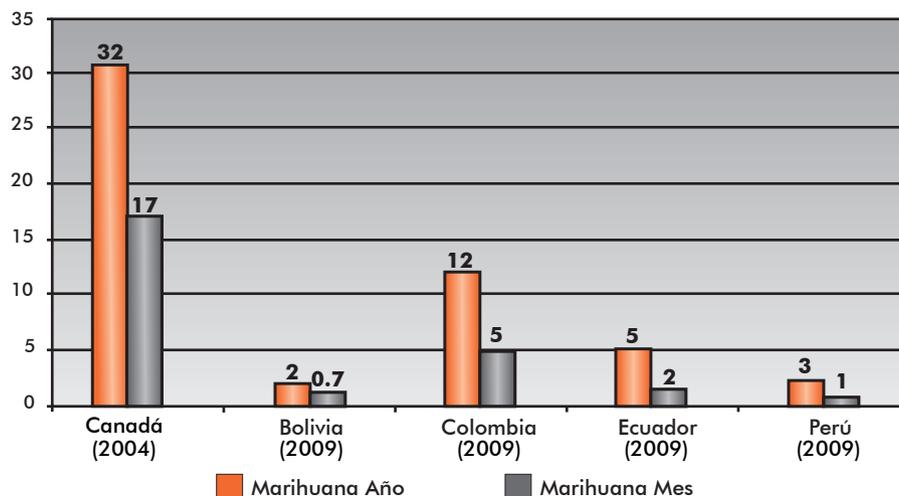


Gráfico 3: Prevalencia de último año y mes de consumo de marihuana en estudiantes universitarios de países andinos y Canadá

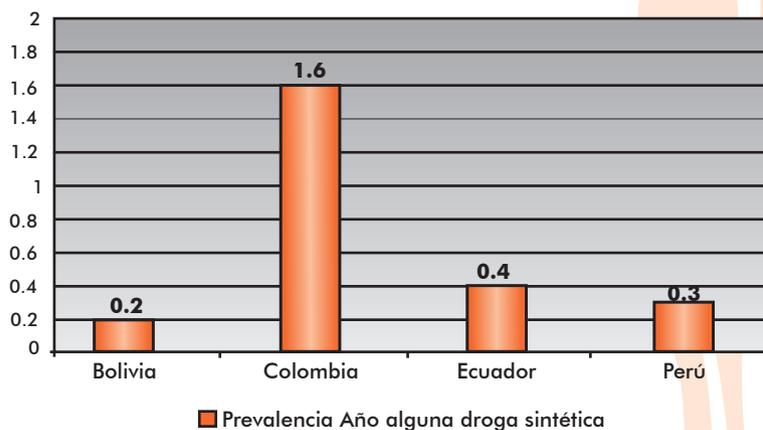


Las declaraciones de consumo reciente de drogas sintéticas ponen también a los universitarios de Colombia en un mayor consumo con relación a los otros tres países andinos. Mientras que en Bolivia, Ecuador y Perú el consumo reciente de “alguna droga sintética” fluctúa entre un 0,2% y 0,4%, y corresponde a un uso casi exclusivo de éxtasis y

anfetaminas, en Colombia en cambio la tasa de consumo reciente es de 1,6% y está marcada fundamentalmente por el uso de LSD⁸ y éxtasis. El consumo de otras drogas sintéticas como metanfetaminas, ketamina⁹ y GHB¹⁰ es exiguo entre los universitarios andinos.

69

Gráfico 4: Prevalencia de último año de consumo de “Alguna Droga Sintética”¹¹ en estudiantes universitarios de países andinos



⁸ LSD: (dietilamina del ácido lisérgico-d): Es una de las sustancias químicas más potentes que alteran el estado de ánimo. Fue descubierta en 1938 y se fabrica a partir del ácido lisérgico, que se encuentra en el cornezuelo, un hongo que crece en el centeno y otros granos. Se vende en tabletas, cápsulas y ocasionalmente en forma líquida, por lo que generalmente se toma por vía oral. A menudo se la agrega a un papel absorbente que se divide en pedazos decorativos, cada uno de los cuales equivale a una dosis.

⁹ La ketamina es un anestésico disociativo que se sintetizó a principios de los años sesenta. Actualmente, la ketamina se utiliza principalmente en veterinaria y se comercializa en forma de líquido inyectable. No obstante, en el mercado ilegal es posible encontrarla en forma de polvo o comprimidos.

¹⁰ El GHB es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC) que fue utilizado durante la década de 1960 como anestésico. Sin embargo, fue retirado poco después del mercado farmacéutico debido a su escaso efecto analgésico y a su elevada capacidad epileptógena. Actualmente sólo se utiliza en la investigación sobre el tratamiento de algunas enfermedades. Generalmente, el GHB se presenta en forma de líquido incoloro e inodoro, con un sabor ligeramente salado y se distribuye en ampollas pequeñas o viales que a menudo se mezclan con alguna bebida.

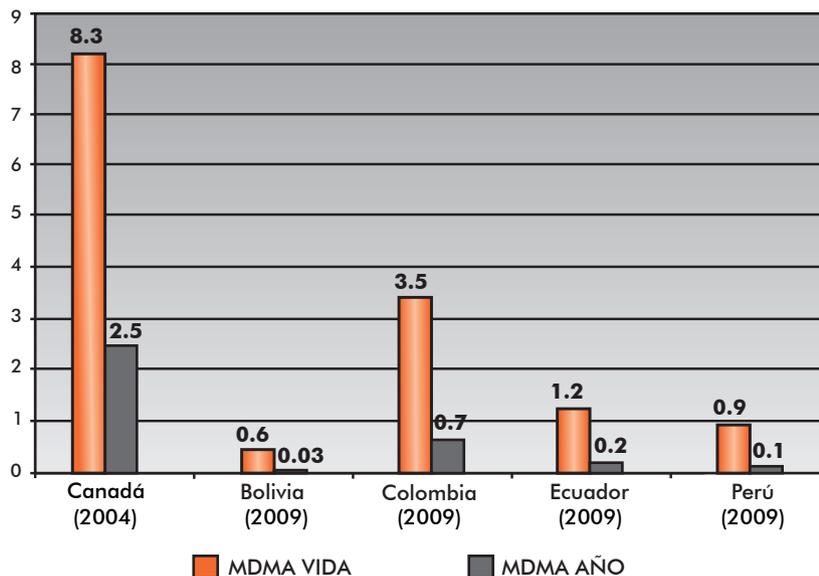
¹¹ Alguna droga sintética agrupa a las siguientes sustancias: Anfetaminas, Alucinógenos, Éxtasis, GHB, Ketamina, LSD, Metanfetaminas.



Por su parte, el consumo de MDMA o éxtasis¹², con prevalencias de vida de 3,5% en Colombia, si bien marca los niveles más altos en la región andina, estos siguen siendo moderados en un contexto internacional más amplio. En el caso de Canadá las

prevalencias de vida y año para éxtasis presentan registros de 8,3% y 2,5% respectivamente. Por su parte, el consumo reciente de éxtasis no supera el 1% en ninguno de los países andinos.

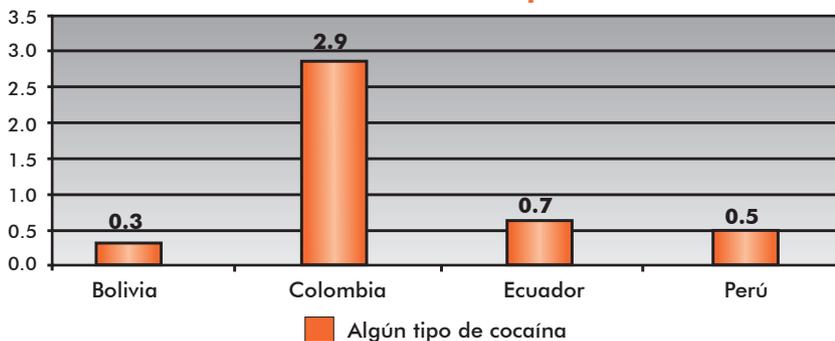
Gráfico 5: Prevalencia de vida y último año de consumo de MDMA-Éxtasis en estudiantes universitarios de países andinos y Canadá



El consumo reciente de "algún tipo de cocaína", ya sea clorhidrato, pasta básica, base o basuco e incluso crack entre los universitarios andinos, presenta tasas de 0,3% en Bolivia, 0,7% en Ecuador y 0,5% en Perú, mientras que en Colombia es de 2,9%. El consumo de clorhidrato de cocaína en universitarios de Colombia es considerablemente

alto en comparación con los demás países de la región, pero también con relación a países desarrollados, puesto que las prevalencias de vida y año, de 6,4% y 2,5% respectivamente, superan a las de universitarios de Canadá con 4,7% y 2,1% respectivamente.

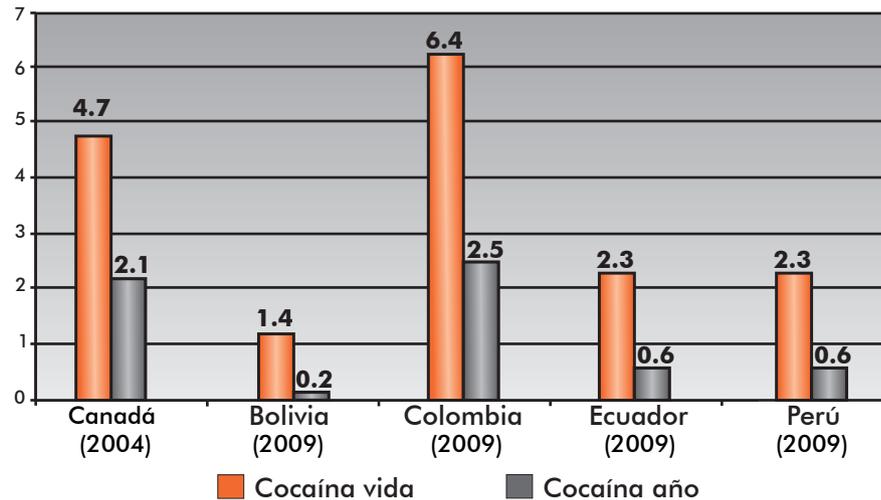
Gráfico 6: Prevalencia de último año de consumo de "Algún tipo de cocaína" en estudiantes universitarios de países andinos



¹²El MDMA (3,4 metilendioximetanfetamina) es una droga sintética y psicoactiva, químicamente similar al estimulante metanfetamina y al alucinógeno mezcalina. Causa un efecto vigorizante, eufórico, calidez emocional y distorsión en la percepción del tiempo y de las experiencias táctiles. El MDMA se toma por vía oral en forma de cápsula o pastilla. Inicialmente era popular entre los adolescentes y jóvenes caucásicos de EE.UU. que acudían a los clubes nocturnos o a las fiestas de baile de todo el fin de semana conocidas como fiestas "rave". En la actualidad el perfil del usuario típico ha cambiado y la droga afecta ahora a un espectro más amplio de grupos geográficos, étnicos y socioeconómicos.



Gráfico 7: Prevalencia de vida y último año de consumo de "Clorhidrato de cocaína" en estudiantes universitarios de países andinos y Canadá



También deben ser de especial preocupación para las políticas de prevención y de tratamiento, los resultados de universitarios con consumo riesgoso o perjudicial, o bien con signos de dependencia por consumo de alcohol, medido entre prevalentes de último año y según criterios del test AUDIT de la OMS. Según esta medición, el consumo perjudicial de alcohol es bastante homogéneo entre los países andinos y comparable también a los niveles de abuso de universitarios en Canadá, siempre en

torno a un 30% y 35%. La excepción la constituyen los universitarios peruanos, donde el porcentaje de abuso asociado al alcohol es de 21%. Por su parte, la presencia de signos de dependencia asociados al consumo de alcohol es de un 12% en Colombia, algo menos de un 11% en Bolivia y de 8% en Perú. Esta tasa es más alta en Ecuador, donde alcanza al 16%, pero aún muy por debajo de los estudiantes de Canadá, que la duplican alcanzando cerca del 32%.

Gráfico 8: Porcentaje de estudiantes universitarios de países andinos y Canadá con Consumo perjudicial (Abuso) y presencia de signos de dependencia a alcohol, entre prevalentes de último año

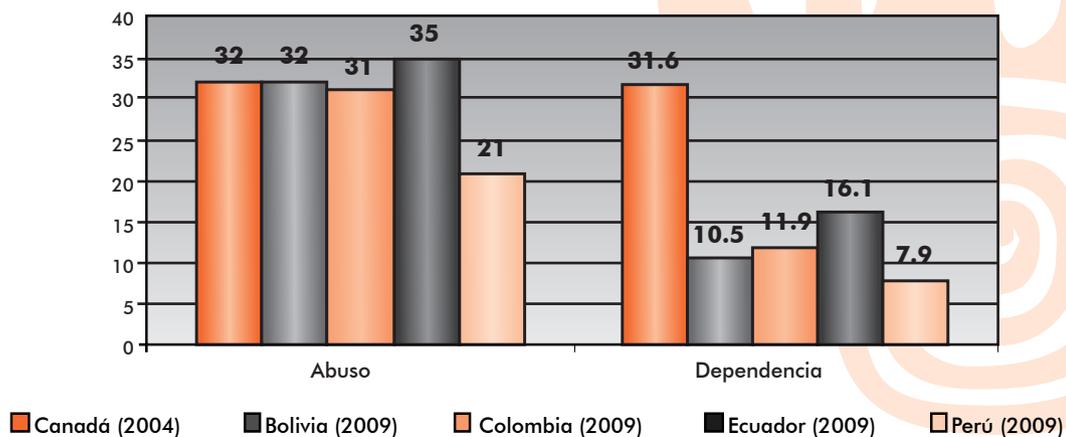
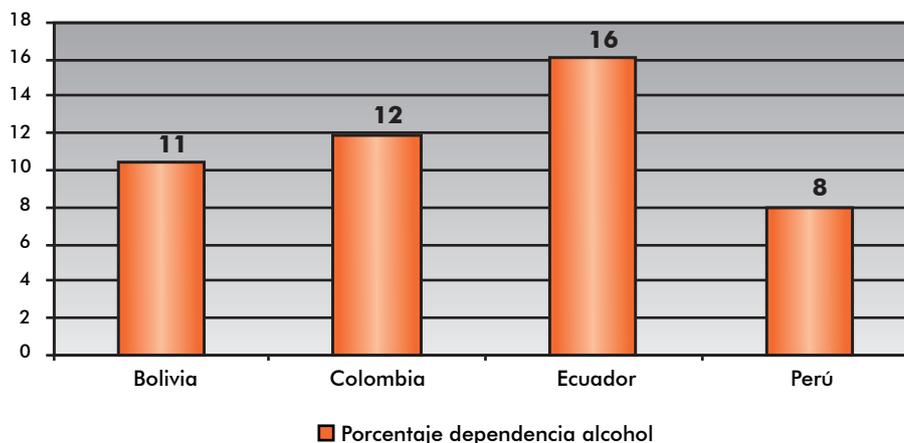


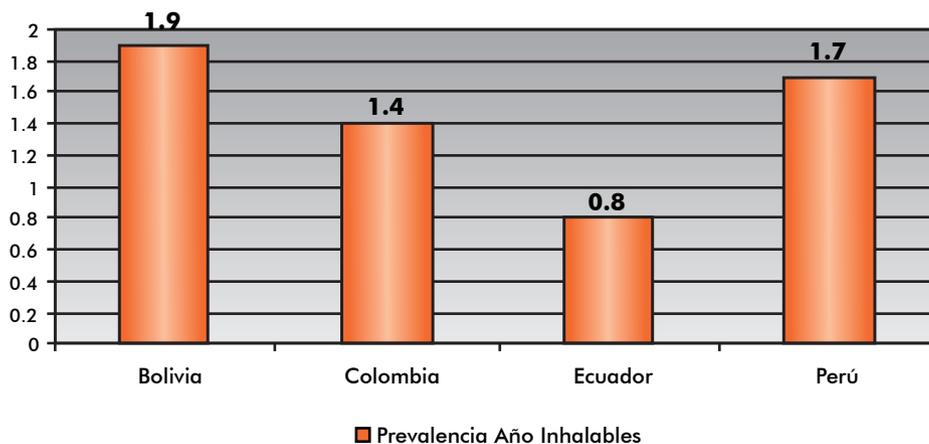
Gráfico 9: Porcentaje de estudiantes universitarios de países andinos con presencia de signos de dependencia a alcohol, entre prevalentes de último año



No menos preocupante es el alto consumo de sustancias inhalables entre los universitarios andinos, con declaraciones de consumo en el último año de 1,9% en Bolivia, 1,4% en Colombia, 0,8% en Ecuador y 1,7% en Perú. Tales sustancias inhalables incluyen al poppers o nitritos amílicos, desodorantes ambientales y/o corporales, pegamentos de caucho, gasolina, parafina u otras sustancias

similares. Cabe mencionar que el uso de tales sustancias entre universitarios no deja de llamar la atención, pues generalmente se ha asociado el consumo de inhalables con jóvenes de menos edad y de estratos socioeconómicos más bajos. Es claro, entonces, que esta es una situación nueva y por lo demás exclusiva de la región andina, que deberá alertar las políticas preventivas en estos países.

Gráfico 10: Prevalencia de último año de consumo de "Inhalables" en estudiantes universitarios de países andinos



Resultados sobre Drogas Sintéticas

El objetivo principal del estudio realizado por la SG-CAN se centró en determinar la magnitud del consumo y algunos factores relevantes asociados con el consumo de drogas sintéticas en los estudiantes universitarios de países andinos, así como la comparación entre ellos.

Conocimiento y opiniones

Uno de los primeros aspectos que se intentó dilucidar es si los jóvenes universitarios reconocen o no a las drogas sintéticas como tales. Frente a la

pregunta de cuáles sustancias reconoce como drogas sintéticas, la de mayor reconocimiento en cada país es el éxtasis, pero con variaciones importantes entre países, que fluctúa desde un 70% de estudiantes que la reconocen como droga sintética en Colombia a sólo un 41% en Bolivia. Con niveles intermedios se encuentran Ecuador (56%) y Perú (61%). Con relación a ketamina, sólo entre 15% y 20% de los universitarios la reconoce como droga sintética, cifra que baja entre 12% y 15% en el caso del GHB. En términos concretos, existe un generalizado desconocimiento y desinformación con relación a las drogas sintéticas entre los universitarios de los cuatro países.

Tabla 1. Distribución porcentual de estudiantes de acuerdo con sustancias que son reconocidas como drogas sintéticas, por país

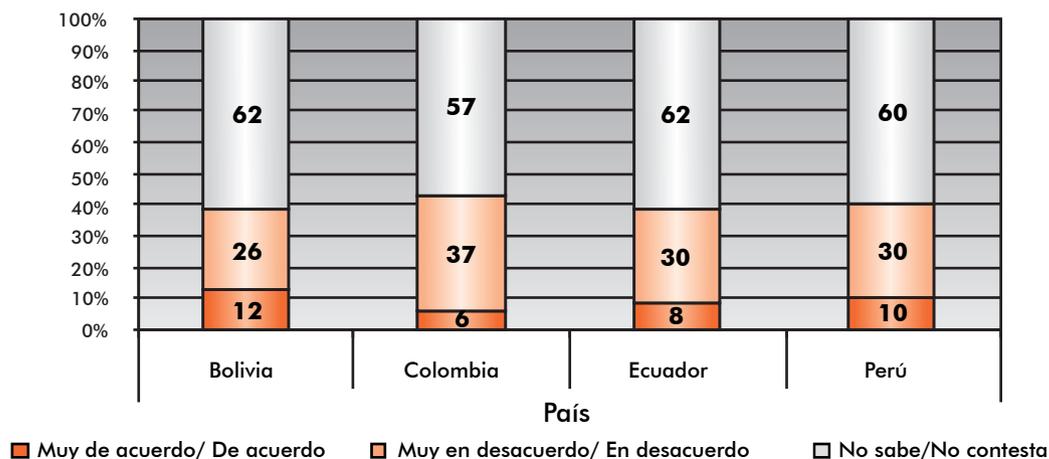
Sustancia	País			
	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Éxtasis	41,1	70,2	55,9	60,5
Anfetaminas o sus derivados	22,3	44,6	24,5	27,3
LSD	26,2	42,7	32,2	32,1
Metanfetaminas	24,2	40,5	27,4	28,1
Ketamina	15,4	20,5	18,2	17,8
GHB	12,1	14,0	15,0	12,9

Con relación a la pregunta **todas las drogas sintéticas son iguales**¹³, se observó que alrededor de 60% de los estudiantes, en todos los países, no sabe o no responde. Por otra parte, 6% de los estudiantes de Colombia y hasta 12% en Bolivia está de acuerdo o muy de acuerdo con esa afirma-

ción y piensan que todas las drogas sintéticas son iguales. En torno a un tercio de los estudiantes, aunque algo menos en Bolivia, está muy en desacuerdo o en desacuerdo con la pregunta y se podría inferir que atribuyen diferencias a las diversas drogas sintéticas.

¹³La pregunta buscaba determinar si el nivel de desinformación entre los universitarios era tal que eran incapaces de reconocer que algunas drogas sintéticas revisten mayores riesgos para la salud y la vida en general con relación a otras.

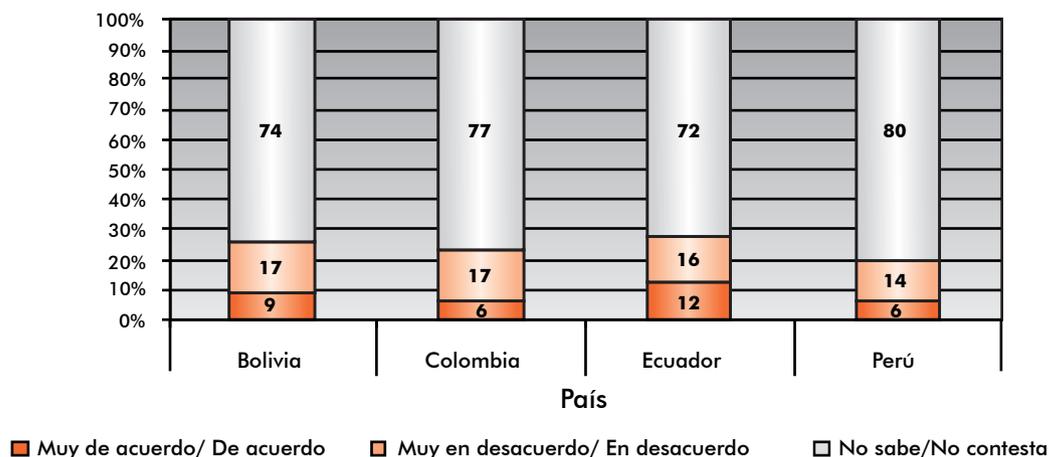
Gráfico 11. Distribución porcentual de estudiantes de acuerdo con opinión sobre si las drogas sintéticas son todas iguales



En cuanto a la pregunta de si **el éxtasis y la metanfetamina son la misma droga y producen el mismo efecto**¹⁴, la gran mayoría de los estudiantes, más de 70% y casi el 80% en Perú,

no se pronuncian sobre eso y sólo entre 14% y 17% están en desacuerdo o muy en desacuerdo, lo que permitiría inferir que atribuyen diferencias a estas drogas.

Gráfico 12. Distribución porcentual de estudiantes de acuerdo con opinión sobre si las drogas sintéticas metanfetamina y el éxtasis son la misma droga y producen el mismo efecto



¹⁴ Era esperable que los estudiantes lograran establecer una diferencia entre el éxtasis, una droga asociada más a los ambientes recreativos y cuyo poder adictivo es motivo de debates, y las metanfetaminas, una droga comprobadamente adictiva y mayormente asociada a costos humanos, sociales y económicos por su abuso.

Uso de drogas sintéticas en el entorno cercano

Entre 10% y 23% de los universitarios andinos declaran conocer a alguien que usa alguna droga sintética en su universidad, siendo en cada país el éxtasis la droga de mayor uso (desde casi 9% en Ecuador a 20% en Colombia), seguida por anfetaminas en Bolivia; LSD en Colombia y Perú; y antefataminas y LSD en Ecuador.

Tales declaraciones de consumo en el entorno no guardan ninguna relación con el nivel declarado de uso de drogas sintéticas. Por ejemplo, mientras en Colombia un 23% de los estudiantes declara conocer a alguien que consume drogas sintéticas en su universidad, la prevalencia de último año no llega ni al 2% en ese país. Varios factores pueden intervenir en esta situación, desde una sobreestimación fundada en el mismo desconocimiento de estas drogas por parte de los estudiantes, a una subdeclaración de la verdadera magnitud del

consumo de las drogas sintéticas en los campus universitarios. Sin embargo, la oferta de drogas sintéticas es un buen indicador para acercarse un poco más a la realidad, pues es imposible que el consumo pueda superar a la oferta, situada en el caso de Colombia en torno al 12% en el último año. Conforme a ello, es razonable pensar que el consumo se encuentre en un punto intermedio de lo declarado entre consumo y oferta, pero muy por debajo de las percepciones que tienen los estudiantes sobre tal consumo, o de la percepción de facilidad de acceso como se verá más adelante. En otras palabras, se consume mucho menos de lo que se percibe, pero algo más de lo que objetivamente se declara.

La única manera posible de dar una respuesta científicamente válida a la pregunta anterior, sólo será posible mediante la realización de una serie de estudios futuros que permitan la comparación con los datos obtenidos en este estudio.

Tabla 2. Porcentaje de estudiantes que conocen a alguien en su universidad que consume drogas sintéticas

Droga	País			
	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Éxtasis	8,8	20,1	8,7	10,5
Anfetaminas	5,2	7,2	2,2	2,8
LSD	3,4	8,9	2,2	4,5
Metanfetaminas	3,7	4,9	1,5	1,7
Ketamina	1,5	2,6	2,0	1,3
GHB	0,7	1,9	0,5	0,8
Alguna de ellas*	13,3	23,4	10,3	11,9

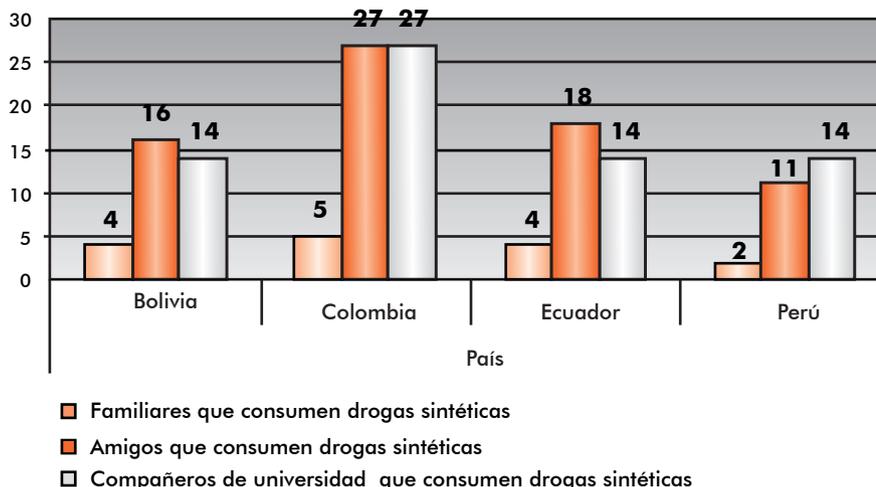
* Los porcentajes no se pueden sumar. Los estudiantes pueden responder por más de una droga.



Al ser consultados sobre familiares, amigos o compañeros que consumen drogas sintéticas, se observó que el 14% de universitarios en Bolivia, Ecuador y Perú reconocen tener compañeros de universidad que consumen drogas sintéticas, cifra que casi asciende al 27% entre los estudiantes de Colombia. Cuando la pregunta se refiere a amigos que consumen este tipo de sustancias, 11% de los

estudiantes de Perú dicen tener amigos en esas condiciones, llegando a 16% en estudiantes de Bolivia, 18% en los de Ecuador y 27% en el caso de los universitarios de Colombia. Las cifras se reducen significativamente frente a la pregunta sobre familiares que consumen drogas sintéticas y fluctúan entre un 2% y 5%.

Gráfico 13. Porcentaje de estudiantes que declaran tener familiares, amigos o compañeros que consumen drogas sintéticas



Facilidad de acceso y oferta de drogas sintéticas

Otra de las variables que se indagó en este estudio tiene que ver con la percepción de los estudiantes sobre la facilidad de acceso a drogas sintéticas y si han recibido una oferta directa de dichas drogas, ya

sea para probar o comprar. El 29% de los universitarios de Colombia manifiesta que les resultaría fácil conseguir éxtasis, mientras que sólo 11% de los estudiantes de Bolivia perciben lo mismo, 15% en Ecuador y 21% en Perú. En los cuatro países el éxtasis sería la droga sintética de más fácil acceso. A ella le siguen, en todos los países, las anfetaminas.



Tabla 3. Porcentaje de estudiantes que perciben que les resultaría fácil conseguir drogas sintéticas

Droga	País			
	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Éxtasis	11,07	29,34	14,90	20,52
Anfetaminas	9,92	17,31	7,78	10,92
LSD	4,17	13,82	5,05	5,83
Metanfetaminas	6,83	12,17	4,81	5,96
Ketamina	3,64	7,74	3,66	4,75
GHB	2,43	6,03	2,72	3,66

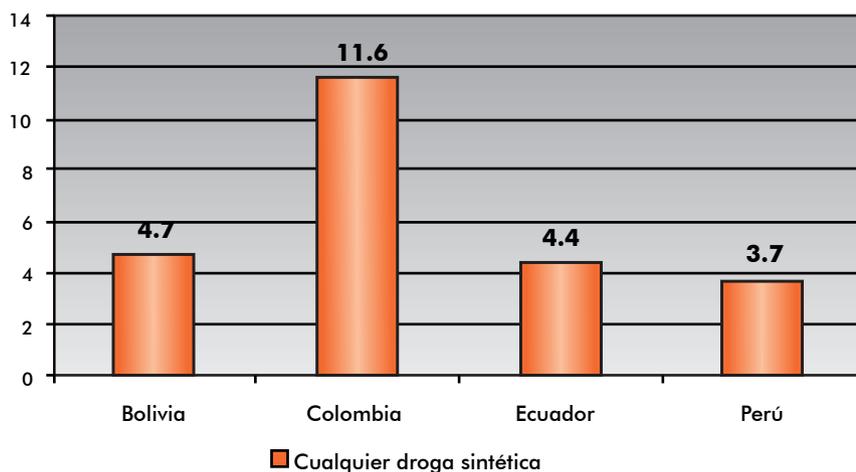
Por otra parte, se observó también un aspecto más objetivo del acceso a través de la oferta directa de drogas sintéticas que han recibido los estudiantes universitarios. De esta manera se registró que algo menos de 5% de los estudiantes de Bolivia, Ecuador y Perú señalan haber recibido oferta de alguna

droga sintética, ya sea para comprar o probar, cifra que se duplica entre los estudiantes de Colombia, donde casi un 12% de ellos recibió una oferta. En todos los países, y consistente con los resultados anteriores, el éxtasis es la droga más ofertada a los jóvenes universitarios.

Tabla 4. Porcentaje de estudiantes que han recibido oferta de drogas sintéticas en el último año

Droga	País			
	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Éxtasis	3,2	9,3	3,7	3,0
Anfetaminas	1,7	4,3	1,7	1,7
LSD	1,1	5,5	1,1	1,1
Metanfetaminas	1,3	2,9	1,7	1,0
Ketamina	0,4	2,5	0,5	0,7
GHB	0,4	1,8	1,1	0,6
Cualquiera	4,7	11,6	4,4	3,7

Gráfico 14: Porcentaje de estudiantes que han recibido oferta de "Cualquier droga sintética" en el último año



Indicadores de uso de éxtasis

La mayor tasa de uso de éxtasis se registró entre los universitarios de Colombia, donde 3,5% de los estudiantes declara haber consumido éxtasis alguna vez en la vida, seguido de Ecuador (1,2%), Perú (0,9%) y Bolivia (0,6%). El mismo orden se puede observar para las prevalencias de último año y

último mes. Estos datos son consistentes con los observados anteriormente con relación a la facilidad de acceso y oferta de éxtasis, donde los estudiantes colombianos son los que manifestaban, en mayor proporción, que les resultaría fácil conseguir éxtasis, y también los que en mayor proporción habían recibido alguna oferta de esta droga.

Tabla 5. Indicadores de consumo de éxtasis.

Prevalencia	País			
	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Vida	0,6	3,5	1,2	0,9
Año	0,03	0,73	0,23	0,14
Mes	0,01	0,17	0,10	0,07

Entre los universitarios de todos los países que han consumido éxtasis, la edad promedio de inicio es alrededor de los 18 años, con una mediana de 18

años. Es decir, 50% de los que han consumido éxtasis lo hicieron por primera vez a los 18 años o una edad menor.

Tabla 6. Descripción de la edad de inicio de consumo de éxtasis.

País	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Bolivia	18,5	16	18	21
Colombia	18,4	17	18	20
Ecuador	18,0	16	18	20
Perú	17,9	16	18	19

Indicadores de uso de todas las drogas sintéticas

Considerando la totalidad de las drogas sintéticas, incluyendo al éxtasis, se observa que 4,6% de los estudiantes de Colombia declaran haber consumido cualquiera de ellas alguna vez en la vida, cifra que bordea el 1,5% en los otros tres países. Cuando se considera a todas las demás drogas sintéticas y

se excluye al éxtasis, la prevalencia de vida es de 2,6% en Colombia, 1,3% en Bolivia, 1% en Perú y 0,6% en Ecuador. En Bolivia esta tasa de consumo es explicada principalmente por el uso de anfetaminas, lo mismo que en Perú y Ecuador. En cambio la droga sintética (excluyendo éxtasis) de mayor consumo en Colombia es LSD, con una tasa de uso en la vida de 1,8%.

Tabla 7. Prevalencia de vida de consumo de drogas sintéticas.

Droga	País			
	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Anfetaminas	0,89	0,99	0,38	0,71
LSD	0,12	1,82	0,11	0,23
Metanfetaminas	0,18	0,35	0,19	0,04
Ketamina	0,02	0,25	0,01	0,11
GHB	0,00	0,02	0,02	0,00
Al menos una de las anteriores	1,25	2,60	0,59	0,96
Al menos una incluyendo éxtasis	1,60	4,61	1,48	1,60



Por otra parte, en cuanto a las prevalencias de uso de drogas sintéticas en el último año, se observa que 0,22% de los universitarios de Bolivia declaran haber usado alguna droga sintética en ese periodo, principalmente anfetaminas. En cambio, en el caso de los universitarios de Colombia, 1,6% declara uso reciente, cifra que baja a 1,1% si se excluye al éxtasis, con un gran predominio de LSD que registra una tasa anual de uso de aproximadamente 1%.

En Ecuador, algo menos de 0,2% de los estudiantes declararon haber usado alguna droga sintética distinta de éxtasis, lo que se explica principalmente por el uso de anfetaminas o metanfetaminas. Finalmente, en Perú, 0,3% usó alguna sustancia sintética el último año, lo que baja a 0,2% cuando se excluye el éxtasis. Esta última cifra se explica principalmente por el uso de anfetaminas y LSD.

Tabla 8. Prevalencia último año de otras drogas sintéticas.

Droga	País			
	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Anfetaminas	0,14	0,24	0,13	0,09
LSD	0,05	0,95	0,02	0,09
Metanfetaminas	0,00	0,02	0,10	0,01
Ketamina	0,01	0,05	0,00	0,02
GHB	0,00	0,02	0,01	0,00
Al menos una de las anteriores	0,19	1,11	0,17	0,21
Al menos una incluyendo éxtasis	0,22	1,55	0,36	0,30

Consideraciones de interés

Las tasas de consumo de drogas ilícitas entre los universitarios de países andinos, para la mayoría de las drogas, no alcanzan los altos niveles de consumo observados por otros países que realizan regularmente este tipo de mediciones, como es el caso de Canadá, donde las declaraciones de consumo de marihuana en el último año son de 32%, las tasas de consumo de todas las drogas ilícitas, excluyendo a la marihuana, son cercanas al 9% y las tasas de universitarios con signos de dependencia al alcohol son también del 32%. Sólo las declaraciones de consumo de cocaína en estudiantes de Colombia se encuentran por sobre los registros de los universitarios canadienses.

No obstante lo anterior, los países andinos no deben bajar la guardia, pues este mismo estudio ha confirmado importantes niveles de oferta de drogas hacia los jóvenes universitarios, como asimismo, un importante nivel de desinformación del riesgo asociado al uso de drogas, principalmente de las sustancias sintéticas.

A lo anterior debe agregarse otro importante factor de riesgo, como es el inicio precoz en el consumo de drogas. En promedio, los universitarios andinos usaron inhalables por primera vez a los 15 años, salvo los de Colombia que los hicieron a los 18 años; probaron alcohol por primera vez entre los 15 y 17 años, fumaron su primer tabaco en torno a los 16 años, consumieron marihuana y éxtasis en



torno a los 18 años y algún tipo de cocaína entre los 19 y 20 años. Es decir, es muy probable que el consumo de drogas como la marihuana, éxtasis y cocaína haya ocurrido por primera vez dentro del ámbito universitario.

Aunque no forma parte de los datos presentados en este resumen el estudio indica también que, salvo escasas excepciones, el consumo de todas las drogas es siempre mayor en los hombres con relación a las mujeres. Asimismo, sin que formen parte de este artículo, es importante mencionar que el estudio determinó que los niveles de abuso o dependencia a marihuana afectan a un tercio de los consumidores recientes de Bolivia y Ecuador, a 1 de cada 4 en Colombia y casi a 1 de cada 5 en Perú. De igual modo, un tercio de los universitarios de Bolivia, que usaron cocaína en el último año, presentan signos de abuso o dependencia a esta droga. Ello ocurre también en casi 4 de cada 10 estudiantes de Colombia y cerca de 7 de cada 10 en Ecuador, mientras que el problema es menor y afecta a menos de 3 de cada 10 en el caso de los universitarios peruanos.

Por su parte, el alcohol confirma en este estudio su condición de líder en los problemas asociados al consumo de drogas en los países andinos, constatando que en términos de uso perjudicial de alcohol los niveles de abuso son bastante homogéneos entre los cuatro países y no muestran diferencias con los niveles de abuso registrados por universitarios canadienses.

Conforme a los hallazgos registrados, el alcohol y las sustancias inhalables no debieran estar ausentes de cualquier programa preventivo que intente permear los campus universitarios. De igual modo, si bien la magnitud del consumo de drogas sintéticas no muestra los ribetes alcanzados por los universitarios canadienses, el nivel de desinformación de los jóvenes andinos y una oferta en alza, son motivos más que suficientes para emprender una política preventiva más audaz, realista, específica y basada en la evidencia.

El estudio *“La representación social del fenómeno de las drogas y la prevención del consumo de éstas en población universitaria”* (CONACE, 2007) que abarcó a siete universidades en Chile, entregó interesantes pistas en relación a los factores facilitadores, las valoraciones, los usos y la percepción de riesgos sobre el consumo de drogas, entre jóvenes universitarios. Entre los principales facilitadores detectados aparece el espacio universitario como un lugar de confianza y libertad, donde el consumo de alcohol y otras sustancias es tolerado por la autoridad. Esto se asocia con la cultura universitaria vinculada a la auto responsabilización, en contraposición al control que prima en la cultura escolar.

Por otro lado, la fiesta se considera como una parte relevante de la vida universitaria, por ser el lugar donde se establecen los lazos con los compañeros y se desarrolla el intercambio de ideas y distintas líneas de pensamiento. De esta forma el espacio festivo se valida como aquel para la conformación de la identidad.

Otro factor facilitador del consumo es el nivel de exigencia universitario. Por un lado, aquellas carreras o universidades con bajo nivel de exigencia, favorecen el ocio y la fiesta con el consumo de sustancias, al dejar más tiempo libre a los estudiantes. Por otro lado, en las carreras o universidades con mayor nivel de exigencia, aparece la fiesta justificada como un espacio de reducción del stress, y además se detecta el consumo de estimulantes como herramienta para “poder cumplir”.

En cuanto a la valoración del consumo de alcohol y drogas entre los universitarios, uno de los principales argumentos que aparece es el quiebre con respecto a un mundo escolar normativizado, en el cual existe un constante control desde el mundo adulto. La universidad aparece como un espacio de auto responsabilidad en el cual los jóvenes deben comenzar a fijar sus propios límites. **En este espacio el discurso moral en torno al consumo de drogas deja de operar y pierde validez entre distintos discursos contradictorios.**

Por otro lado, al interior de los campus universitarios el consumo de alcohol y marihuana aparece como algo cotidiano, porque es fácilmente naturalizado por los nuevos estudiantes. El espacio festivo resulta parte vital de la socialización universitaria y en él, el consumo de marihuana adquiere una valoración positiva, al ser utilizada por pares significativos, dentro de la dimensión comunitaria lúdico-irracional, siendo asociada a un espacio de alegría y compañerismo.

Entre los universitarios, las drogas validadas son el alcohol, el tabaco y la marihuana, su uso está determinado por el efecto que se busca lograr, existiendo un mayor rechazo hacia otras sustancias por asociarse a un mayor nivel de adicción.

El cigarro se usa para relajarse, el alcohol para "perdersé" o poner entre paréntesis, además de su función social y, por último, la marihuana es para olvidarse y alegrarse. Otras drogas de tipo natural (peyote, hongos) se asocian a lo ritual y a las culturas originarias.

En lo que refiere a los riesgos percibidos en relación al consumo de alcohol y drogas, éstos no se asocian a los efectos biológicos ni a los efectos sociales, sino más bien a riesgos relacionados por circular sin estar completamente bajo control, como es el tener accidentes o ser víctimas de algún delito. Otro riesgo percibido es el perder el auto-control a causa del exceso de alcohol o drogas, el "borrarse" y hacer cosas desagradables para uno mismo y las personas cercanas.

Los jóvenes consideran que deben ser capaces de fijar sus propios límites al momento de consumir alcohol, para poder disfrutar sin perder el auto-control, ya que el "borrarse" constantemente es una conducta que termina siendo sancionada socialmente.

En cuanto a la prevención, los jóvenes universitarios del mencionado estudio realizado en Chile, consideran que debe estar orientada más a la decisión informada, antes que las campañas moralizantes o prohibitivas.

Consideran que ya no están para ser educados, sino que debe entregarse transparentemente toda la información de manera de tomar individualmente las mejores decisiones. En síntesis, la demanda es por una prevención que contribuya a la creación de una cultura autopreventiva.

Referencias

1. Adlaf EM, Demers A, Gliksman L. *Canadian Campus Survey 2004*. Toronto, Centre for Addiction and Mental Health, CAMH. 2005.
2. Babor TF, Higgins JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test*. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. Second Edition.
3. Cornell Alcohol and Other Drug Related Survey. Cornell University (USA) [accedido 2010, abril 14]. Disponible en: <http://www.gannett.cornell.edu/cms/pdf/aod/upload/WebTables.pdf>
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*.
5. Organización Mundial de la Salud. *CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, 1992.
6. SG-CAN – Unión Europea. *Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas Sintéticas en la Población Universitaria*. Informe Comparativo: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009. Tetis Graf EIRL. Lima, Perú. 2009.
7. República de Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. *La representación social del fenómeno de las drogas y la prevención del consumo de éstas en población universitaria*. Contrato PNUD/CONACE 2006044, Santiago de Chile, 2007.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO SOBRE CONSUMO DE DROGAS SINTÉTICAS EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA: ANÁLISIS ADICIONALES SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ANDINOS

Juan Carlos Araneda Ferrer*

I. Antecedentes

Los objetivos del Proyecto DROSICAN fueron “apoyar a la Comunidad Andina (CAN) en función de conseguir información objetiva, fiable y comparable”, “contribuir a que sus Países Miembros tengan una visión de conjunto y construyan políticas públicas en la lucha contra las drogas ilícitas”, además de “proponer metodologías y herramientas que permitan prevenir y controlar los posibles efectos de la oferta y la demanda de drogas sintéticas en los países de la CAN”.

En el marco del citado proyecto, que contó con **financiamiento y apoyo de la Comisión Europea**, entre enero y octubre de 2009 la SG-CAN, a través del equipo responsable del proyecto DROSICAN, gestionó la realización de una encuesta en universitarios, basado en el modelo de los estudios realizados en Canadá y Estados Unidos, y cuya metodología ya ha sido difundida en Sudamérica por el Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD/OEA. Conforme a ello y a través de un proceso de licitación, se contrataron los servicios de esta última institución, para la ejecución del **Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú**.

II. Ficha técnica del estudio

- ✗ Muestreo aleatorio y en dos etapas: selección de universidades en cada país y luego selección de estudiantes en cada universidad.
- ✗ 10 universidades seleccionadas en cada país.
- ✗ $n = 21.857$ ingresos válidos, universitarios de ambos sexos, con 4.245 casos válidos en Bolivia, 7.803 en Colombia, 4.997 en Ecuador y 4.812 en Perú.
- ✗ Trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información: Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la CICAD/OEA.
- ✗ Tipo de cuestionario: estandarizado, con formato auto-administrado, contestado en una Web Page vía On Line, entre el 11 de mayo y el 16 de agosto de 2009.
- ✗ Con un nivel de confianza de un 95%, considerando 1,65% de error.

III. Magnitud del consumo de drogas según variables de interés

3.1 Prevalencias de último año de consumo de drogas en universitarios andinos

Tal como fue conocido en el informe comparativo, presentado públicamente en noviembre de 2009 por la Comunidad Andina, el consumo de “cualquier droga sintética” presenta prevalencias de último año entre un 0,2 y 0,4% entre los universitarios de Bolivia, Ecuador y Perú. Sin embargo, la tasa de consumo reciente es considerablemente más alta en el caso de Colombia, con 1,6%. A nivel de los universitarios de la CAN, en general, la tasa de consumo reciente de drogas sintéticas es de 0,6%¹. Estos resultados se presentan en el Cuadro 1.

* Magíster en Psicología Social por la Universidad de Santiago de Chile, Psicólogo Clínico, Consultor Internacional en temas relacionados con drogas. Fue el jefe de la Asistencia Técnica Internacional de Conseil Santé para el proyecto DROSICAN, en la SG-CAN. Por más de diez años fue jefe del Observatorio Chileno de Drogas de CONACE, Ministerio del Interior, Chile.

¹ En la descripción de los resultados para el conjunto de los universitarios andinos, se debe tener en cuenta que la muestra no es representativa de los estudiantes universitarios de todas las universidades de los cuatro países andinos, sino sólo de las 37 universidades que formaron parte de la misma.

Cuadro 1: Prevalencia de último año de consumo de drogas sintéticas, por país y Comunidad Andina en general

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú	CAN
Extasis	0,0	0,7	0,2	0,1	0,3
Anfetamina	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
LSD	0 0	1 0	0 0	0 1	0 2
Metanfetamina	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0
Ketamin A	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cualquier droga sintética incluyendo éxtasis	0,2	1,6	0,4	0,3	0,6

Tal como ocurre con las drogas sintéticas, la prevalencia de último año de consumo de marihuana es mucho más alta entre los universitarios colombianos, con 11,5%, la que se compara con 2% en Bolivia, 4,6% en Ecuador y 3,2% en Perú, obteniéndose una tasa de consumo reciente de

marihuana de 5% para los universitarios de la CAN en general. Asimismo, las prevalencias de último año de consumo de cocaína, pasta base e inhalables son de 0,9%, 0,2% y 1,4% respectivamente para los universitarios andinos en general (Cuadro 2).

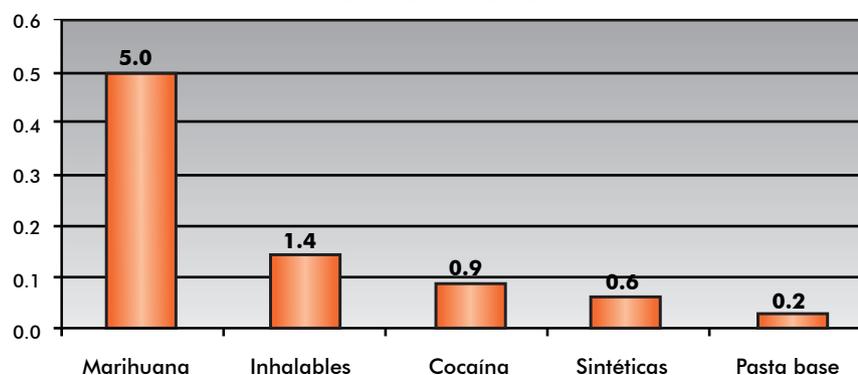
Cuadro 2: Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas naturales e inhalables, por país y comunidad andina en general

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú	CAN
Marihuana	2,0	11,5	4,6	3,2	5,0
Cocaína	0,2	2,5	0,6	0,5	0,9
Pasta Base	0,0	0,3	0,3	0,0	0,2
Inhalables	1,9	1,4	0,8	1,7	1,4

De esta forma y tal como se observa en el Gráfico 1, las drogas ilícitas de mayor consumo entre los universitarios andinos presentan el siguiente orden descendente: marihuana (5%), inhalables (1,4%),

clorhidrato de cocaína (0,9%), drogas sintéticas (con 0,6% si se considera el conjunto de todas ellas) y pasta base/básica/basuco con 0,2%.

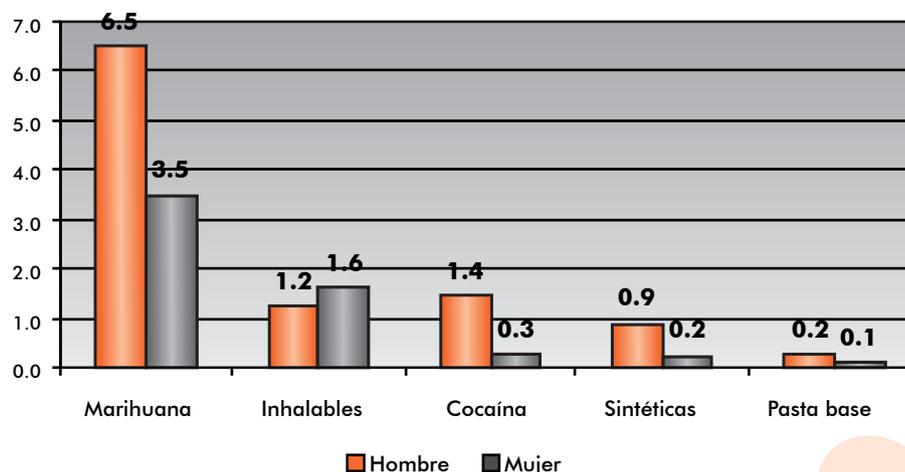
Gráfico 1: Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas en universitarios andinos



Con la excepción del consumo de sustancias inhalables, donde la prevalencia de consumo en el último año es más alta en las estudiantes mujeres, con 1,6% que se compara con 1,2% en los hombres (tendencia que se mantiene para Bolivia, Ecuador y

Perú, pero no en Colombia donde el consumo de hombres es superior al de mujeres), en todas las demás drogas el consumo es siempre considerablemente más alto en los estudiantes hombres con relación a las universitarias andinas (Gráfico 2).

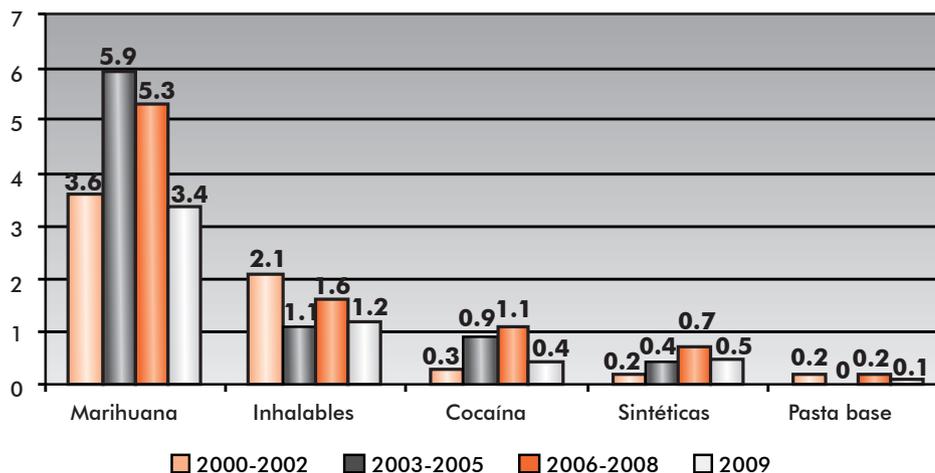
Gráfico 2: Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas en universitarios andinos, según sexo



La descripción del consumo de drogas ilícitas entre universitarios, a partir del año de ingreso a la Universidad (Gráfico 3), considerando periodos de tres años, indica que el ciclo que contempla el ingreso entre 2006-2008 presenta un leve mayor consumo de drogas sintéticas con relación a los demás. Sin embargo, en el caso del consumo de marihuana son los universitarios ingresados en los periodos 2003-2005 y 2006-2009 quienes presentan tasas de consumo reciente más altas, con 5,9% y 5,3% respectivamente. Algo similar

ocurre en el caso del consumo de cocaína, con tasas de 0,9% y 1,1% en los periodos recién mencionados. El consumo de pasta base varía entre prevalencias año de 0,2% entre los estudiantes más antiguos y los que ingresaron entre 2006 y 2008, para caer a 0,1% o menos en el resto de los ciclos mencionados. Por su parte, el mayor consumo de inhalables se registra entre aquellos estudiantes más antiguos, es decir, los ingresados en el periodo 2000-2002, con prevalencias de último año de 2,1%.

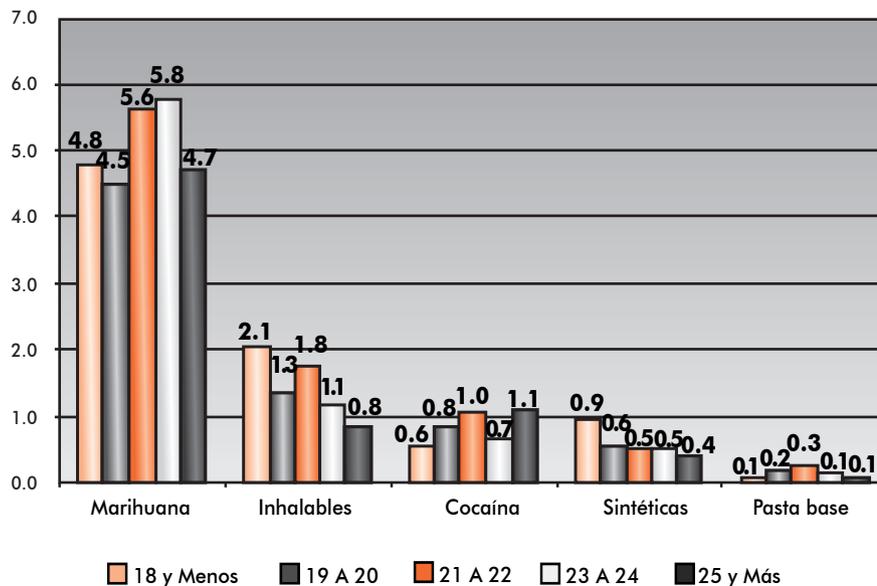
Gráfico 3: Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas en universitarios andinos, según años de ingreso a la universidad



Tal como se observa en el Gráfico 4, tanto el consumo de drogas sintéticas como el de inhalables registra las prevalencias más altas en aquellos universitarios andinos más jóvenes, con tasas de consumo reciente de 2,1% para inhalables en universitarios de 18 años o menos y 0,9% para drogas sintéticas. La marihuana alcanza los más altos registros de consumo en universitarios entre 21 y

24 años de edad, mientras que la cocaína los alcanza en estudiantes de 25 años y más, con una prevalencia de último año de 1,1%. La pasta base, por su parte, registra también prevalencias variables según los grupos etarios, pero una tasa más alta en aquellos estudiantes entre 21 y 22 años de edad.

Gráfico 4: Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas en universitarios andinos, según grupos etarios



3.2. Situación Económica Autopercebida

Con relación a la pregunta ¿Cómo calificaría su situación económica? que indaga sobre la percepción o la visión subjetiva que los propios estudiantes tienen sobre este aspecto, los resultados del Cuadro 3 indican que las tasas más altas de consumo actual

de tabaco se registran entre aquellos universitarios que perciben su situación económica como “regular” o “muy buena y buena”. En el caso del alcohol, las prevalencias de último mes más altas se registran entre aquellos estudiantes que perciben que su situación económica es muy buena o buena, alcanzando una tasa de consumo cercana al 48%.

Cuadro 3: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco y alcohol, según situación económica autopercebida por los estudiantes

	Situación Económica Autopercebida			Total
	Muy buena-Buena	Regular	Muy mala-Mala	
Tabaco mes	21,4	22,0	18,4	21,5
Alcohol mes	47,7	41,4	31,4	42,5

Las tasas de consumo reciente para drogas sintéticas, según la autopercepción de la situación económica, se presentan en el Cuadro 4 e indican que para todas las drogas consultadas las prevalencias son más altas entre aquellos estudiantes que consideran que su situación económica es muy

buena o buena, alcanzando un 0,9% de prevalencias año de consumo de cualquier droga sintética, que se compara con 0,4% y 0,3% entre estudiantes que perciben su situación económica como regular o muy mala-mala, respectivamente.

87

Cuadro 4: Prevalencia de último año de consumo de drogas sintéticas, según situación económica autopercebida por los estudiantes

	Situación Económica Autopercebida			Total
	Muy buena-Buena	Regular	Muy mala-Mala	
Éxtasis	0,4	0,2	0,2	0,3
LSD	0,5	0,1	0,1	0,2
Anfetamina	0,2	0,1	0,1	0,1
Drogas sintéticas - no éxtasis	0,6	0,3	0,2	0,4
Cualquier droga sintética, incluyendo éxtasis	0,9	0,4	0,3	0,6

Por su parte, las tasas de consumo reciente para drogas ilícitas naturales, según la autopercepción de la situación económica, registradas en el Cuadro 5, indican también que para todas las drogas consultadas las prevalencias son más altas entre aquellos estudiantes que consideran que su situación económica es muy buena o buena, con prevalencias de último año de 6,3% en marihuana, 1,2% en cocaína y 0,2% para pasta base, aunque en este último caso no existe diferencia con

aquellos que perciben que su situación económica es regular. Por su parte, **en el caso de los inhalables la prevalencia de último año más alta, de 2,5%, se registra en aquellos universitarios que perciben que su situación económica es muy mala o mala**, condición que es posible evidenciar también en tres de los cuatro países andinos cuando se realiza una descripción detallada por país, como se registra más adelante.

Cuadro 5: Prevalencias de último año de consumo de drogas ilícitas naturales e inhalables, según situación económica autopercebida por los estudiantes

	Situación Económica Autopercebida			Total
	Muy buena-Buena	Regular	Muy mala-Mala	
Prevalencia marihuana año	6,3	4,6	3,5	5,1
Prevalencia cocaína año	1,2	0,7	0,5	0,9
Prevalencia pasta base año	0,2	0,2	0,0	0,2
Prevalencia inhalables año	1,2	1,4	2,5	1,4

Los resultados del estudio indican que el consumo reciente de inhalables en universitarios andinos que perciben que su situación económica es muy mala o mala registran tasas de 2,5% en Bolivia, 1,4% en Ecuador y 3,9% en Perú, que se comparan con tasas de 1,5%, 0,5% y 0,8%, respectivamente, entre estudiantes que perciben que su situación económica es muy buena o buena. Sin embargo, esto no es así entre los universitarios colombianos, donde el consumo reciente de inhalables alcanza su registro

más alto entre estudiantes que perciben que su situación económica es muy buena o buena, con 2,2%, que se compara con 1,4% entre estudiantes que perciben que su situación económica es mala o muy mala. Los datos del Cuadro 6 probablemente den cuenta del consumo de sustancias inhalables distintas entre universitarios colombianos y el resto de los andinos, lo cual deberá ser investigado en nuevos estudios que indaguen con mayor detalle sobre el consumo de estas drogas.

Cuadro 6: Prevalencia de último año de consumo de inhalables, por país, según situación económica autopercebida por los estudiantes

Situación Económica Autopercebida	Prevalencia último año inhalables			
	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Muy buena - buena	1,5	2,2	0,5	0,8
Regular	1,9	0,7	1,0	1,6
Muy mala - mala	2,5	1,4	1,4	3,9
Total	1,9	1,4	0,8	1,7

En cuanto al consumo problemático, según la situación económica autopercebida por los universitarios andinos, existe un claro indicio que el consumo de drogas se torna más problemático en aquellos estudiantes que perciben que su situación económica es muy desfavorable, tomando como base a los consumidores de último año. Es así que las tasas de abuso de alcohol, medida en términos del audit² y presentadas en el cuadro 7, indican que entre quienes perciben su situación económica como muy mala o mala se registra el mayor nivel de abuso de alcohol, con una tasa de 35,3%. De igual

modo, la mayor tasa de estudiantes con signos de dependencia a marihuana, de 22,1%, se observa entre aquellos que perciben su situación económica como muy mala o mala. La situación se repite para las tasas de dependencia de cocaína y pasta base, que alcanzan un 43,4% y 73,1%, respectivamente, entre aquellos universitarios andinos que perciben que su situación económica es muy mala o mala. Conforme a estos datos, existe un claro indicio de que el consumo problemático de drogas afecta en mayor medida a aquellos universitarios andinos con una situación económica desfavorable.

² **Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**. El test AUDIT es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para el diagnóstico de alcoholismo. Es un cuestionario heteroaplicado, que puede ser administrado por personal auxiliar previamente entrenado para su uso.

Cuadro 7: Tasa de consumo problemático de alcohol y drogas ilícitas, según situación económica autopercebida por los estudiantes de la Comunidad Andina en general

	Situación Económica Autopercebida			Total
	Muy buena Buena	Regular	Muy mala-Mala	
Abuso alcohol-AUDIT	30,0	29,5	35,3	30,1
Dependencia marihuana	14,7	16,8	22,1	16,3
Dependencia cocaína	37,3	20,1	43,4	29,3
Dependencia pasta base	17,4	54,4	73,1	41,0

La descripción anterior es aplicable a los datos de autopercepción económica por países, con algunas importantes excepciones. En Bolivia y Colombia los consumos problemáticos de alcohol y marihuana tienden a ser considerablemente más altos entre universitarios que perciben una muy mala o mala situación económica. En Ecuador esto es así también entre los dependientes a marihuana, pero las diferencias por situación económica no son tan disímiles en el caso del abuso de alcohol. Entre los universitarios de Perú, por su parte, se mantienen amplias diferencias en

el abuso de alcohol, donde quienes perciben una situación económica desfavorable presentan las más altas tasas de abuso de alcohol con relación a aquellos de mejor situación económica. Sin embargo, y muy por el contrario de la tendencia observada en el resto de países andinos, los universitarios peruanos con mayores tasas de dependencia a marihuana se observan entre aquellos que perciben que su situación económica es "regular" a "muy buena o buena". Los detalles completos de esta descripción se presentan en el Cuadro 8.

Cuadro 8: Tasa de consumo problemático de alcohol y marihuana, según situación económica autopercebida por los estudiantes, por país

	Situación Económica Autopercebida			Total
	Muy buena Buena	Regular	Muy mala-Mala	
Bolivia				
Abuso alcohol	32,8	30,4	39,1	32,1
Dependencia marihuana	15,1	20,9	26,9	20,0
Colombia				
Abuso alcohol	30,2	31,8	35,1	31,4
Dependencia marihuana	18,3	18,5	23,4	18,9
Ecuador				
Abuso alcohol	33,7	35,1	36,3	34,5
Dependencia marihuana	10,2	14,9	17,7	12,9
Perú				
Abuso alcohol	17,8	20,8	28,0	20,7
Dependencia marihuana	10,4	11,2	5,6	10,6

3.3. Situación de pareja

La pregunta número 4 del cuestionario se refería “al estado civil o situación conyugal actual” de los estudiantes. En tal sentido y con el fin de dicotomizar la variable, para la siguiente descripción se consideró “**Con pareja**” y que corresponden a un 9,1%, a aquellos alumnos o alumnas universitarios que respondieron ser: Solteros que viven con pareja; Casados o que convive con pareja; Separado, divorciado que vive con pareja, o bien, Viudo con pareja. En todos los demás casos se los consideró “**Sin Pareja**”, lo cual representa un 90,9% de los casos e incluye las siguientes catego-

rias: Solteros que viven sin pareja; Separados, divorciados, que viven sin pareja; Viudos sin pareja.

Conforme a lo anterior, las declaraciones de consumo actual de tabaco y alcohol entre los estudiantes universitarios andinos, registradas en el Cuadro 9, no presentaron grandes diferencias según si vivían con o sin pareja, existiendo una leve mayor tasa de consumo entre aquellos que viven con pareja, con prevalencias mes de tabaco 24%, contra 21% entre aquellos sin pareja. En el caso del alcohol las tasas fueron de 43,5% y 42,4%, respectivamente.

Cuadro 9: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco y alcohol, según situación de pareja de los estudiantes

	Situación de Pareja		Total
	Con pareja (n=1780)	Sin pareja (n=20074)	
Tabaco mes	24,0	21,2	21,5
Alcohol mes	43,5	42,4	42,5

En el caso del consumo de drogas ilícitas y específicamente de las drogas sintéticas, la situación es inversa a la observada para las drogas lícitas. Como se observa en el Cuadro 10, en todos

los casos las prevalencias de último año de consumo de drogas sintéticas, entre los universitarios andinos sin pareja, duplican a las registradas por universitarios que viven con pareja.

Cuadro 10: Prevalencia de último año de consumo de drogas sintéticas, según situación de pareja de los estudiantes

	Situación de Pareja		Total
	Con pareja	Sin pareja	
Éxtasis	0,13	0,27	0,26
LSD	0,14	0,25	0,24
Anfetamina	0,00	0,16	0,15
Droga sintética, no éxtasis	0,16	0,41	0,39
Cualquier droga sintética incluyendo éxtasis	0,26	0,59	0,56

De igual modo, para el consumo de drogas ilícitas naturales e inhalables, la situación de consumo de aquellos estudiantes sin pareja supera a la de aquellos que viven con pareja. El Cuadro 11 indica que en el caso de marihuana las prevalencias de último año registradas fueron de 5,2% en estudiantes sin pareja, que se comparan con 3,2%

entre aquellos con pareja. Tales diferencias fueron de 0,9% contra 0,5% en cocaína y de 0,16% contra 0,11% en pasta base. Lo mismo se observó en el caso de inhalables, donde quienes viven sin pareja presentaron prevalencias de 1,5%, comparadas con tasas de 1% en aquellos viviendo con pareja.

Cuadro 11: Prevalencias de último año de consumo de drogas ilícitas naturales e inhalables, según situación de pareja de los estudiantes

	Situación de Pareja		Total
	Con pareja	Sin pareja	
Marihuana	3,15	5,24	5,05
Cocaína	0,54	0,89	0,86
Pasta base	0,11	0,16	0,15
Inhalables	1,04	1,46	1,42

3.4. Paternidad

Otra pregunta del cuestionario indagó si los estudiantes tenían o no hijos. De esta forma se constató que el consumo actual de tabaco es más alto entre universitarios con hijos, con tasas de

23,5% que se comparan con 21,3% entre aquellos sin hijos. No ocurre lo mismo en el caso del alcohol, donde los estudiantes sin hijos presentan un consumo actual de 42,6% comparable con un 40,8% entre aquellos con hijos (Cuadro 12).

Cuadro 12: prevalencia de último mes de consumo de tabaco y alcohol, según si estudiante tiene o no hijos

	Tiene o no Hijos		Total
	Sin Hijos (n=20273)	Con Hijos (n=1584)	
Tabaco mes	21,3	23,5	21,5
Alcohol mes	42,6	40,8	42,5

En el caso de drogas sintéticas la condición de ser padre o madre aparece como un importante factor protector entre los universitarios. Sólo el éxtasis presenta un leve consumo, de 0,1%, entre estudiantes con hijos, que se triplica entre los estudiantes sin hijos, alcanzando un 0,3%. Asimismo y tal como se

observa en el Cuadro 13, se registran consumos de LSD y anfetaminas solamente entre los estudiantes sin hijos. En términos generales, el consumo reciente de todas las drogas sintéticas alcanza un 0,6% entre estudiantes sin hijos, el que se reduce a 0,1% entre aquellos con hijos.

Cuadro 13: Prevalencia de último año de consumo de drogas sintéticas, según si estudiante tiene o no hijos

	Tiene o no Hijos		Total
	Sin Hijos	Con Hijos	
Éxtasis	0,3	0,1	0,3
LSD	0,3	0,0	0,2
Anfetamina	0,2	0,0	0,1
Droga sintética, no éxtasis	0,4	0,0	0,4
Cualquier droga sintética incluyendo éxtasis	0,6	0,1	0,6



De igual modo, la paternidad y/o maternidad cobra un nivel de protección para el consumo de drogas como marihuana, cocaína, pasta base e inhalables, donde en todos los casos las prevalencias de último año son más altas entre aquellos estudiantes sin hijos. En los casos de marihuana, pasta base e inhalables, quienes tienen hijos presentan tasas de consumo reciente

de 2,6%, 0,1% y 0,7%, respectivamente, y que son la mitad que las de su contraparte, los estudiantes sin hijos, con tasas de 5,3%, 0,2% y 1,5% respectivamente. Sin embargo, no se observan tan amplias diferencias en el caso de universitarios que consumieron cocaína en forma reciente, con prevalencias año de 0,9% entre los sin hijos y de 0,7% entre los con hijos (Cuadro 14).

Cuadro 14: Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas naturales e inhalables, según si estudiante tiene o no hijos

	Tiene o no Hijos		Total
	Sin Hijos	Con Hijos	
Marihuana	5,3	2,6	5,0
Cocaína	0,9	0,7	0,9
Pasta base	0,2	0,1	0,2
Inhalables	1,5	0,7	1,4

Al realizar una descripción por sexo, se observa que entre **las mujeres con hijos** no existe declaración de consumo de drogas sintéticas. De igual modo, el consumo de estas drogas entre hombres con hijos sólo aparece levemente en las declaraciones de consumo de éxtasis. Por

contrapartida, el consumo se concentra entre **mujeres sin hijos**, con una prevalencia año de 0,25%, pero fundamentalmente entre los hombres sin hijos, donde la prevalencia de último año de consumo de cualquier droga sintética alcanza un 0,95%. (Cuadro 15).

Cuadro 15: Prevalencia de último año de consumo de drogas sintéticas por sexo, según si estudiante tiene o no hijos

	Sexo					
	Hombre			Mujer		
	Sin Hijos (n=9703)	Con Hijos (n=707)	Total (n=10410)	Sin Hijos (n=10570)	Con Hijos (n=877)	Total (n=11447)
Éxtasis	0,41	0,12	0,39	0,14	0,00	0,12
Cualquier droga sintética incluyendo éxtasis	0,95	0,12	0,88	0,25	0,00	0,22

Al realizar una descripción por sexo de la pregunta sobre tener o no hijos, para drogas ilícitas naturales e inhalables, el Cuadro 16 muestra que la prevalencia de último año de consumo de marihuana entre las mujeres con hijos es de 1,4%, que se compara con un 3,7% entre aquellas

universitarias andinas sin hijos. Las diferencias son también muy amplias entre los estudiantes hombres donde el consumo reciente de marihuana, entre aquellos con hijos, es de 3,9%, pero asciende a 6,7% entre aquellos sin hijos. Entre las mujeres con hijos no se registran declaraciones de consumo



reciente de cocaína y pasta base, las que son de 0,35 y 0,1% entre las estudiantes sin hijos. Entre los estudiantes hombres, en cambio, no existen mayores diferencias entre el consumo de cocaína según sean padres o no, pero las diferencias reaparecen en el caso de pasta base, donde las tasas de consumo de los sin hijos triplican a las de aquellos con hijos. Por su parte, el consumo de sustancias inhalables es diferente en este aspecto, ya que las

mujeres con y sin hijos presentan tasas de consumo reciente muy cercanas, de 1,2% y 1,7% respectivamente. Sin embargo, el consumo de los estudiantes hombres con hijos es muy bajo, con una tasa de 0,2%, que asciende a 1,3% entre aquellos sin hijos. Es decir, en el caso del consumo de inhalables sólo se registra un menor nivel de consumo entre aquellos universitarios hombres con hijos.

Cuadro 16: Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas naturales e inhalables, por sexo, según si estudiante tiene o no hijos

	Sexo					
	Hombre			Mujer		
	Sin Hijos	Con Hijos	Total	Sin Hijos	Con Hijos	Total
Marihuana	6,7	3,9	6,5	3,7	1,4	3,5
Cocaína	1,4	1,5	1,4	0,3	0,0	0,3
Pasta base	0,3	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1
Inhalables	1,3	0,2	1,2	1,7	1,2	1,6

3.5. Situación Ocupacional

El estudio también indagó acerca de la situación ocupacional de los universitarios, es decir, si éstos trabajaban además de estudiar en la Universidad. Los resultados para el consumo actual de tabaco no

muestran diferencias según esta condición. En el caso del alcohol, la prevalencia de último mes de consumo de alcohol es de 43,3% entre los que sí trabajan además de estudiar, y de 42% entre los que no trabajan (Cuadro 17).

Cuadro 17: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco y alcohol, según situación ocupacional del estudiante

	Situación Ocupacional		Total
	No trabaja (n=15541)	Si Trabaja (n=6316)	
Tabaco mes	21,4	21,6	21,5
Alcohol mes	42,0	43,3	42,5

Cuadro 18: Prevalencia de último año de consumo de drogas sintéticas, según situación ocupacional del estudiante

	Situación Ocupacional		Total
	No trabaja	Si Trabaja	
Éxtasis	0,3	0,2	0,3
LSD	0,2	0,2	0,2
Anfetamina	0,2	0,1	0,1
Droga sintética, no éxtasis	0,4	0,3	0,4
Cualquier droga sintética incluyendo éxtasis	0,6	0,4	0,6

En el caso de las demás drogas ilícitas y según se observa en el Cuadro 19, la prevalencia de último año de consumo de marihuana es de 5,4% entre los estudiantes que sí trabajan, mientras que en los que no trabajan es de 4,8%. El consumo reciente de cocaína es levemente superior entre estudiantes que no trabajan, con 1%, con relación a los que trabajan con tasas de 0,7%. En el caso de pasta

base, el consumo reciente de quienes no trabajan duplica al de los que trabajan, con 0,2% y 0,1% respectivamente. Por su parte, el consumo de inhalables también es más alto entre los universitarios que no trabajan, con una tasa de uso reciente de 1,7% que desciende a 0,9% entre los universitarios que sí trabajan.

Cuadro 19: Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas naturales e inhalables, según situación ocupacional del estudiante

	Situación Ocupacional		Total
	No trabaja	Si Trabaja	
Marihuana	4,8	5,4	5,0
Cocaína	1,0	0,7	0,9
Pasta base	0,2	0,1	0,2
Inhalables	1,7	0,9	1,4

3.6. Situación de convivencia

La pregunta 9 del cuestionario indagó acerca de la situación de convivencia de los universitarios encuestados, esto es, si viven con los padres, familiares, pareja, amigos o solos. Aquellos que “Viven en casa de los padres” representaron al 70,5% de la muestra. Por su parte, los ítems: “Vive en la Universidad o Campus Universitario; En casa de un familiar o Con la pareja” se consolidaron como una sola categoría de respuesta en “Vive con pareja, amigos o familiar”, representando al 15,2% de las respuestas. Finalmente, se consolidó como

un tercer grupo a los ítems “Vive fuera de la Universidad con compañeros o amigos; Vive solo y fuera de la Universidad o cualquier otra situación”, que representó un 14,2% de las respuestas de los encuestados.

Conforme a lo anterior, no se registraron diferencias importantes en las respuestas sobre consumo actual de tabaco según situación de convivencia. Por su parte, el consumo actual de alcohol es más alto en los universitarios que viven en casa de los padres, con 43,9%, bordeando el 40% en las otras dos situaciones (Cuadro 20).

Cuadro 20: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco y alcohol, según lugar y personas con las que vive el estudiante

	Donde y Con quien vive			Total
	Vive en casa de los padres (n=15417)	Vive con pareja, amigos o familiar (n=3327)	Vive fuera de la Universidad con amigos, solo u otra situación (n=3113)	
Tabaco mes	21,5	22,0	20,8	21,5
Alcohol mes	43,9	39,7	39,1	42,5

En el caso de las prevalencias de último año de consumo de cualquier droga sintética, el Cuadro 21 muestra que las tasas más altas se registran entre los universitarios que viven fuera de la universidad

con amigos, solos u otra situación, con 0,8%, que se compara con un 0,6% entre estudiantes que viven en casa de los padres y 0,3% en aquellos que viven con pareja, amigos o familiares.

Cuadro 21: Prevalencia de último año de consumo de drogas sintéticas, según lugar y personas con las que vive el estudiante

	Donde y Con quien vive			Total
	Vive en casa de los padres	Vive con pareja, amigos o familiar	Vive fuera de la Universidad con amigos, solo u otra situación	
Éxtasis	0,3	0,2	0,2	0,3
Anfetamina	0,1	0,1	0,4	0,1
LSD	0,3	0,1	0,3	0,2
Droga sintética, no éxtasis	0,4	0,2	0,6	0,4
Cualquier droga sintética incluyendo éxtasis	0,6	0,3	0,8	0,6

En la descripción para marihuana, en el Cuadro 22 se observa un leve mayor consumo entre los universitarios que viven en casa de los padres, con una tasa de 5,4% que se compara con 5,1% entre quienes viven fuera de la universidad con amigos, solos u otra situación. La tasa de consumo reciente más baja, de 3,6%, se registra entre estudiantes

que viven con pareja, amigos o familiares. Esta última situación de convivencia se muestra también más protectora que las otras en el caso del consumo reciente de cocaína, con 0,6%, pero en cambio registra la tasa más alta en estudiantes que usaron inhalables con 1,7%.

95

Cuadro 22: Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas naturales e inhalables, según lugar y personas con las que vive el estudiante

	Donde y Con quien vive			Total
	Vive en casa de los padres	Vive con pareja, amigos o familiar	Vive fuera de la Universidad con amigos, solo u otra situación	
Marihuana	5,4	3,6	5,1	5,0
Cocaína	0,9	0,6	1,0	0,9
Pasta base	0,2	0,1	0,0	0,2
Inhalables año	1,5	1,7	0,8	1,4

En el caso del consumo problemático de drogas, en el Cuadro 23 se observan algunas situaciones distintas a las registradas en el consumo experimental u ocasional. La tasa de abuso de alcohol, entre consumidores recientes, alcanza un 32,6% en universitarios que viven con pareja,

amigos o familiares, mientras que en las otras dos situaciones de convivencia es más baja y bordea el 30%. La tasa de abuso de marihuana es más alta entre los universitarios que viven fuera de la Universidad con amigos, solos u otra situación, con 14,1%, siendo de casi 12% entre quienes viven en



casa de los padres y de 7,2% entre los que viven con pareja, amigos o familiares. Por su parte, la tasa de dependencia a marihuana alcanza un 20,6% entre quienes viven fuera de la Universidad con amigos, solos u otra situación, manteniéndose en torno al 15% en las otras situaciones de convivencia. La tasa de abuso de cocaína asciende hasta el 26,7% entre quienes viven fuera de la Universidad con amigos, solos u otra situación y baja hasta el 9,5% y 7,3% entre quienes viven con los padres o bien con pareja, amigos o familiares, respectivamente. Finalmente, la tasa de dependencia a cocaína

asciende hasta el 37,3% entre universitarios que viven fuera de la Universidad con amigos, solos u otra situación, y es de 28,9% entre aquellos que viven con los padres y de 16,6% entre los que viven con pareja, amigos o familiares. Es importante observar que, contrario al sentido común, vivir con la pareja, amigos o familiares se muestra más favorable a reducir el consumo problemático de drogas que el vivir en casa de los padres, situación que merecerá análisis más específicos y más allá de lo descriptivo en futuros estudios.

Cuadro 23: Tasa de consumo problemático de drogas (abuso o dependencia), según lugar y personas con las que vive el estudiante

	Vive en casa de los padres	Vive con pareja, amigos o familiar	Vive fuera de la Universidad con amigos, solo u otra situación	Total
Abuso Alcohol	29,6	32,6	30,1	30,1
Abuso Marihuana	11,9	7,2	14,1	11,7
Dependencia Marihuana	15,5	14,9	20,6	16,3
Abuso Cocaína	9,5	7,3	26,7	12,6
Dependencia Cocaína	28,9	16,6	37,3	29,3

3.7. Pueblos originarios

La pregunta 13 del cuestionario indagó acerca del consumo de drogas según pertenencia o no a alguno de los pueblos originarios andinos. El 94,1% de los encuestados declaró no pertenecer a pueblos originarios, mientras que un 4,6% se declaró Quechua o Quichua y un 1,2% Aymara.

Conforme a lo anterior, en el Cuadro 24 se observa que el mayor consumo actual de tabaco se registra

entre estudiantes no pertenecientes a pueblos originarios con 22%, seguido de Quechuas con 17,3% y Aymaras con 13,7%. De igual modo, el consumo actual de alcohol es considerablemente más alto entre universitarios que no pertenecen a pueblos originarios, con tasas cercanas al 45%, las que son de 23,3% entre los Quechuas y de 26,8 entre universitarios Aymaras.



Cuadro 24: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco y alcohol, según si el estudiante pertenece o no a un pueblo originario

	Pueblos originarios			Total
	Aymaras (n=271)	Quechuas (n=1016)	No pertenece (n=20570)	
Tabaco mes	13,7	17,3	22,0	21,5
Alcohol mes	26,8	23,3	44,7	42,5

En el caso de drogas sintéticas, si bien la mayor tasa de consumo reciente de cualquier droga sintética, de 0,61%, se registra entre universitarios no

pertencientes a pueblos originarios, las tasas son de 0,11% entre Quechuas y 0,28% entre universitarios de origen Aymara (Cuadro 25).

Cuadro 25: Prevalencia de último año de consumo de drogas sintéticas, según si el estudiante pertenece o no a un pueblo originario

	Pueblos originarios			Total
	Aymaras	Quechuas	No pertenece	
Éxtasis	0,18	0,00	0,29	0,26
LSD	0,00	0,11	0,26	0,24
Anfetamina	0,10	0,01	0,16	0,15
Droga sintética, no éxtasis	0,10	0,11	0,42	0,39
Cualquier droga sintética incluyendo éxtasis	0,28	0,11	0,61	0,56

En el caso de las prevalencias de último año de consumo de marihuana la mayor tasa de consumo, de 5,5%, se registra en universitarios que no pertenecen a pueblos originarios, las que son de 1,21% entre los de origen Quechua y 0,93% entre universitarios Aymaras. Las diferencias se mantienen para drogas como cocaína y pasta base, mostrando que las tasas más altas se registran

entre estudiantes que no pertenecen a etnias originarias. Sin embargo y en el caso específico de las sustancias inhalables, éstas registran las mayores tasas de consumo reciente entre los universitarios de origen Quechua, con 2,37%, siendo de 1,34% entre estudiantes que no pertenecen a pueblos originarios y de 0,51% entre los de origen Aymara (Cuadro 26).

Cuadro 26: Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas naturales e inhalables, según si el estudiante pertenece o no a un pueblo originario

	Pueblos originarios			Total
	Aymaras	Quechuas	No pertenece	
Marihuana	0,93	1,21	5,50	5,05
Cocaína	0,09	0,18	0,94	0,86
Pasta base	0,09	0,00	0,17	0,15
Inhalables	0,51	2,37	1,34	1,42

IV. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

4.1. Conductas de Riesgo para ETS

Algunas conductas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual se describen a continuación en su relación con el consumo de drogas entre universitarios andinos. En este sentido un 7,6% de los universitarios menciona haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras(es) sexuales del sexo opuesto y un 0,5% con trabajadoras(es) sexuales del mismo sexo. Ambas preguntas se consolidaron

en una sola, lo cual representa a 8,1% de estudiantes que han incursionado en este tipo de relaciones.

Conforme a lo anterior, en el Cuadro 27 se puede constatar que la prevalencia de consumo actual de tabaco y alcohol es de 47% y 69% respectivamente en universitarios que mantuvieron relaciones sexuales con trabajadoras(es) sexuales del sexo opuesto y/o del mismo sexo, tasa que disminuye al 19,2% para tabaco y 40% para alcohol entre aquellos que no han incursionado en este tipo de relaciones.

Cuadro 27: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco y alcohol, según si el estudiante ha tenido relaciones sexuales con trabajadoras(es) sexuales del sexo opuesto y/o del mismo sexo

	Sexo con Trabajadoras(es) sexuales del mismo sexo y/o sexo opuesto		Total
	Si	No	
Tabaco mes	47,0	19,2	21,5
Alcohol mes	69,1	40,1	42,5

De igual modo el consumo reciente de cualquier droga sintética alcanza al 2,16% entre quienes han tenido relaciones con trabajadoras(es) sexuales del sexo opuesto y/o mismo sexo y es de 0,42% entre quienes no las han tenido. En los registros para

cada droga sintética es posible constatar igual situación, es decir, existe mayor consumo entre estudiantes que han tenido conductas sexuales de mayor riesgo (Cuadro 28).

Cuadro 28: Prevalencia de último año de consumo de drogas sintéticas, según si el estudiante ha tenido relaciones sexuales con trabajadoras(es) sexuales del sexo opuesto y/o del mismo sexo

	Sexo con Trabajadoras(es) sexuales del mismo sexo y/o sexo opuesto		Total
	Si	No	
Éxtasis	1,26	0,17	0,26
LSD	0,44	0,22	0,24
Anfetamina	0,73	0,10	0,15
Droga sintética, no éxtasis	1,19	0,32	0,39
Cualquier droga sintética incluyendo éxtasis	2,16	0,42	0,56

En el caso del consumo reciente de marihuana, ésta alcanza registros de 10,7% entre quienes han tenido relaciones con trabajadoras(es) sexuales del sexo opuesto y/o del mismo sexo, descendiendo un 4,6% entre los que no lo han hecho. Las prevalencias son igualmente más altas en el caso del consumo de cocaína entre los que han tenido sexo con trabajadoras(es) sexuales del sexo opuesto y/o del mismo sexo, con 2,3% en comparación con una tasa de consumo reciente de 0,7% en quienes no han tenido estas relaciones. En cuanto al consumo reciente de pasta base, los registros son de 0,8% en universitarios que sí han

tenido estas conductas sexuales de riesgo, contra 0,1% entre quienes no las han tenido. Sin embargo, en el caso de los inhalables, la mayor tasa se registra entre los universitarios que no han mantenido este tipo de relaciones, con 1,5%, que se compara con 0,9% en estudiantes que sí las han tenido. Conforme a ello, la evidencia muestra que aquellos estudiantes que mantienen relaciones sexuales de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, se arriesgan más a usar drogas tanto lícitas como ilícitas, con la excepción de los inhalables (Cuadro 29).

Cuadro 29: Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas naturales e inhalables, según si el estudiante ha tenido relaciones sexuales con trabajadoras(es) sexuales del sexo opuesto y/o del mismo sexo

	Sexo con Trabajadoras(es) sexuales del mismo sexo y/o sexo opuesto		Total
	SI	NO	
Marihuana	10,7	4,6	5,0
Cocaína	2,3	0,7	0,9
Pasta base	0,8	0,1	0,2
Inhalables	0,9	1,5	1,4

4.2. Conductas de Riesgo en el Uso de Alcohol

La pregunta 38 del cuestionario incluyó cuatro alternativas o subpreguntas sobre la percepción de conductas de riesgo sobre el uso del alcohol, **como considerar que emborracharse influye o no en tener sexo, tener sexo sin preservativo, consumir drogas y/o tener un accidente**. Para cada una de ellas se presentaron 3 alternativas de respuesta: "sí", "no" y "no sabe", las cuales fueron dicotomizadas asignando el valor 1 a la respuesta "sí" y 0 a las restantes. A continuación se construyó una escala como suma de las 4 subpreguntas dicotomizadas, lo que da un rango para la escala de 0 a 4. A continuación se describe, mediante la escala enunciada, la asociación entre tales conductas riesgosas y el consumo de drogas y abuso de alcohol.

El Cuadro 30 indica que aquellos estudiantes que mencionan no haber tenido tales conductas de riesgo (suma de escala igual a 0) registran una prevalencia de último mes de consumo de alcohol de 22,8%, muy por debajo de la prevalencia de último mes promedio de 42,5% para los universitarios andinos en general. En todos los casos las prevalencias de último mes de alcohol son considerablemente más altas cuando sí se registra alguna de tales conductas riesgosas, con un registro máximo de 49,4%. En el caso del consumo actual de tabaco, la tasa de uso actual es de 12,4% en universitarios que no presentan las conductas de riesgo de la escala, el que se duplica y asciende hasta el 24% cuando están presentes algunas conductas de la escala de riesgos. Por su parte, la tasa de abuso de alcohol es más baja que la tasa promedio general

(30,1%) cuando no hay elementos de la escala mencionados (21,2%) y asciende a 34,8% cuando sí están presentes conductas de riesgo de esta escala. En el caso del consumo reciente de marihuana, quienes no presentan las conductas de riesgo registran prevalencias de 1%, la que llega a 5,6% cuando están presentes las 4 conductas de riesgo de la escala. La prevalencia de último año de consumo de cocaína es de 0,2% entre quienes no registran conductas de riesgo y asciende a cerca de 1% con tres o cuatro conductas de riesgo presentes. Asimismo, las conductas de riesgo de alcohol se

muestran asociadas con el consumo de drogas sintéticas. Quienes no presentan conductas de riesgo de alcohol registran prevalencias año de consumo de drogas sintéticas de 0,1%, que ascienden a 0,4% o más con conductas riesgosas presentes.

En todos los casos se observó que quienes perciben que emborracharse no tiene influencia en asumir ciertas conductas de riesgo, registran mayores consumos de drogas y abuso de alcohol que aquellos que sí tienen una percepción de tales riesgos.

Cuadro 30: Escala de conductas de riesgo de uso alcohol y su asociación con el consumo de drogas y abuso de alcohol

	Escala de riesgo de alcohol					Total
	0	1	2	3	4	
Prevalencia alcohol mes	22,8	36,9	43,7	49,4	40,4	42,5
Prevalencia tabaco mes	12,4	19,4	23,6	24,1	20,3	21,5
Abuso alcohol (AUDIT)	21,2	26,3	27,6	34,8	29,0	30,1
Prevalencia marihuana año	1,0	4,8	3,9	4,9	5,6	5,0
Prevalencia cocaína año	0,2	0,9	0,4	1,0	0,9	0,9
Prev. año cualquier droga sintética incluyendo éxtasis	0,1	0,7	0,4	0,5	0,6	0,6

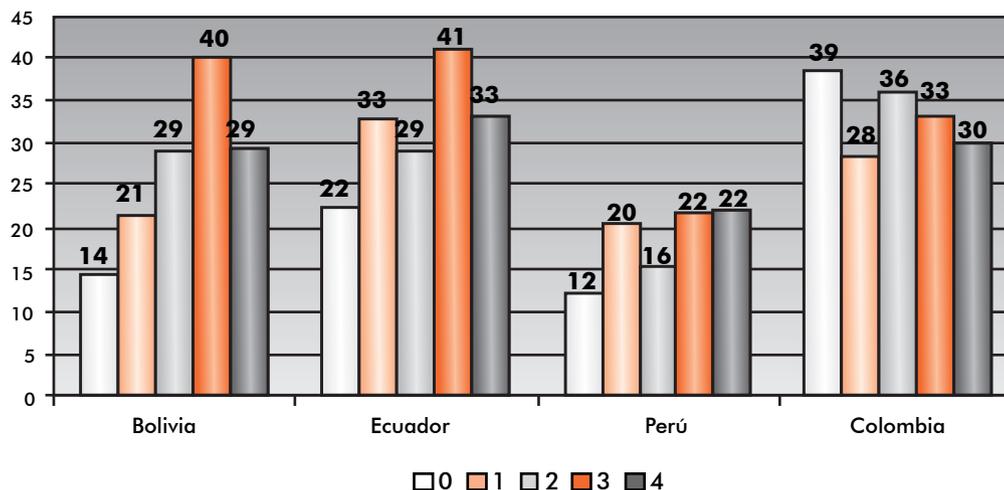
En el Cuadro 31 se presenta la escala de riesgo de alcohol y su asociación con el abuso de alcohol entre los universitarios de cada uno de los países andinos. En tres de los cuatro países andinos las tasas de abuso de alcohol en universitarios son considerablemente más bajas cuando están ausentes las conductas de riesgo de alcohol y, consecuentemente, aumentan con la presencia de tres de las cuatro conductas de riesgo. En cambio

esto no es así entre los universitarios colombianos, quienes presentan la tasa de abuso de alcohol más alta cuando hay mayor percepción de los riesgos, es decir, cuando ningún elemento de la escala está presente (Gráfico 5). Esto demuestra que estar informado o tener conciencia de una situación riesgosa no siempre es garantía para evitar tales conductas riesgosas, principalmente cuando el nivel de abuso supera la capacidad de autocontrol.

Cuadro 31: Abuso de alcohol (% de acuerdo a AUDIT) según escala de riesgo de alcohol, por país

	AUDIT	Escala de riesgo de alcohol					Total
		0	1	2	3	4	
Bolivia	positivo	14,4	21,5	28,9	40,0	29,3	32,1
Ecuador	positivo	22,2	32,6	29,1	41,2	33,2	34,5
Perú	positivo	12,2	20,3	15,5	21,7	22,1	20,7
Colombia	positivo	38,6	28,3	35,8	33,2	29,7	31,4

Gráfico 5: Abuso de alcohol (% de acuerdo a AUDIT) según escala de riesgo de alcohol, por país



4.3. Lugares de consumo de alcohol más frecuente y su relación con el abuso de drogas

El Cuadro 32 muestra la asociación que existe entre los lugares donde los universitarios andinos consumen alcohol más frecuentemente y el consumo problemático de alcohol y drogas ilícitas. Esto indica que el consumo de drogas puede ser considerablemente más alto en determinados lugares y espacios físicos frecuentados por los jóvenes universitarios para beber alcohol. Es así como la tasa de abuso de alcohol es de 69% entre universitarios que consumen alcohol con más frecuencia en el parque o zonas recreativas, seguido por quienes consumen en la universidad (57,9%), en una tienda (57,1%), en el trabajo (53,7%) o en lugares cerca de la universidad (53,1%).

La tasa de abuso de marihuana más alta, de 16%, se registra en aquellos estudiantes que consumen alcohol con más frecuencia en eventos, conciertos y partidos; seguido de quienes consumen en fiestas, bares y discotecas. Por su parte, la mayor dependencia a marihuana se observa en estudiantes que consumen alcohol con más frecuencia en el trabajo (34,7%), en el parque o zonas recreativas (31,5%), en la universidad (28,7%), en una tienda (23,6%) y en lugares cerca de la universidad o en un paseo (21%).

La dependencia a cocaína es más alta entre estudiantes que beben alcohol frecuentemente en la universidad (66%), en el trabajo (63,4%), en el parque o zonas recreativas (57,8%), en lugares cerca de la universidad (42,5%) y en una tienda (41,2%).

Cuadro 32: Tasas de consumo problemático de drogas según el lugar donde los universitarios andinos consumen alcohol con más frecuencia

¿Dónde consume alcohol con más frecuencia?		Abuso Alcohol	Abuso Marihuana	Dependencia Marihuana	Dependencia cocaína
En mi propia casa	No	28,9	11,8	16,1	27,6
	Si	39,6	11,3	17,2	33,9
En casa de mis amigos	No	24,6	13,7	16,8	34,2
	Si	47,2	9,0	15,6	24,6
En la universidad	No	28,9	12,1	14,8	20,6
	Si	57,9	8,6	28,7	66,0
En lugares cerca a la universidad	No	24,5	14,3	13,1	16,8
	Si	53,1	7,6	21,6	42,5
En el parque o zonas recreativas	No	28,9	12,0	14,4	21,1
	Si	69,3	9,6	31,5	57,8
En fiestas, bares o discotecas	No	20,0	6,2	22,0	46,6
	Si	40,7	13,9	14,1	24,8
En eventos (conciertos, partidos, etc.)	No	26,5	9,7	15,7	25,6
	Si	47,8	16,0	17,5	34,4
En el trabajo	No	29,9	11,8	15,9	28,9
	Si	53,7	7,0	34,7	63,4
En una tienda	No	27,7	12,6	14,7	22,9
	Si	57,1	7,6	23,6	41,2
En un paseo	No	28,1	12,5	14,9	26,1
	Si	46,9	9,1	21,3	34,3
TOTAL		30,1	11,7	16,3	29,3

4.4. Conductas de Riesgo en el entorno cercano

El Cuadro 33 registra la asociación entre conductas de riesgo en el entorno cercano y el consumo problemático de drogas. El abuso de drogas tiende a ser más alto cuando otras personas del entorno

más cercano también abusan de drogas. Es así como la tasa de abuso de alcohol es de 35,7% entre aquellos universitarios andinos que tienen familiares que se emborrachan con frecuencia y es de 33,7% en aquellos que tienen amigos que se emborrachan con frecuencia. El abuso de alcohol es considerablemente más bajo cuando no se tiene

familiares o amigos que se emborrachan con frecuencia, con tasas de 22,7% y 13,3% respectivamente.

De igual modo, las tasas de abuso de marihuana entre universitarios con familiares o amigos que se emborrachan con frecuencia, de 14,9% y 12,4% respectivamente, duplican a la de aquellos que no presencian estas conductas en su entorno cercano, con tasas de 7,1% y 6,1% respectivamente. Algo similar se observa con relación a la dependencia a marihuana, con tasas de 18% y 17% respectiva-

mente entre quienes tienen algún familiar o amigo que se emborracha con frecuencia, que se compara con tasas de 13,9% y 10,7% entre quienes no presencian estas conductas en su entorno cercano.

Asimismo, la tasa de dependencia a cocaína entre universitarios con familiares o amigos que se emborrachan con frecuencia, de 30% y 29% respectivamente, están por encima de aquellos que no presencian estas conductas, con tasas de 26,7% y 19,5% respectivamente.

Cuadro 33: Consumo problemático de drogas, según presencia o no de conductas de riesgo en el entorno cercano

	Tiene familiares que se emborrachan con frecuencia		Tiene amigos que se emborrachan frecuentemente		TOTAL
	NO	SI	NO	SI	
Abuso Alcohol	22,7	35,7	13,3	33,7	30,1
Abuso Marihuana	7,1	14,9	6,1	12,4	11,7
Dependencia Marihuana	13,9	18,0	10,7	17,0	16,3
Dependencia Cocaína	26,7	30,0	19,5	29,4	29,3

4.5. Factores de Riesgo para el Consumo de Drogas Sintéticas

La pregunta 48 del cuestionario presenta 18 subpreguntas relacionadas con mitos y realidades sobre el consumo de drogas sintéticas. Aquellos estudiantes que respondieron estar "muy de acuerdo" o "de acuerdo" con afirmaciones que asignan un valor positivo a mitos sobre estas drogas, demostrando su falta de información y desconocimiento sobre los riesgos que conlleva el consumo de las drogas sintéticas, han sido considerados "en riesgo" (valor 1 al dicotomizar la variable). Por su parte, aquellos universitarios que estuvieron "muy en desacuerdo" o "en desacuerdo" con las preguntas, demostraron estar más informados sobre estas drogas y por ende fueron

considerados "sin riesgo" (valor 0 al dicotomizar la variable), es decir, se esperaría de ellos una menor situación de riesgo frente al consumo de drogas sintéticas. Uno de los 18 ítems aludidos: "las drogas sintéticas se deben consumir sin alcohol" fue recodificado en forma inversa a los demás, es decir, se consideró "en riesgo" a aquellos estudiantes que estuvieron "muy en desacuerdo o en desacuerdo" con esta afirmación.

En consecuencia con lo anterior, se seleccionaron sólo 3 subpreguntas de las 18 para construir una Escala sobre Riesgos Asociados a las Drogas Sintéticas, como una suma de las tres subpreguntas dicotomizadas, lo que da un rango para la escala de 0 a 3. Estos tres ítems mostraron predecir mejor el riesgo para el consumo de drogas sintéticas. Los

ítems seleccionados fueron los siguientes: 1) El consumo de drogas sintéticas ayuda a pasarla mejor en la fiesta; 2) El uso de drogas sintéticas se puede controlar y no causa adicción y 3) Las drogas sintéticas son menos dañinas para el cuerpo que la cocaína, pasta base/basuco.

El Cuadro 34 muestra cómo el consumo de drogas sintéticas entre los universitarios de los cuatro

países andinos es considerablemente más bajo cuando no están presentes los factores de riesgo enunciados para construir la escala. Por contrapartida, las prevalencias de último año de consumo de drogas sintéticas son mucho mayores cuando sí hay presencia de uno o más de los factores de riesgo para el consumo de drogas sintéticas. Para una mejor comprensión de los datos por país, éstos se presentan también en el Gráfico 6.

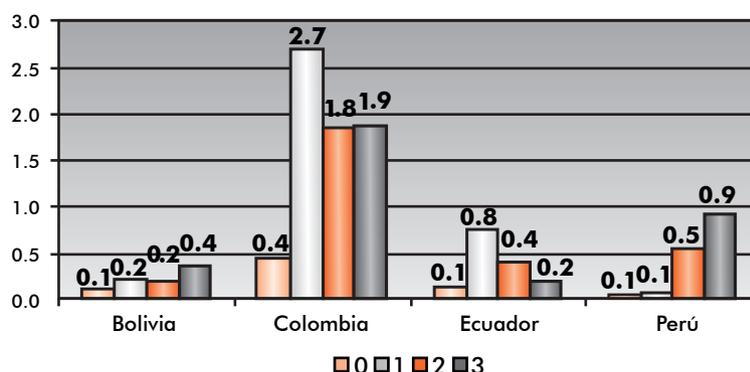
Cuadro 34: Prevalencia de último año de consumo de cualquier droga sintética, según escala de riesgos asociados a dicho consumo, por país

		Escala de riesgo de drogas sintéticas				Total
		0	1	2	3	
Bolivia	No	99,9	99,8	99,8	99,6	99,8
	Si	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2
Colombia	No	99,6	97,3	98,2	98,1	98,4
	Si	0,4	2,7	1,8	1,9	1,6
Ecuador	No	99,9	99,2	99,6	99,8	99,6
	Si	0,1	0,8	0,4	0,2	0,4
Perú	No	99,9	99,9	99,5	99,1	99,7
	Si	0,1	0,1	0,5	0,9	0,3
CAN	No	99,8	99,1	99,4	99,4	99,4
	Si	0,2	0,9	0,6	0,6	0,6

En el caso de los universitarios de Bolivia, la tasa de consumo reciente es de 0,1% cuando no hay conductas de riesgo presentes (suma de la escala igual a 0), pero asciende hasta 0,4% cuando todos los factores de riesgo de la escala están presentes. Entre los universitarios de Colombia, la prevalencia año de cualquier droga sintética es de 0,4% sin presencia de conductas de riesgo para el uso de drogas sintéticas, pero asciende a 2,7% con un

factor de riesgo de la escala presente. Por su parte, en Ecuador, la prevalencia año de 0,1% en estudiantes sin riesgo, sube hasta 0,8% con un factor de riesgo de la escala presente. Finalmente, los estudiantes de Perú sin factores de riesgo presentan un consumo reciente de 0,1%, que llega a 0,9% cuando todos los factores de riesgo de la escala están presentes.

Gráfico 6: Prevalencia de último año de consumo de cualquier droga sintética, según principales factores de riesgos asociados a dicho consumo, por país



CARACTERIZACIÓN QUÍMICA DE LAS DROGAS DE SÍNTESIS QUE SE COMERCIALIZAN EN BOGOTÁ

Héctor Hernando Bernal Contreras*

RESUMEN

Mediante el diseño de un modelo de muestreo que tuviera en cuenta los estratos socioeconómicos, los días de la semana y lugares de venta, se recolectaron 330 muestras de drogas de síntesis representativas del micrográfico de estas sustancias en la ciudad de Bogotá. A través del análisis instrumental mediante el uso de la técnica de cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas se analizaron los extractos básicos y a pH de la muestra, encontrándose un total de 149 sustancias químicas diferentes. Se constató que en Bogotá, bajo el esquema de las drogas de síntesis, se comercializan, entre otros, medicamentos de control especial, medicamentos veterinarios, medicamentos de venta libre, drogas ilícitas de origen natural y sustancias químicas industriales. Este estudio piloto presentó resultados similares a los encontrados en otras latitudes, en donde cada vez es menor la participación del éxtasis en el contexto de las drogas de síntesis y mayor el número de medicamentos y sustancias usadas para falsificar estas drogas.

1. INTRODUCCIÓN

Las drogas de síntesis no se pueden considerar un fenómeno absolutamente nuevo en los países de la región; evidentemente que no tienen presencia en nuestro medio, igual a la de las drogas de origen natural que durante muchos años se han producido y consumido en países del subcontinente. Sin embargo y en consonancia con los fenómenos de globalización, comunicación en tiempo real y los avances tecnológicos, especialmente en la síntesis química orgánica, se ha observado que este tipo de drogas ya no son un fenómeno exclusivo de los países del primer mundo, sino que su presencia ya

está comprobada en todas las latitudes y que Sudamérica no escapa a ella. Si bien no hay indicios que comprueben la producción de las drogas de síntesis en los países de la región andina, sí se ha demostrado que el consumo se encuentra en franco aumento, especialmente dentro de la población joven.

El Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de drogas de síntesis en la Población Universitaria¹, realizado bajo coordinación de la CICAD/OEA dentro de las actividades programadas en el proyecto Apoyo a la Comunidad Andina en el área de drogas de síntesis, cofinanciado por la Unión Europea, evidenció realidades críticas en relación con el consumo de estas drogas en Colombia.

Para empezar, el 70% de los estudiantes universitarios respondieron que el éxtasis es la droga sintética más conocida mientras que el GBH (depresor del sistema nervioso central) es la menos conocida con un 14%. Sin embargo, para un alto porcentaje de jóvenes, los riesgos de estas drogas frente a otras como la marihuana y la cocaína no son claros, así como tampoco lo son el nivel de adicción que pueda causar, la calidad, los efectos de su mezcla con el alcohol, las características de las diferentes clases de drogas sintéticas, la diferencia entre metanfetamina y éxtasis, entre otros factores que son de importancia en relación con el consumo de estas drogas.

Aunque de acuerdo con lo anterior, la mayoría de los encuestados parece no tener conocimientos suficientemente claros sobre las drogas sintéticas, la percepción de riesgo frente a estas sustancias es alta. Por ejemplo, frente al consumo frecuente de éxtasis los encuestados perciben que el riesgo es de un 79%, mientras que tan sólo un 0,53% percibe

*Químico, Esp. Biotecnología. MSc Fitotecnología, funcionario de la Dirección Nacional de Estupefacientes de Colombia.

¹ Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas de síntesis en la población universitaria. Informe Colombia, 2009. Proyecto "Apoyo a la Comunidad Andina en el área de drogas de síntesis, ALA 2005-17/652". SG CAN. Unión Europea. 2009.



que no hay ninguno. En su orden, las drogas sintéticas sobre las que se percibe mayor riesgo son anfetaminas (71%), metanfetaminas (68%), LSD (67%), ketamina (61%) y GHB (61%). Ahora bien, la percepción de gran riesgo sobre el consumo frecuente de drogas sintéticas, discriminada por sexos, es mayor en mujeres que en hombres para todas las sustancias conocidas.

En lo que respecta a la facilidad de acceso a drogas sintéticas, más de la mitad de los jóvenes no sabe si es fácil o difícil acceder a ellas; no obstante, el éxtasis, las anfetaminas y el LSD tienen mayores porcentajes de percepción en la facilidad para conseguirlas, mientras que las metanfetaminas, la ketamina y el GBH tienen mayores porcentajes de dificultad. En los hombres, la percepción de facilidad en el acceso es más alto que en mujeres para todas las drogas.

Por su parte, la oferta directa de drogas sintéticas muestra claras diferencias entre hombres y mujeres (38% frente a un 22% respectivamente), así como entre las diferentes clases de sustancias, siendo el éxtasis la preferida, seguida por el LSD y las anfetaminas.

De acuerdo con los indicadores de uso (prevalencia e incidencia), en el caso de éxtasis, las encuestas reflejan que el consumo en el último año fue de 0,8% y en el último mes del 0,2%, siendo más alta la cifra en hombres que en mujeres (casi el doble). Además, conforme a las estadísticas, cerca del 0,7% de los jóvenes ha iniciado el consumo en el último año, lo que sumado a la cifra anterior sugiere que el consumo de éxtasis y de las drogas sintéticas en general, es un fenómeno reciente y que ha afectado en su mayoría a la población que ha ingresado a la universidad en el último año.

En cuanto a la edad de uso de éxtasis, se observó que el grupo poblacional 18 años y menos, es significativamente más consumidor que otros grupos de edad. (1,86% respecto a 0,79% del grupo de edad entre los 21-22 años). Lo anterior corresponde con el uso de éxtasis respecto al año

de ingreso a la universidad, en el que en el año de ingreso 2008-2009 el consumo fue representativamente mayor que el registrado en los años anteriores a 2008.

Por último, los indicadores de uso para otras drogas sintéticas muestran que el LSD es la segunda sustancia más consumida por los jóvenes en el último año con un 1%. Discriminado por sexo, el LSD es la droga más consumida tanto por hombres (1,6%) como por mujeres (0,3%).

2. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el informe de la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), el grupo de estimulantes de tipo anfetamínico (ATS), que comprenden las anfetaminas y el éxtasis, es la segunda droga ilícita de mayor consumo en el mundo, con 60 millones de usuarios, siendo más consumidas que la heroína y la cocaína juntas.

El mayor problema en torno a las drogas de síntesis se verifica en el desconocimiento que se presenta en relación con la composición de dichas sustancias, en prácticamente todos los niveles de la cadena producción-tráfico-microtráfico-consumo-interdicción y judicialización. Pareciera que el problema de las drogas de síntesis se limita al éxtasis; es decir, en toda la cadena producción-consumo-control, cualquier comprimido e incluso cualquier presentación farmacéutica es denominada invariablemente como éxtasis.

Por lo anterior, tal vez el mayor peligro para los consumidores de este tipo de drogas lo representa el considerar que todas las drogas de síntesis son iguales; es decir, que por tratarse en su mayoría de Estimulantes de Tipo Anfetamínico y comercializarse bajo el mismo esquema de marketing (precio, presentación, inocuidad, etc.), generan los mismos efectos y que difícilmente pueden ocasionar problemas de adicción, con las consecuentes manifestaciones de tolerancia, síndrome de abstinencia e inclusive efectos degenerativos sobre el Sistema Nervioso Central.



Podemos afirmar que tanto en Colombia como en el resto de países de la región, se desconoce la composición química de las drogas de síntesis que se producen (si existe producción), comercializan, consumen y/o controlan, dependiendo de cada caso. Por lo tanto, se constituye en otro peligro en nuestro medio el tráfico de sustancias adulteradas, cuya composición química es un enigma para los actores de la cadena producción-tráfico-consumo.

Este panorama se complica, si se tiene en cuenta que los narcotraficantes están comercializando comprimidos de metanfetamina bajo el nombre de éxtasis, representando un peligro para los jóvenes que consumen esta droga altamente degenerativa y adictiva. De la misma forma que los consumidores de drogas de síntesis desconocen la composición química de las sustancias que consumen, los profesionales que desarrollan actividades de prevención del consumo de estas drogas presentan serias debilidades en cuanto al conocimiento técnico (químico, toxicológico, epidemiológico, etc.) relacionado con estos productos; esta debilidad dificulta de manera considerable la efectividad de las acciones que se desarrollan en esta área de intervención del problema de las drogas.

Así, en los diferentes ámbitos de la problemática de las drogas ilícitas, hemos observado que la problemática de las drogas de síntesis se reduce al éxtasis. Pero la dificultad va más allá, pues cuando se indaga sobre las características del éxtasis en sus diferentes facetas (química, efectos fisiológicos, producción, aspectos legales, etc.) se observa que el desconocimiento es bastante notorio.

Por lo anterior, desde la Dirección Nacional de Estupefacientes se propuso el diseño y desarrollo de un proyecto que permitiera conocer la composición exacta de las drogas de síntesis que se comercializan en Bogotá, con el objetivo de recabar información confiable que permita el establecimiento de estrategias de intervención, tanto en el área de la demanda como de la oferta, sobre la base de evidencias técnicas y científicas. La investigación se planificó en el contexto del

proyecto "Apoyo a la Comunidad Andina en el Área de las Drogas de Síntesis", que se cofinanció por la Unión Europea bajo la coordinación de la Comunidad Andina.

La investigación "Caracterización química de las drogas de síntesis que se comercializan en Bogotá", se diseñó como un proyecto piloto de investigación tendiente a determinar la composición química cualitativa y cuantitativa de las drogas de síntesis que se venden a través de la modalidad de micro-tráfico en toda la ciudad de Bogotá y algunos municipios cercanos.

3. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar químicamente las drogas de síntesis que se comercializan en Bogotá y diseñar estrategias de intervención con base en evidencia científica

4. OBJETIVO ESPECÍFICO

Estandarizar una metodología para el muestreo (estadística) y análisis químico (CG/EM) de las drogas de síntesis.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Para el diseño de la investigación se trabajó en diferentes campos tendientes a implementar la metodología de muestreo y la metodología de análisis instrumental.

5.1. Diseño de Muestra²

a) Premisas del diseño: El primer paso consistió en la determinación de unas premisas para el diseño de muestra en el que se establecen, entre otras cosas, los objetivos del estudio, los niveles de precisión y desagregación esperados, así como la definición de los parámetros a estimar. Como resultado de estas premisas se establecieron posibles diseños de muestra, entre los que se hicieron pruebas de varios tamaños de muestra, con el fin de

² El diseño de muestra fue elaborado por el profesional en estadística Andrés Arias, con base en la información de campo recolectada por la Dirección Antinarcóticos de la Policía Nacional.



escoger el que suministró una precisión adecuada de las estimaciones.

De cada muestra recolectada, se observaron variables correspondientes a las características físicas de las sustancias, esto es: el logo, el tamaño, el color, la forma de presentación (líquido, sólido, polvo, etc.), el precio, la zona y el horario de compra.

Los parámetros que se tuvieron en cuenta para el diseño fueron:

1. Proporción de muestras que contienen únicamente el principio activo de la sustancia.
2. Proporción de muestras que contienen sustancias contaminantes.

Se requiere determinar si el comportamiento de las variables de estudio es diferencial por zonas de compra; una de las hipótesis de la investigación es que en zonas de niveles socio-económicos altos, las características físicas y químicas de las sustancias varían, impactando aparte del precio, los efectos toxicológicos. Así pues se esperan obtener buenos niveles de precisión en las estimaciones, por zonas (Norte, Sur, Occidente y Universidades).

De igual forma se desea saber si hay diferencias entre las sustancias obtenidas en sitios de rumba (bares, clubes, discotecas) frente a aquellas que son recolectadas en las calles.

Se espera recolectar alrededor de 400 muestras; en esta etapa del trabajo la idea es poder determinar si con este tamaño de muestra se pueden lograr niveles de precisión óptimos, teniendo en cuenta los niveles de desagregación esperados.

b) Definición del esquema de muestreo: Aquí se definieron los estratos y se propusieron las etapas del diseño, en función de objetivos, los marcos de muestreo y las premisas ya establecidas.

De esta forma se propuso estratificar la muestra en función del sitio en el que se consiga (Calle / Establecimiento) y de la zona (Universidades,

Norte, Otra zona). De manera que se establecen cinco estratos y dentro de cada estrato se recolectan muestras visitando los sitios, en donde se tomarían muestras de todas las posibles drogas de síntesis que se encuentren.

Para efectos del cálculo del tamaño de muestra, en principio se consideró un diseño ESTMAS (Estratificado con Muestreo Aleatorio Simple, para cada estrato), para lo cual se hizo uso de la información almacenada en el marco de muestreo.

c) Construcción del marco de muestreo: Con el apoyo del Grupo de Inteligencia de la Dirección Antinarcóticos de la Policía Nacional, se determinó un listado de sitios y horarios durante los cuales se pueden conseguir drogas de síntesis en la ciudad de Bogotá.

Para el caso de las universidades se consideró que la consecución podría llevarse a cabo todos los días entre las 7:00 am y las 10:00 pm, lo cual cubriría las 7 primeras franjas por cada semana, serían 49 franjas disponibles, esto multiplicado por las 4 semanas de recolección, serían 196 franjas para cada universidad.

Este ejercicio fue realizado para los 163 incluidos, obteniendo así 7.812 franjas disponibles para la recolección durante las 4 semanas del operativo de campo.

Por último, en cada una de esas 7.812 combinaciones de sitios, franjas y días, se estimó que se podrían recolectar entre 1 y 4 sustancias, por lo cual para cada sitio se hizo una simulación de número de sustancias generando un número aleatorio entre 1 y 4. Finalmente, con esto se tienen 19.984 registros, esto constituye el marco de muestreo.

d) Pruebas de tamaños de muestra: Teniendo en cuenta los diseños de muestra propuestos y la estratificación establecida en el punto 2, se simuló un universo, sobre el que se hicieron todas las pruebas de tamaños de muestra, al interior de cada estrato.



La idea en este paso fue la de determinar si con las 400 muestras se pueden obtener estimaciones con los niveles de desagregación esperados para los dos parámetros considerados:

Parámetro 1: Proporción de muestras que contienen únicamente el principio activo de la sustancia

De acuerdo con el estudio realizado por la Universidad de Antioquia, se estableció que el valor de este parámetro es 0,5454.

Asumiendo que la distribución de los tamaños de muestra obedezca a la obtenida en el marco de muestreo, se tendría que las 400 sustancias a recolectar se repartirían entre los 5 estratos así:

Estrato	Zona	Sitio	Cantidad
1	Norte	Calle	38
2	Norte	Establecimiento	89
3	Universidades		138
4	Otra	Calle	68
5	Otra	Establecimiento	69
Total			402

Tabla 1. Distribución de los tamaños de muestra

Asumiendo una muestra ESTMAS, se tiene que la expresión de la varianza para la estimación de un total es:

$$V(\hat{y}) = \sum_{h=1}^5 \frac{N_h^2}{n_h} \frac{\sigma_h^2}{L} - \frac{n_h}{N_h} \frac{\sigma^2}{f} (-P)$$

Donde:

N_h , se refiere a la cantidad de registros contenidos en el marco de muestreo para el h-ésimo estrato.

n_h , hace relación al tamaño de muestra del estrato h.

P es el parámetro a estimar, para este primer caso sería 0,5454.

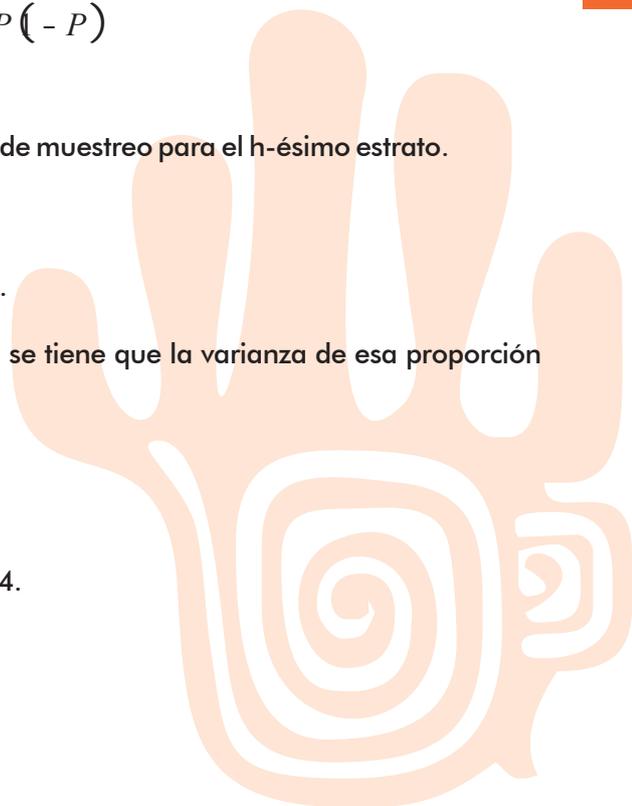
Ahora como en realidad se pretende estimar una proporción, se tiene que la varianza de esa proporción puede ser expresada como:

$$V(\hat{p}) = \frac{V(\hat{y})}{N^2}$$

Donde N , se refiere al tamaño del universo, en este caso 19,984.

Y por último el error de muestreo estaría dado por:

$$CV = \frac{\sqrt{V(\hat{p})}}{P}$$



Para nuestro caso, se obtuvo que para cada uno de los niveles de desagregación y con los tamaños de

muestra fijados en la Tabla 1, los errores de muestreo fueron:

Zona	P	V(P)	CV
Norte	0,5454	0,0019	8,0187
Universidades	0,5454	0,0018	7,6926
Otra	0,5454	0,0018	7,7200
Total	0,5454	0,0006	4,5070

Sitio	P	V(P)	CV
Calle	0,5454	0,0023	8,7763
Establecimiento	0,5454	0,0015	7,1891
Total	0,5454	0,0006	4,5070

Tabla 2. Errores de muestreo

Con estos tamaños de muestra, para el total, se obtendría un nivel de error de 4,50%, lo cual es considerado bueno, y podría conducir a estimaciones con buenos niveles de precisión. Para el caso de las desagregaciones consideradas por zona y por sitio de recolección, se obtienen CV's entre 7 y 9 puntos, los cuales son considerados apenas aceptables y ante problemas durante el operativo de campo pueden incrementarse, por lo cual, con estos tamaños de muestra, se tendría que analizar la información para estos niveles de desagregación con ciertas reservas.

Parámetro 2: Proporción de muestras que contienen únicamente el principio activo de la sustancia

De acuerdo con el estudio realizado por la Universidad de Antioquia, se estableció que el valor de este parámetro es 0,2727.

Utilizando las mismas expresiones que en el caso del parámetro 1, junto con los mismos tamaños de muestras, variando únicamente el valor del parámetro, se obtienen los siguientes niveles de error, para las desagregaciones de interés:

Zona	P	V(P)	CV
Norte	0,2727	0,0015	14,3442
Universidades	0,2727	0,0014	13,7610
Otra	0,2727	0,0014	13,8100
Total	0,2727	0,0005	8,0624

Sitio	P	V(P)	CV
Calle	0,2727	0,0018	15,6995
Establecimiento	0,2727	0,0012	12,8603
Total	0,2727	0,0005	8,0624

Tabla 3. Errores de muestreo

Vemos cómo el error esperado para el total sube a 8,06%, considerado un coeficiente de variación aceptable, pero para las desagregaciones los niveles de error se encuentran por encima del 12%, dificultando el análisis de la información para esos niveles.

5.2. Análisis Instrumental

El objetivo del análisis instrumental fue el de establecer los lineamientos generales del método para la determinación de la composición química de drogas de diseño, por GC-MS.

El método instrumental empleado permitió determinar la composición química cualitativa (cantidad relativa) de las drogas de diseño muestreadas, basada en el análisis de cromatografía de gases acoplada (GC-MS), empleando columnas capilares y un detector de espectrometría de masas. Los compuestos determinados en las muestras de drogas de diseño analizadas se identificaron con base en sus espectros de masa, usando las bases de datos de W8N08, NIST 02, Wiley 138K y NBS 75K.

Se emplearon sustancias químicas grado reactivo analítico: Diclorometano (CH₂ CL₂), grado reactivo analítico, Isopropanol, grado reactivo analítico, Solución de hidróxido de sodio, preparado en agua tipo HPLC.

Se llevó a cabo un proceso de homogenización de las muestras (pastillas, cápsulas, impregnados, líquidas). La preparación de las muestras se realizó por extracción sólido-líquido por tres lotes, utilizando una mezcla de diclorometano: isopropanol (85:15) como solvente de extracción a pH de la muestra (**Método 1**) y por extracción con diclorometano (3 x 1 ml) de la muestra, a la cual previamente se le ha cambiado el pH con una solución de NaOH 0,5 m (1 ml) (**Método 2**).

El análisis cromatográfico de las muestras se realizó empleando los equipos indicados en la **Tabla 4**.

Equipo cromatográfico	Columna	Modo de inyección	Volumen de inyección, (μL)
Cromatógrafo de gases <i>Agilent Technologies AT6890 Plus</i> acoplado a un detector selectivo de masas (MSD, AT5973) operado en el modo de barrido completo de radiofrecuencias (full scan)	DB-5MS (J & W Scientific), 5%-fenil-poli(dimetilsiloxano), 30 m x 0,25 mm x 0,25 μm. DB-5MS (J & W Scientific), 5%-fenil-poli(dimetilsiloxano), 60 m x 0,25 mm x 0,25 μm.	splitless	1
Cromatógrafo de gases <i>Hewlet Packard HP5890 Series II</i> acoplado a un detector selectivo de masas (MSD, HP5972) operado en el modo de barrido completo de radiofrecuencias (full scan)	DB-5MS (J & W Scientific), 5%-fenil-poli(dimetilsiloxano), 30 m x 0,25 mm x 0,25 μm.	splitless	1

Tabla 4. Descripción de los equipos empleados en el análisis de las drogas de diseño de muestras enviadas por la DNE.

Los compuestos determinados (cantidad relativa, %) en las muestras de drogas de diseño acumuladas se identificaron con base en sus espectros de masas, usando las bases de datos de W8N08, NIST 02, Wiley 138K y NBS 75K y por comparación con sustancias de referencia.

Los controles de calidad establecidos para este análisis incluyen:

- Realización de blancos para cada uno de los procedimientos empleados.



- Realización de corridas de solvente entre corridas de las muestras para evitar el efecto de contaminación cruzada.
- Análisis de sustancias de referencia empleando las mismas condiciones de preparación de las muestras (Métodos 1 y 2) y cromatográficas para determinar los tiempos de retención (t?) y los patrones de fragmentación, en el análisis GC-MS.

5.3. Resultados

El diagnóstico sobre la dinámica de la comercialización y tráfico de drogas sintéticas en Bogotá que describiera al Estadístico encargado de diseñar el modelo matemático para la adquisición de las muestras, un panorama claro que dibujara la actualidad del tráfico y comercialización de ese tipo de droga en la capital del país; asimismo, se convierte este estudio en punto de referencia informativo para la implementación de la metodología estadística para el proceso de recolección de muestras, por parte de la Dirección Antinarcóticos de la Policía Nacional – Grupo de Inteligencia.

Con el propósito de obtener resultados fidedignos de la situación en Bogotá y siguiendo los parámetros establecidos, iniciamos el trabajo de campo distribuyendo nuestra labor de acuerdo al cronograma de actividades, así:

- Reconocimiento e identificación de zonas
- Análisis del tráfico en la ciudad
- Entrega de información para el diseño de la muestra
- Aspectos generales para la selección y adquisición de las muestras
- Entrega del Informe ejecutivo

5.3.1. Reconocimiento e identificación de zonas

Consistió en determinar aquellas zonas de la ciudad donde se presentan la distribución de diferentes tipos de sustancias psicoactivas, para lo cual nos dedicamos a individualizar los lugares, características, días y horas de distribución.

Las zonas establecidas fueron 130, incluyendo 17 universidades, lugares de reunión social, restaurantes, bares y demás puntos que tuvieron características del ambiente propicio para la distribución.

Una vez recopilada esta información fue entregada al Estadístico del Proyecto, con quien de manera conjunta se inició el mapeo de la ciudad de Bogotá, con el fin de determinar las zonas más álgidas y, con base en la información recolectada y los puntos específicos, diseñar una planeación para el inicio de adquisición de muestras.

5.3.2. Análisis del tráfico en la ciudad de Bogotá

Mediante el apoyo de agencias de inteligencia del Estado colombiano y mediante la interacción y diálogo con las personas que expenden estas sustancias, previa labores de observación, se logró establecer el *modus operandi* para el tráfico y comercialización de drogas sintéticas en Bogotá.

Los proveedores son contactos que tienen los traficantes de drogas de síntesis encargados de la distribución de la sustancia a nivel país; es la persona que se encarga de llevarla a otras ciudades y distribuirla a pequeñas organizaciones de microtráfico, que gozan de alta confianza. Los domiciliarios expanden su negocio a través de amigos que consumen y éstos, a su vez, traen nuevos clientes bajo referencia o recomendación de los mismos. De igual manera, pueden utilizar para el contacto una línea celular y un correo electrónico el cual cambian con frecuencia, dando aviso a sus clientes para no perder el contacto; el domiciliario atiende al comprador en cualquier parte de la ciudad, sólo basta con realizar una llamada y solicitar la cantidad y la clase de droga sintética deseada por el consumidor, luego éste la lleva incluso hasta el lugar de domicilio o sitios cercanos realizando la transacción en vehículos o motocicletas. La cantidad de dosis que transportan los domiciliarios depende del número de personas que lo hayan contactado en el día y por precaución no



transportan más de lo necesario y utilizan accesorios como celulares y otros objetos para camuflar la droga.

El precio de las sustancias psicoactivas varía dependiendo del sector, la hora y la demanda que exista sobre cierta sustancia que puede promediar entre los \$ 15.000 y los \$ 80.000 pesos; en algunas ocasiones no da a lugar a la negociación de la droga; el precio es puesto por el vendedor y éste lo sostiene sin realizarle ningún tipo de rebaja, aprovechándose del interés de la persona que lo quiere adquirir.

En conclusión, el trabajo de campo adelantado en las diversas zonas de Bogotá, se pudo evidenciar que existe un modus operandi muy particular para el tráfico y distribución de las denominadas drogas sintéticas, pues se trata de organizaciones herméticas con un alto grado de compartimentación, lo cual dificulta el seguimiento e individualización de los miembros de una red.

5.3.3. Resultados del Análisis Instrumental de las muestras

De las 330 muestras recolectadas en la ciudad de Bogotá, se logró la identificación de 260 sustancias químicas diferentes, entre las que se encuentran los vehículos (coadyuvantes), colorantes, medicamentos de control especial, medicamentos de venta libre, medicamentos de uso veterinario, drogas ilícitas de origen natural (derivados de la coca, derivados opiáceos), sustancias químicas industriales y, evidentemente, drogas de síntesis.

Los resultados de los análisis químicos son preocupantes en la medida que se evidencia un alto grado de falsificación de las drogas de síntesis; pareciera que los traficantes, con el objetivo de incrementar el volumen de las drogas, las están mezclando con cualquier sustancia que tengan a mano, sin importar su clase, origen o, peor aún, el efecto que pueda ocasionar en el consumidor.

Si bien en un porcentaje importante se encontraron drogas de síntesis, especialmente ATS –Sustancias

de Tipo Anfetamínico, fue mayor la cantidad de muestras que no contenían ninguna clase de droga sintética, pero que fueron comercializadas en el contexto del éxtasis (la droga de síntesis más popular). En muchos casos se venden a los consumidores medicamentos puros; es decir, tal cual son comercializados en las farmacias. En otros casos se encontraron mezclas que van desde dos sustancias a más de diez sustancias químicas, entre las cuales se encuentran los vehículos, los colorantes y los principios activos, que pueden ser drogas ilícitas o medicamentos.

Teniendo en cuenta que se trata de un estudio piloto, los resultados serán evaluados a través del análisis de contramuestras con el objetivo de determinar posible contaminación cruzada de las muestras analizadas. De cualquier forma, los resultados por sí solos son bastante preocupantes y muestran que la tendencia de falsificar las drogas de síntesis también se da en los países de la región. En los estudios que se llevan a cabo en Canadá sobre las muestras incautadas, se ha podido constatar que en los últimos años el porcentaje de comprimidos de éxtasis es muy superior a los años anteriores y que la falsificación de estas drogas ya es una constante.

A continuación se presentarán los resultados de los análisis químicos realizados mediante cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas, con base en las sustancias encontradas:

5.3.3.1. Sustancias de tipo anfetamínico –ATS

Teniendo en cuenta que para este análisis se tomó tanto el pH de la muestra como los porcentajes hallados en la extracción a pH básico; se encontró MDMA en 58 de las 330 muestras, de las cuales 53 contenían también cafeína; asimismo, se halló metanfetamina en 28 muestras, con porcentajes de participación como principio activo entre el 3% y el 28% del total de la composición de las muestras.

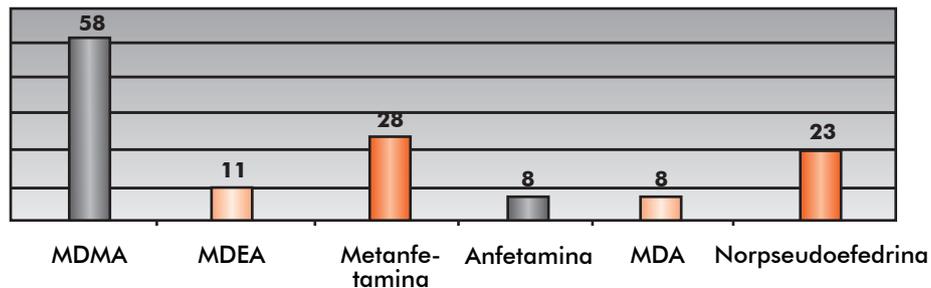
Es de anotar que en la mayoría de las muestras las concentraciones de ATS son muy bajitas, lo que podría indicar que fueron producidas a partir de



comprimidos de buena calidad que maceraron para luego mezclarlos con otras sustancias químicas o medicamentos. Reviste una preocupación especial el que se esté comercializando la metanfetamina en el contexto del éxtasis, pues se trata de una

sustancia altamente adictiva y degenerativa, lo cual es una clara amenaza para los jóvenes que consumen estas drogas pensando que se trata de sustancias inocuas.

Muestras que Contienen Derivados de Tipo Anfetamínico ATS's



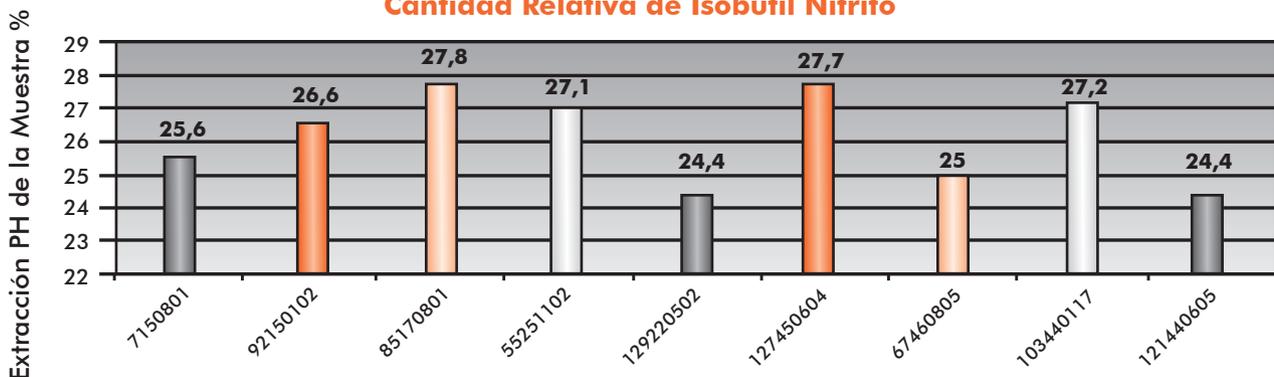
Se encontró también MDEA en el 3% de las muestras, pero sólo en una de estas 11 muestras se encuentra como principio activo el MDEA, en la extracción a pH de la muestra con un porcentaje importante de 87,8% de participación como principio activo.

En cuanto a las Anfetaminas, éstas se encontraron en 8 de las muestras en porcentajes no mayores al 5% de la composición de las muestras. El MDA se halló igualmente en 8 muestras, pero con una participación dentro del principio activo no significativa que se refleja sólo en la extracción a pH básico. La Norpseudoefedrina aparece en 23 muestras, de las cuales 4 presentan porcentajes superiores al 70%.

5.3.3.2. POPPERS

Técnicamente los poppers no son drogas, es más ni siquiera son drogas de síntesis, sin embargo por cuestiones de practicidad y por darse su utilización en el contexto de las drogas de síntesis, desde el proyecto DROSICAN se determinó que estas sustancias químicas industriales deberían ser incluidas en el grupo de estas drogas. Durante algún tiempo los poppers, que técnicamente se trata de los alquilnitritos, fueron utilizados en la farmacopea como medicamentos para tratar la angina de pecho; sin embargo, actualmente no se utilizan en la medicina, sino que su uso se da en la industria como sustancias químicas limpiadoras de cabezas magnéticas.

Cantidad Relativa de Isobutil Nitrito

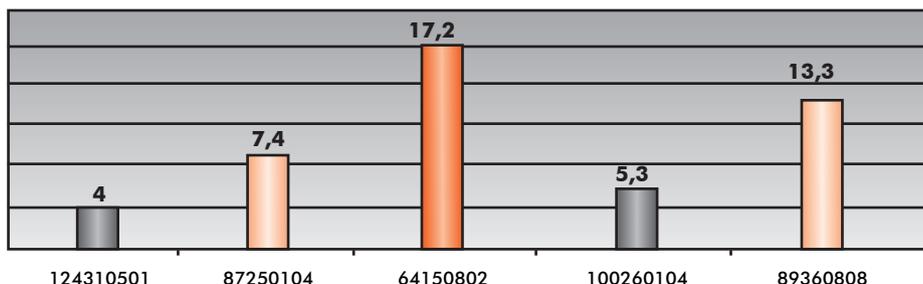


Se hallaron 9 nitritos o Poppers, en concentraciones entre el 20 y el 30% de participación como principio activo.



5.3.3.3. DIETILAMIDA DEL ÁCIDO LISÉRGICO

Porcentaje Principio Activo LSD



Las muestras de LSD o TRIPS analizadas se encontraban en su mayoría contaminadas con cocaína; esto no quiere decir que las estaban mezclando con esta droga de origen natural; seguramente los distribuidores las contaminaron en la medida que no se dedican a la venta de un solo tipo de sustancia. De acuerdo con el estudio que se llevó a cabo en población universitaria, se comprobó un incremento en el consumo de LSD, lo cual puede ser una respuesta a los altos precios que en promedio se encuentran a \$ 43.000, cerca de US\$ 22,00.

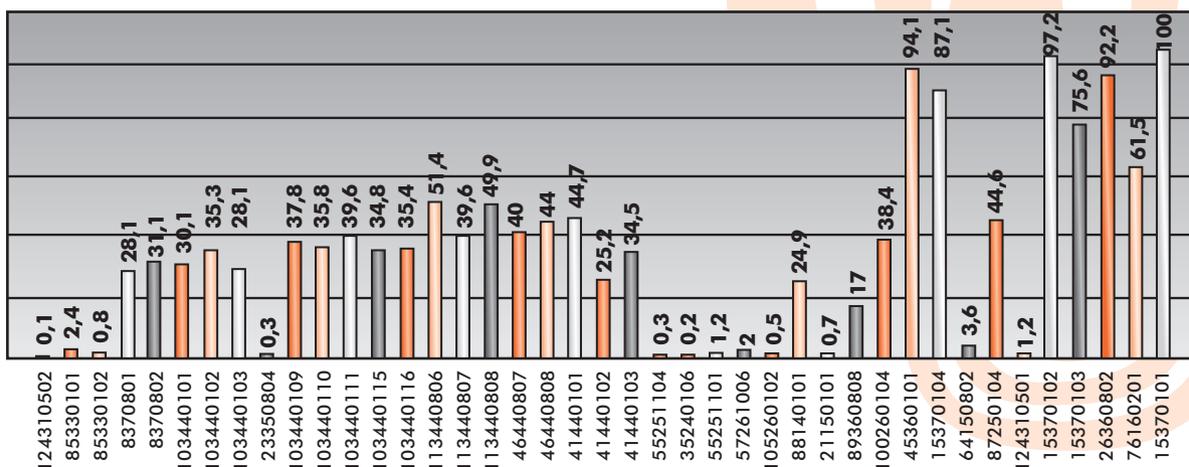
Se encontraron 5 muestras que contienen LSD, el mayor porcentaje de participación como principio activo es del 17,2%, la LSD³, es una droga semisintética de efectos alucinógenos-psicodélicos que se obtiene de la ergolina o ergometrina y de la familia de las triptaminas. Es conocida por sus

efectos psicológicos, entre los que se incluyen alucinaciones con ojos abiertos y cerrados, sinestesia, percepción distorsionada del tiempo y disolución del ego.

5.3.3.4. COCAINA

Teniendo en cuenta que Colombia es un importante productor de cocaína y que el precio de esta sustancia ilícita en el mercado no es tan alto y que además se trata de una sustancia estimulante, los resultados no son de extrañar. Se encontraron 41 muestras que contienen cocaína, de las cuales el 22% contiene porcentajes superiores a 50% de cocaína como principio activo, en 37% de las muestras se distribuye la cocaína como principio activo entre el 30 y 40%; el 10% de las muestras se encuentran entre 10 y 20% de principio activo y 29% contienen un porcentaje menor al 10%.

Porcentaje Principio Activo Cocaína



³ <http://es.wikipedia.org/wiki/LSD>.

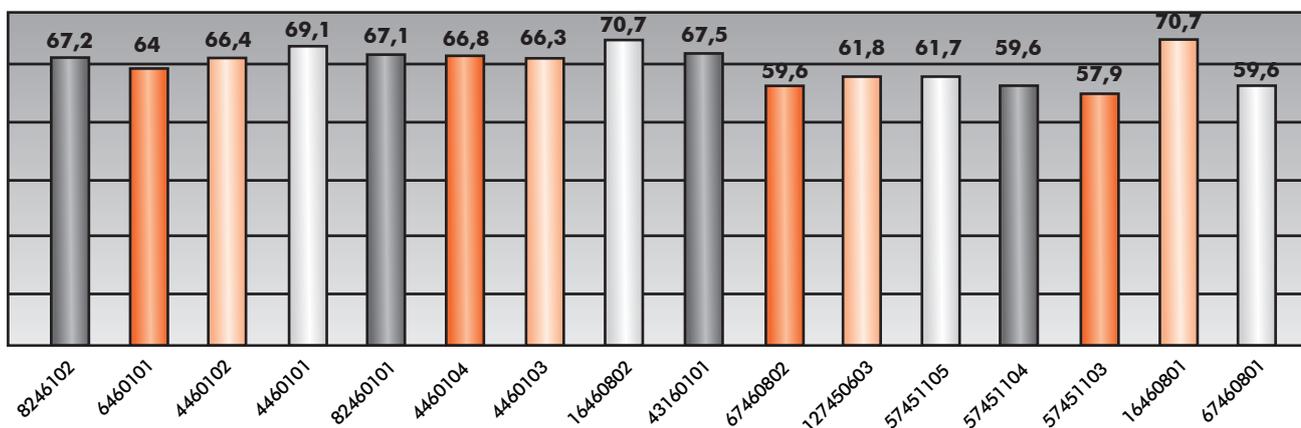


5.3.3.5. ESCOPOLAMINA

Es preocupante el número de muestras en las que se encontró escopolamina, sustancia que en los países de la región se ha comprobado que se utiliza para cometer delitos sexuales y robos. Es posible que las muestras analizadas hayan sido obtenidas

mediante la extracción artesanal de la sustancia a partir de la planta, la cual en toda la región andina es bastante común. Se trata de un metabolito secundario que se encuentra en algunas solanáceas como el Beleño blanco *Hyoscyamus albus*, el borrachero *Brugmansia candida*, entre otras especies.

Porcentaje Principio Activo Escopolamina



116

La Escopolamina aparece como principio activo en 16 muestras y tiene una participación no menor de 50% en todos los casos. La mayoría de las muestras que contienen Escopolamina se comercializan con el nombre de "Menphis" o "Angelitos".

También se encontró Acetato de Escopolamina en 16 muestras con un promedio de participación como principio activo del 24%.

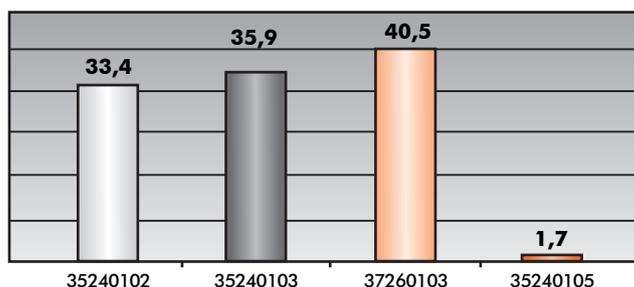
5.3.3.6. KETAMINA

La Ketamina es un medicamento de control especial que se utiliza con frecuencia en el contexto de las

drogas de síntesis. Se trata de un anestésico general de acción rápida, actúa como las anfetaminas, estimulando la liberación de dopamina e impidiendo su recaptación. Su utilización más común en Colombia se da en la práctica veterinaria, aplicándose en ocasión de procedimientos quirúrgicos en algunas especies animales.

La Ketamina se encontró en 4 de las 330 muestras; la participación de la Ketamina como principio activo estuvo en el rango del 27%. Se comercializa como éxtasis o bajo el nombre "Batman" y se encontró mezclada principalmente con Levamisol.

Porcentaje Principio Activo Ketamina

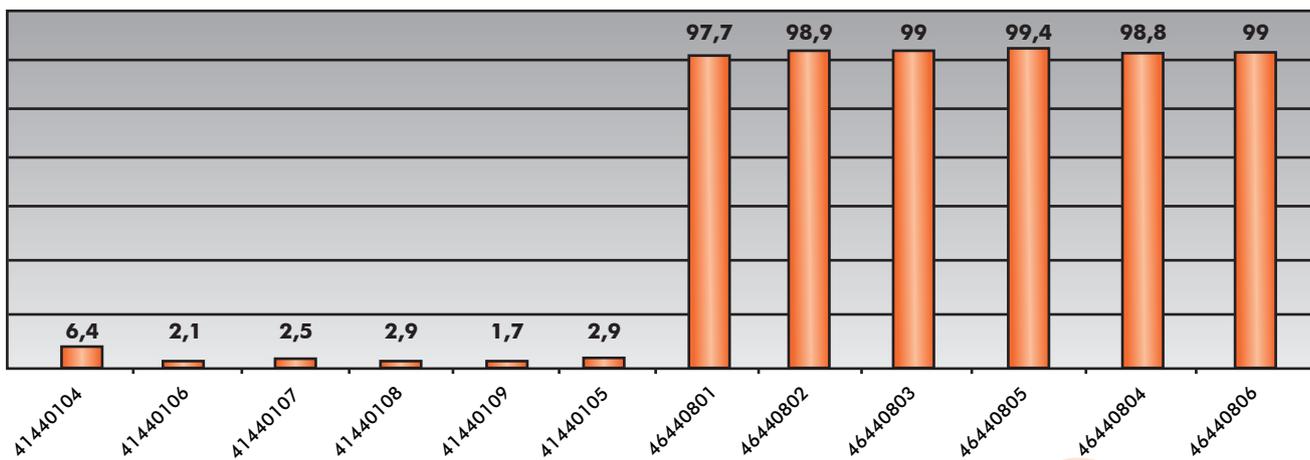


5.3.3.7. ESCITALOPRAN

Este inhibidor de la recaptación de serotonina se encontró en 12 muestras de las cuales en el 50% se presenta como principio activo, con porcentajes mayores al 96%. Al parecer se está vendiendo el medicamento puro como si se tratara de una droga

de síntesis. En otros casos, - 50% de las muestras, se presentó en menor porcentaje en combinación con diclofenaco y cafeína. Las muestras mezcladas se encuentran en forma de comprimidos color café. Las muestras que contienen mayores porcentajes de Escitalopram se comercializan con el nombre de "Tulipanes" que son comprimidos de color amarillo.

Porcentaje Principio Activo Escitalopran



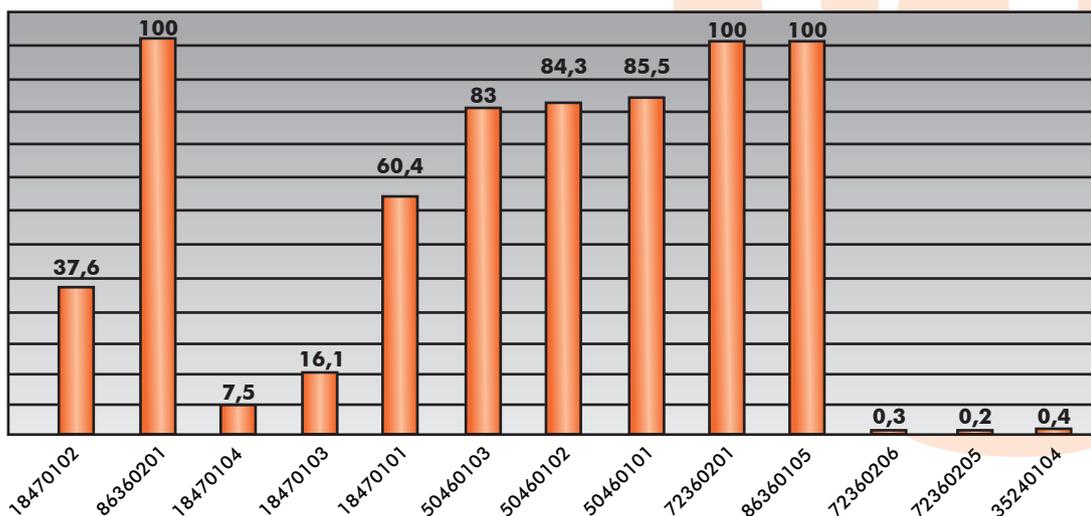
117

5.3.3.8. FLUNARIZINA

Se trata de un medicamento antihistamínico que produce vasodilatación selectiva a nivel vascular periférico y de la circulación cerebral, presentando, además, una acción protectora frente al efecto potencialmente lesivo del calcio. Se encontró flu-

narizina en 12 muestras, de las cuales en 58% de los casos se presenta este medicamento como principio activo con porcentajes importantes entre el 37 y 100%. Tan sólo 3 de las muestras contienen flunarizina en porcentajes menores al 1%. Las muestras que tienen flunarizina como principio activo en un 100% se comercializan bajo el nombre "Makias".

Porcentaje Principio Activo Flunarizina



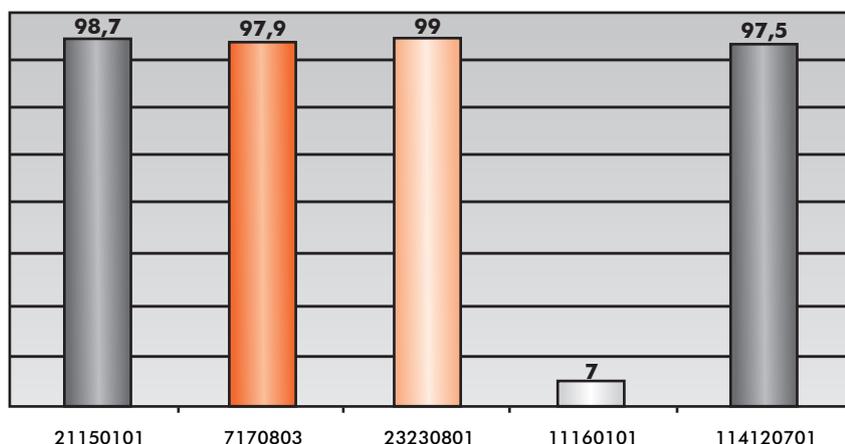


5.3.3.9. FLUOXETINA

La Fluoxetina se encontró en 5 de las 330 muestras, con porcentajes superiores al 96%. El 100% de las muestras que contienen fluoxetina como principio activo se comercializan en cápsulas bajo el nombre de "MDMDA".

La fluoxetina es un medicamento que se utiliza para el tratamiento de la depresión y de las obsesiones y compulsiones en pacientes con desorden obsesivo-compulsivo. También para tratar los hábitos de excesos alimentarios y vómitos inducidos en pacientes con bulimia nerviosa moderada a severa.

Porcentaje Principio Activo Fluoxetina

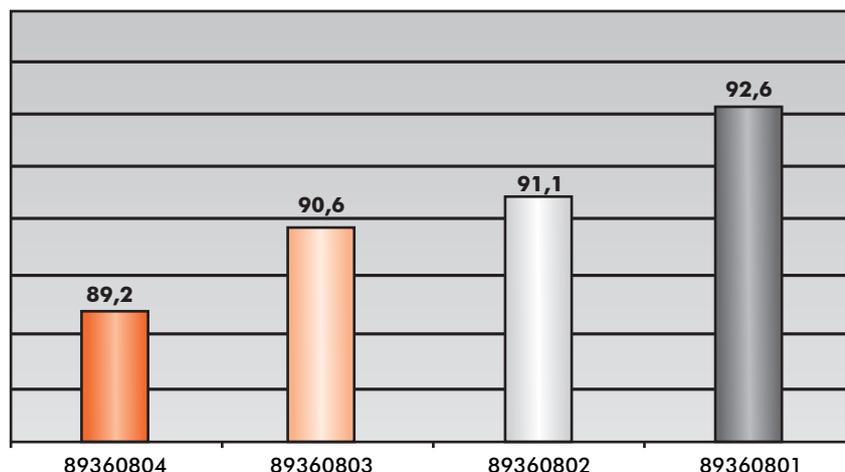


5.3.3.10. METOPROLOL

El Metoprolol es un medicamento que se utiliza en tratamientos cardíacos para prevenir la angina de pecho (dolor en el pecho) y para tratar los ataques

cardíacos. El metoprolol de liberación prolongada (acción prolongada) se usa también, en combinación con otros medicamentos, para tratar la insuficiencia cardíaca.

Porcentaje Principio Activo Metoprolol



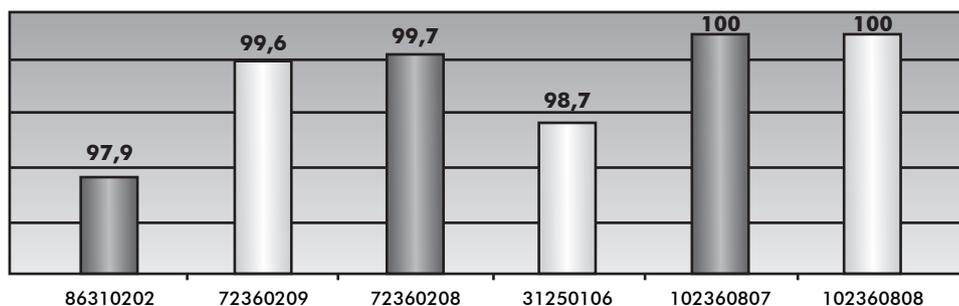
El metoprolol se encontró como principio activo en 4 muestras con porcentajes superiores al 80%. Las muestras que contienen Metoprolol se comercializan como comprimidos blancos de nombre "MT". Estas muestras contienen a su vez Formiato de Metoprolol en un promedio de 2%, Formiato de metoprolol H₂O en un 1% promedio y ducto del Metoprolol CH₃CO-H₂O en un promedio de 5%. Lo que se pudo observar es que este medicamento se vende en el contexto de las drogas de síntesis

especialmente debido a que el comprimido tiene forma de corazón.

5.3.3.11. ENALAPRIL

Se usa para tratar la presión alta (hipertensión) y para tratar el fallo congestivo del corazón. En pacientes hipertensos, enalapril disminuye la presión arterial tanto en decúbito como de pie, sin aumentar significativamente la frecuencia cardíaca.

Porcentaje Principio Activo Enalapril

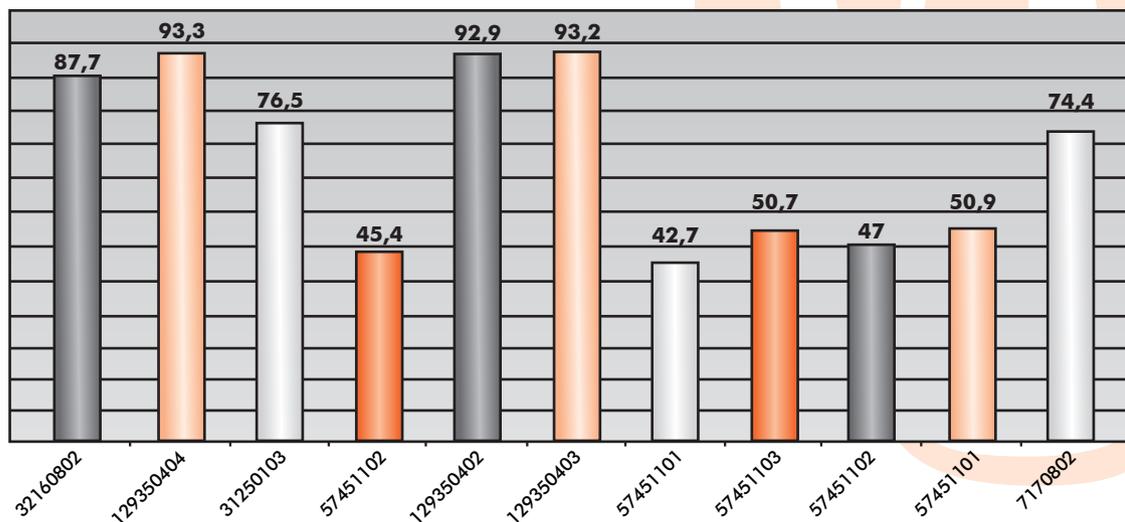


Se encontró Enalapril en 6 muestras, en las cuales este medicamento participa como principio activo con más del 97%. Las muestras que contienen Enalapril como principio activo se comercializan en comprimidos color ladrillo de nombre "Pantera Rosa". Un porcentaje no significativo de estas muestras contiene MDMA en proporciones inferiores al 1%.

5.3.3.12. BISOPROLOL

Este medicamento se utiliza en el tratamiento de la hipertensión y de la angina de pecho crónica estable. Es un potente agente bloqueante R₁, altamente selectivo, desprovisto de actividad simpaticomimética intrínseca.

Porcentaje Principio Activo Bisoprolol



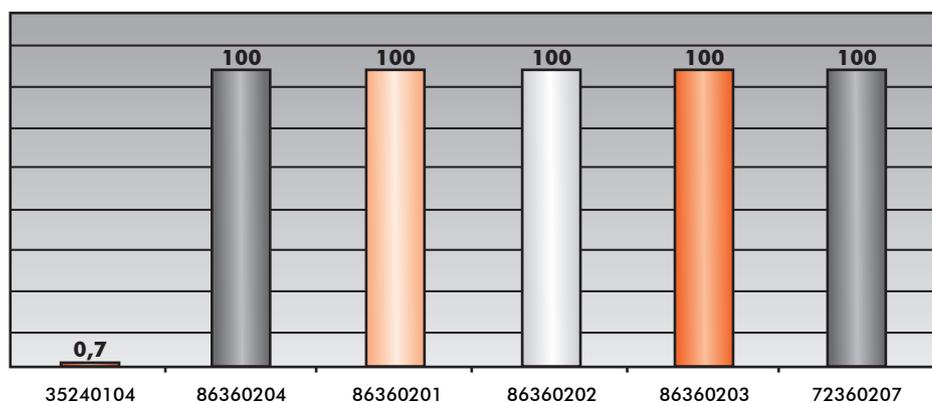


Se encontró Bisoprolol en 11 muestras con un porcentaje de participación como principio activo de 68% en promedio. 27% de estas muestras contienen MDMA en proporciones que no superan el 1%. Las muestras que contienen Bisoprolol se comercializan con el nombre de "Corazones" o "Corazón 2.5".

5.3.3.13. PROPANOLOL

El propanolol es un beta bloqueador no selectivo, es decir, bloquea la acción de la epinefrina. El efecto antagonista de receptores adrenérgicos es exclusivo del L-propanolol, más no del D-propanolol, pero ambos tienen efectos anestésicos locales.

Porcentaje Principio Activo Propanolol



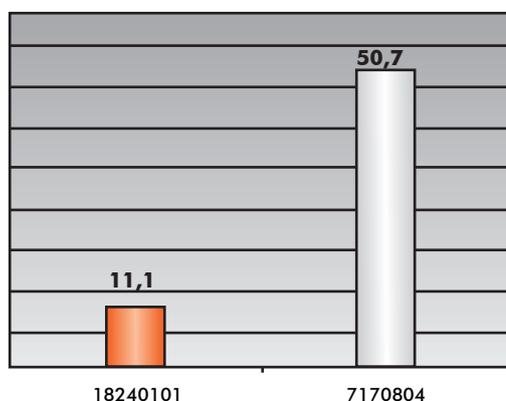
El propanolol se halló como principio activo en 6 muestras con participación del 100% en 5 de ellas. Las muestras con porcentajes de 100% propanolol se distribuyen en comprimidos verdes llamados comercialmente "Soñadoras".

5.3.3.14. ALPRAZOLAM

Se trata de una benzodiazepina que potencia la actividad de los receptores del GABA dando lugar a

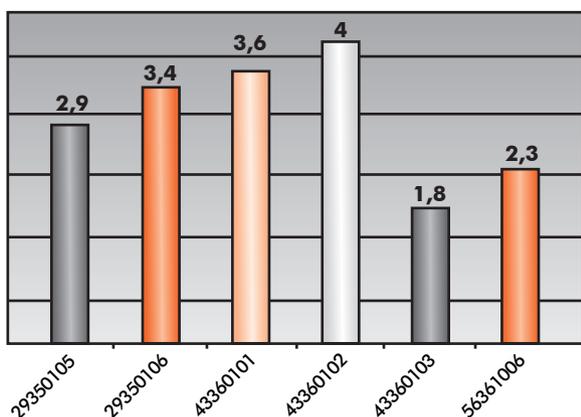
la inhibición de la función nerviosa. Este medicamento de control especial se usa en el tratamiento sintomático a corto plazo de los trastornos por ansiedad generalizada. Alprazolam sólo está indicado cuando la afección es grave, el paciente se ve incapacitado o padece angustia extrema. Como con el resto de benzodiazepinas no debe utilizarse de manera prolongada pues puede generar dependencia.

Porcentaje Principio Activo Alprazolam



Alprazolam se halló en 2 de las muestras con participación como principio activo del 11% y 50% respectivamente. La muestra con 50% Alprazolam está compuesta en otro 50% por sustancias excipientes y se comercializa en comprimidos blancos de nombre "Play Boy". La muestra con 11% Alprazolam, contiene también 76,6% cafeína y se comercializa en comprimidos blancos de nombre "tacha".

Porcentaje Principio Activo Aminopiridina

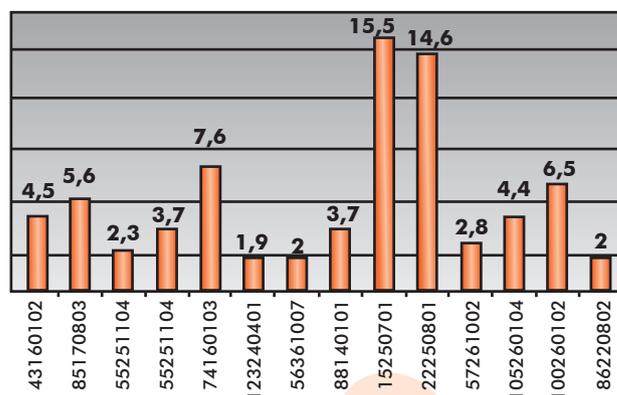


Se encontró Aminopiridina en 6 muestras con porcentajes inferiores al 4%. Así mismo, se halló 2-aminopiridina en 14 muestras con participación como principio activo del 5% en promedio. Las muestras que contienen Aminopiridina se comercializan como cápsulas rosadas de nombre "Play Boy Mexicana".

5.3.3.15. AMINOPIRIDINA

Las Aminopiridinas aumentan la conducción nerviosa en las fibras nerviosas desmielinizadas y se han propuesto como tratamiento sintomático para las personas con esclerosis múltiple.

Porcentaje Principio Activo 2-Aminopiridina

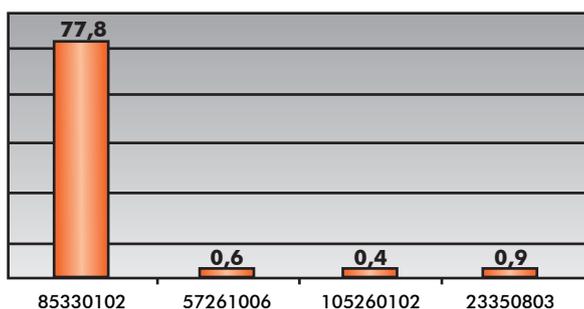


polen (fiebre del heno), animales domésticos, polvo, u otros agentes alérgicos. Este medicamento contiene difenhidramina, por lo que puede potenciar los efectos sedantes cuando se usa con alcohol y otros depresores del SNC. Sus efectos anticolinérgicos pueden ser potenciados por otros fármacos con acción anticolinérgica produciendo taquicardias, sequedad de boca, alteraciones gastrointestinales, retención urinaria y dolor de cabeza.

5.3.3.16. BENADRIL

Este medicamento se utiliza en el tratamiento de los síntomas asociados con alergias producidas por el

Porcentaje Principio Activo Benadril



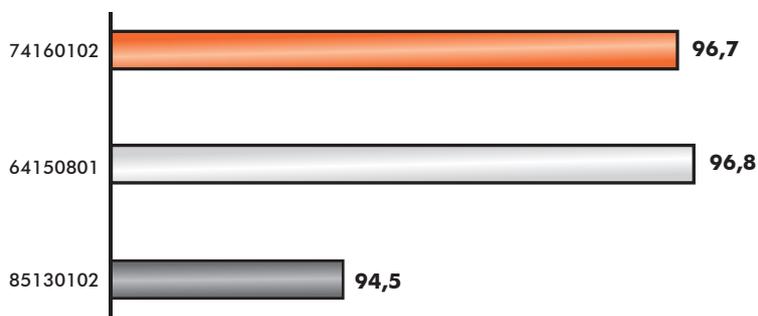


Se encontró Benadril en cuatro muestras, de las cuales sólo una cuenta con un porcentaje de participación como principio activo importante del 77%, las demás muestras sólo cuentan con Benadril en un porcentaje menor al 1%.

5.3.3.17. BISACODILO

Es un medicamento laxante que se usa para tratar el estreñimiento (constipación), al igual que para preparar a los pacientes antes de una cirugía y de exámenes como radiografías usando enemas de bario. El bisacodilo está disponible con o sin prescripción médica.

Porcentaje Principio Activo Bisacodilo



El Bisacodilo se halló en 3 muestras con porcentajes superiores al 94%. Se comercializa bajo el nombre "Tres Puntos". Es importante anotar que los distribuidores de estas muestras manifiestan que son muy fuertes por lo que recomiendan consumir un cuarto o media pastilla. Se encontraron en combinación con Diclofenaco o Loratadina en porcentajes menores al 1%.

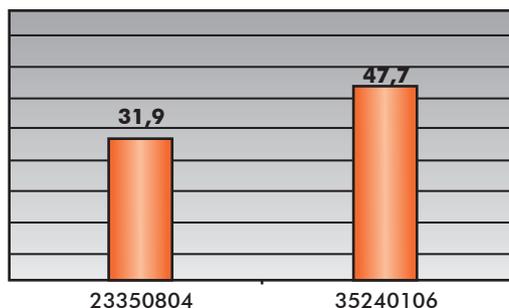
causada por las alergias y para controlar las náuseas y los vómitos provocados por diversas condiciones, incluyendo mareos causados por el movimiento. También se usa en el tratamiento de la ansiedad y de los síntomas de la abstinencia de alcohol.

5.3.3.18. HIDROXIZINA

Es un medicamento psicléptico y ansiolítico frecuentemente utilizado para aliviar la picazón

La hidroxizina puede potenciar la acción depresora del sistema nervioso central si se utiliza conjuntamente con otros fármacos con propiedades depresoras o anticolinérgicas.

Porcentaje Principio Activo Hidroxizina



La Hidroxizina se halló en 2 de 330 muestras con porcentajes de participación como principio activo de 31,9% y 47,7%. Estas muestras contienen, en los dos casos, cocaína en un porcentaje menor al 1%, cafeína en más del 40% y acetaminofén en un 3%. Se comercializa como "Éxtasis".

5.3.3.19. IBUPROFENO

El ibuprofeno es un medicamento antiinflamatorio utilizado frecuentemente para el alivio de diferentes clases de dolor, entre éstos, dolor de cabeza, dolor dental, dolor muscular (mialgia), molestias de la menstruación (dismenorrea), dolor neurológico de carácter leve, síndrome febril y dolor tras cirugía (postquirúrgicos).

Porcentaje Principio Activo Ibuprofeno



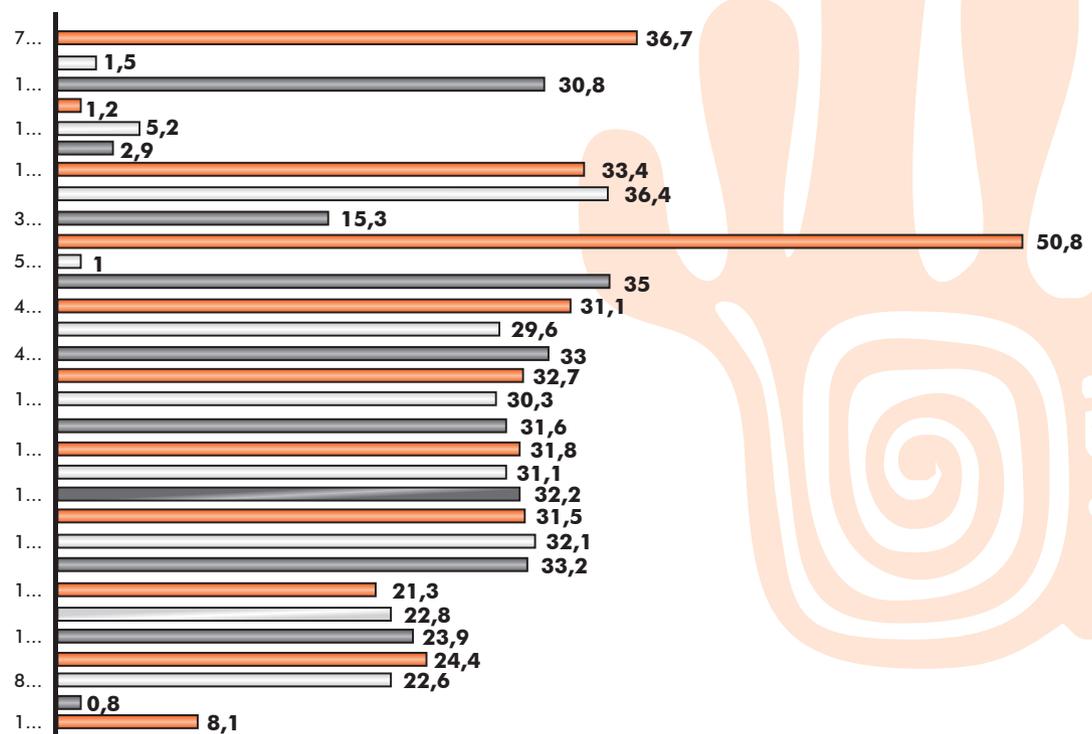
El Ibuprofeno se encontró en dos de las muestras con porcentajes no significativos menores al 7%.

gastrointestinal y pulmonar producidas por los parásitos, principalmente en bóvidos, óvidos y cerdos.

5.3.3.20. LEVAMISOL

Es un medicamento antiparasitario de uso veterinario, se usa para el tratamiento de nematodosis

Porcentaje Principio Activo Levamisol





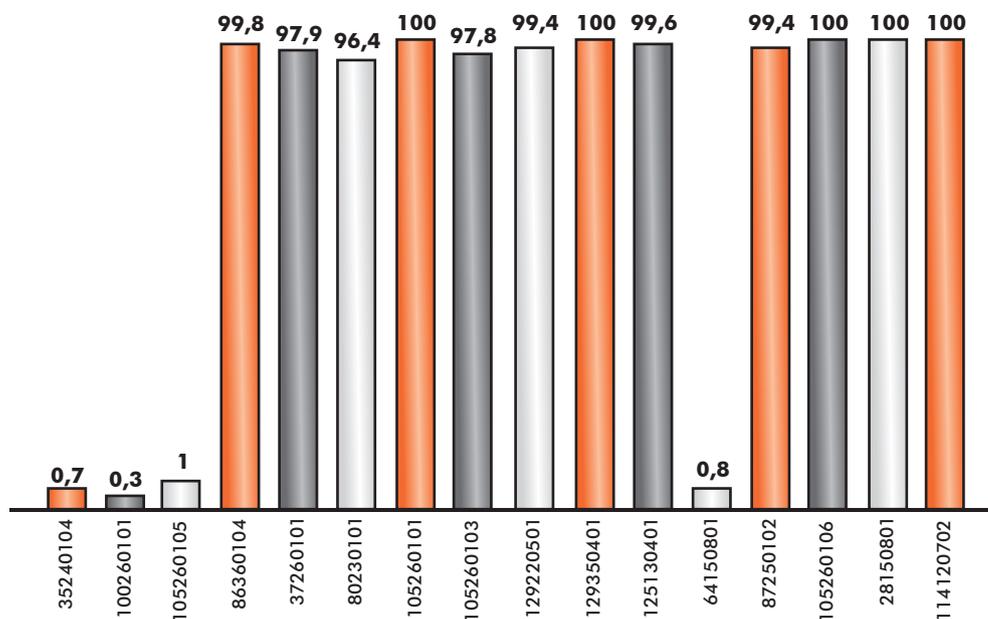
Teniendo en cuenta que esta sustancia se utiliza como “sustancia de corte activo” en la cocaína que se produce en Colombia, al parecer es una de las razones por las cuales se encontró en 31 muestras con un promedio de participación como principio activo del 24%. El 58% de las muestras que contienen Levamisol están mezcladas también con cocaína en un promedio de principio activo del 37%, razón que podría indicar que ya estaba en la cocaína que se utilizó para falsificar las “drogas de síntesis”. El 55% de estas muestras se comercializan en cápsulas, el 26% en comprimidos, que están

mezclados principalmente con cafeína que participa como principio activo en un 48% en promedio. También se encontró Levamisol en mezcla con ketamina en un 10% de las muestras en porcentajes superiores al 30%.

5.3.3.21. LORATADINA

Es un medicamento indicado para el tratamiento sintomático de rinitis alérgica y urticaria idiopática crónica. La Loratadina no presenta propiedades sedantes o anticolinérgicas clínicamente significativas.

Porcentaje Principio Activo Loratadina



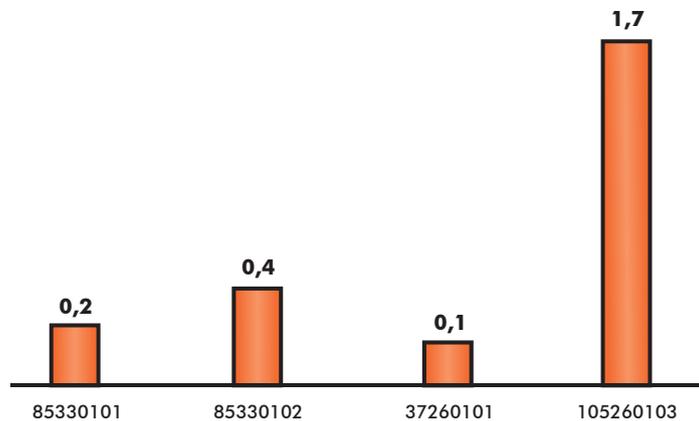
La Loratadina se encontró en 16 muestras con un porcentaje de participación como principio activo del 74%. Se presenta como único principio activo en 25% de estas muestras. Se comercializa en comprimidos de nombre “Flores Blancas” o “Baby Blanca”.

5.3.3.22. BUSPIRONA

Medicamento que se utiliza para tratar los trastornos de ansiedad o en el tratamiento a corto plazo de los síntomas de la ansiedad. El mecanismo de acción es desconocido y difiere de las benzodiazepinas en que no es anticonvulsivante o relajante muscular y tampoco se utilizan en trastornos de pánico. Su acción es exclusivamente sedativa con la acción típica de los ansiolíticos.



Porcentaje Principio Activo Bupirona



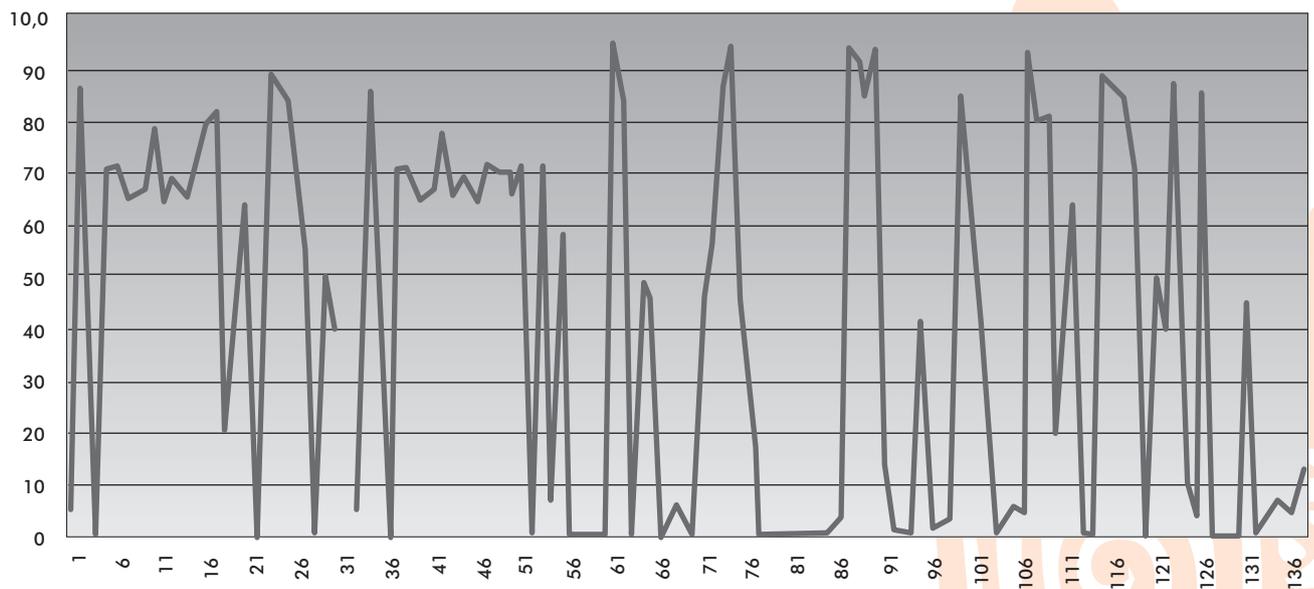
La bupirona se encontró en cuatro de las muestras con porcentajes menores al 2%.

5.3.3.23 CAFEÍNA

La cafeína es un alcaloide estimulante del grupo de las xantinas. Se trata de un sólido cristalino, de color

blanco y sabor amargo. Por ser un estimulante de venta libre, se usa frecuentemente como sustancia de corte de prácticamente todas las drogas que tienen el mismo efecto.

Porcentaje Principio Activo Cafeína





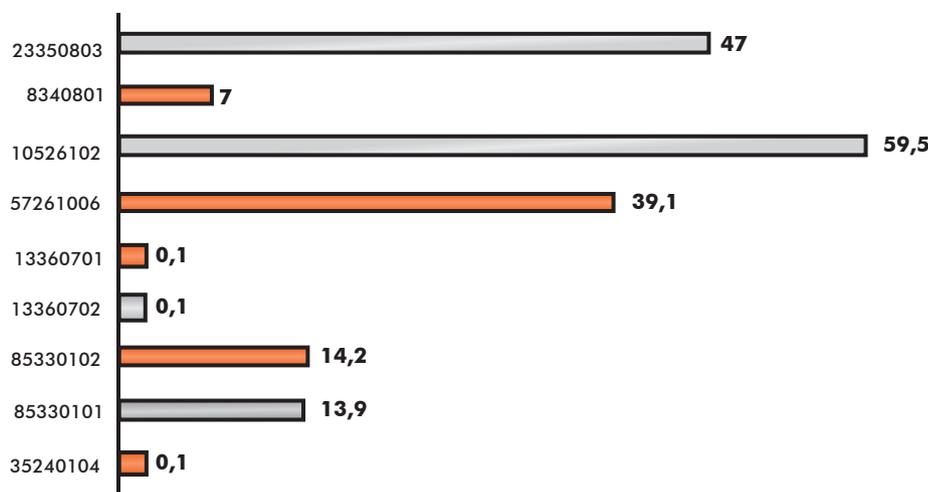
La cafeína fue la sustancia de mayor aparición entre las muestras recolectadas con 137 casos, es decir 41% de las muestras. El 47% de las muestras participan como principio activo con porcentajes entre 0 y 10%, por lo que se puede decir que la cafeína se utiliza con más frecuencia como sustancia excipiente. El 18% de las muestras contienen cafeína en porcentajes entre 80 y 100%. Interesante que las muestras con mayores concentraciones de cafeína están compuestas también por Metanfetamina en porcentajes que oscilan entre 3 y 16%, así como por Anfetamina con porcentajes menores al 5% y Norpseudoefedrina con porcentajes de hasta 3,2%. El 23% de las muestras que contienen cafeína se encuentran en el rango del 20 a 70% de participación como principio activo.

5.3.3.24. CARBAMAZEPINA

Es un antiepiléptico, relacionado químicamente con los antidepresivos tricíclicos, actúa inhibiendo la propagación del impulso nervioso desde el foco epiléptico. También presenta acciones secundarias como sedante, anticolinérgica, antidepresiva, relajante muscular, antiarrítmica, antidiurética e inhibidora de la transmisión neuro-muscular.

La carbamazepina puede provocar efectos secundarios: somnolencia, mareos, inestabilidad, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, ansiedad, problemas de memoria, diarrea, estreñimiento, acidez estomacal, sequedad en la boca, dolor de espalda.

Porcentaje Principio Activo Carbamazepina



La carbamazepina aparece como principio activo en 9 muestras, con una participación máxima del 59,5% y mínima del 0,1%.

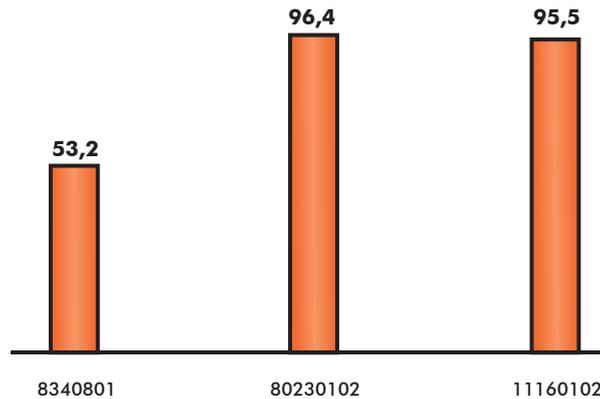
5.3.3.25. CLONAZEPAM

Es un medicamento de control especial, ansiolítico, antipánico, antifóbico y anticonvulsivante. El

Clonazepam está indicado en el Trastorno de Pánico con o sin agorafobia. Al igual que sucede con las demás benzodiazepinas, se cree que tales efectos se deben fundamentalmente a la inhibición posináptica mediada por el GABA; los estudios realizados con animales, no obstante, ponen de manifiesto, además, un efecto de clonazepam sobre la serotonina.



Porcentaje Principio Activo Clonazepan



Se encontró Clonazepam en 3 muestras con porcentajes de participación como principio activo superiores al 50%. Estas muestras se comercializan como "Roche" o "Ribotril". Se halló también en combinación con MDMA y Carbamazepina en porcentajes menores al 7%.

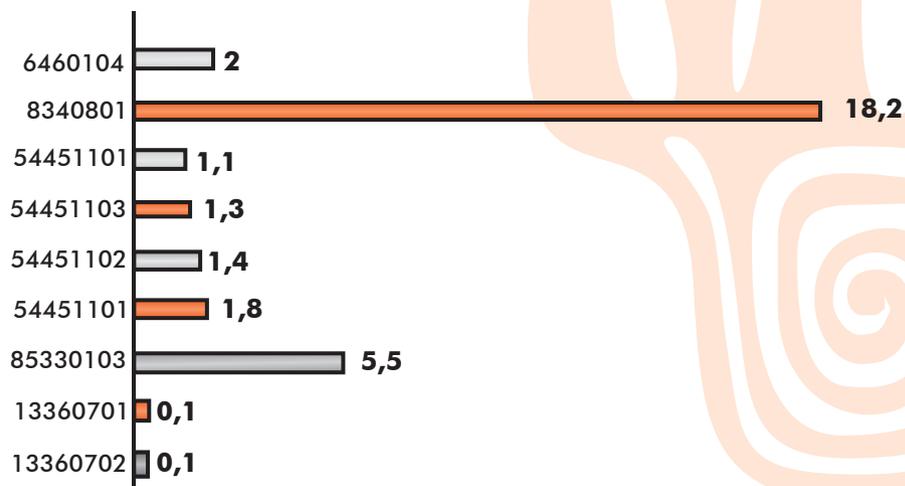
5.3.3.26. MORFINA

La morfina es el alcaloide más importante obtenido del opio que a su vez se extrae de la amapola,

Papaver somniferum. Es un potente analgésico utilizado para el alivio del dolor agudo o crónico moderado o grave y como sedante pre-operatorio. Puede producir dependencia fisiológica que se hace evidente por el síndrome de abstinencia que tiene lugar si se discontinua abruptamente un tratamiento. Este síndrome de abstinencia se caracteriza por náuseas y vómitos, diarrea, tos, lagrimación, rinorrea, calambres musculares y abdominales, sofocos y piloerección.

127

Porcentaje Principio Activo Morfina





Se encontró Morfina en 9 muestras pero con porcentajes menores al 2% en el 78% de las muestras. Se encuentra en combinación con otras sustancias como Metanfetamina, carbamazepina y clonazepam.

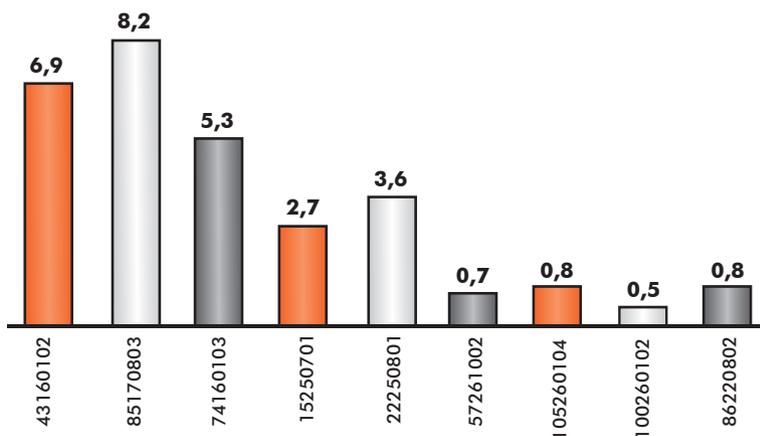
5.3.3.27. PRIMIDONA

La primidona se usa sola o con otros medicamentos para controlar determinados tipos de convulsiones.

La primidona pertenece a una clase de medicamentos llamados anticonvulsivos. Actúa disminuyendo la actividad eléctrica anormal del cerebro.

Somnolencia, ataxia, náuseas, debilidad y mareo ocurren frecuentemente durante el primer mes de terapia y pueden llegar a ser tolerables con el tiempo. Ocasionalmente ocurren erupciones dérmicas.

Porcentaje Principio Activo Primidona



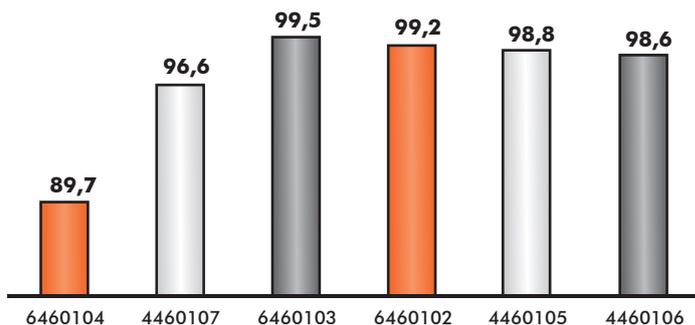
Se encontró Primidona en 9 muestras con un máximo de participación como principio activo del 8.2% y un mínimo de 0,5%. Estas 9 muestras se comercializaron bajo el nombre "Play Boy Mexicana".

como anti-inflamatorio e inmunosupresor. La prednisolona y sus derivados tienen poca actividad mineralcorticoide y por tanto no son útiles para el tratamiento de una insuficiencia adrenal. Son hormonas naturales que previenen o inhiben la inflamación y las respuestas inmunológicas cuando se administran en dosis terapéuticas.

5.3.3.28. DEHIDROCORTISOL

El Dehidrocortisol o prednisolona es un corticosteroide sintético que se utiliza terapéuticamente

Porcentaje Principio Activo Dehidrocortisol

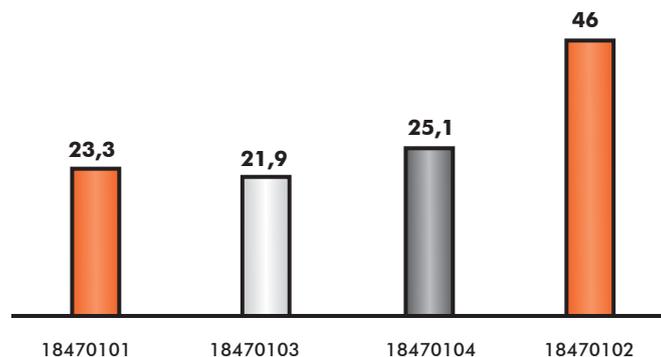


Dehidrocortisol se halló en 6 muestras con un promedio de participación como principio activo del 97%. Estas muestras se comercializan con el nombre de "Oasis" y se encuentran mezcladas con Cafeína en porcentajes menores al 1%. Una de las muestras contiene Morfina en un 2%.

5.3.3.29. DEXAMETASONA

Se trata de un potente glucocorticoide sintético con funciones antiinflamatorias e inmunosupresoras. Se utiliza mucho para tratar la artritis reumatoide. También se suministra a los pacientes con cáncer que están sometidos a quimioterapia, para contrarrestar ciertos efectos secundarios de su tratamiento antitumoral.

Porcentaje Principio Activo Dexametasona



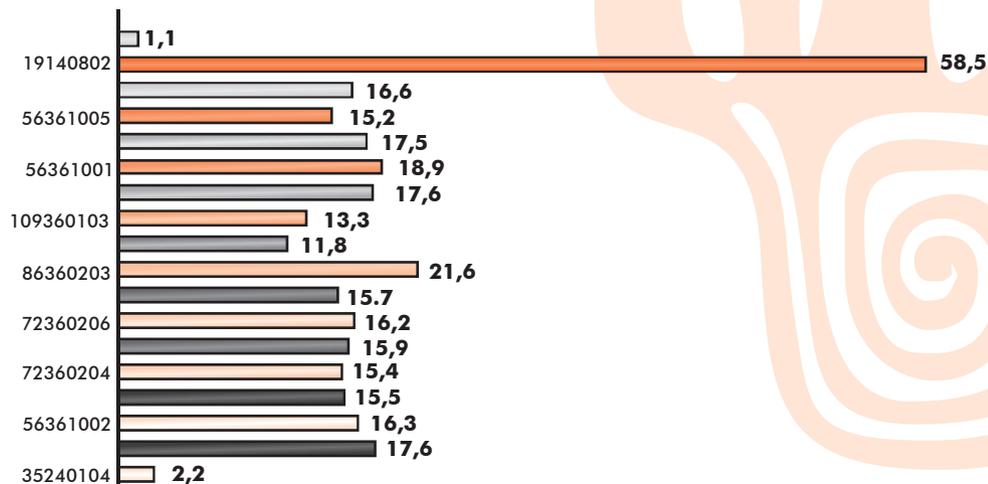
129

4 muestras registraron Dexametasona como principio activo en un 29% como promedio dentro de la composición. Estas muestras se comercializan en comprimidos azules con el nombre de "Piscis". Se encuentran mezcladas con flunarizina en porcentajes promedio de 30% dentro de la composición de las muestras.

5.3.3.30. SILDENAFIL

Este es uno de los medicamentos más famosos que se utiliza para tratamiento de la disfunción eréctil.

Porcentaje Principio Activo Viagra



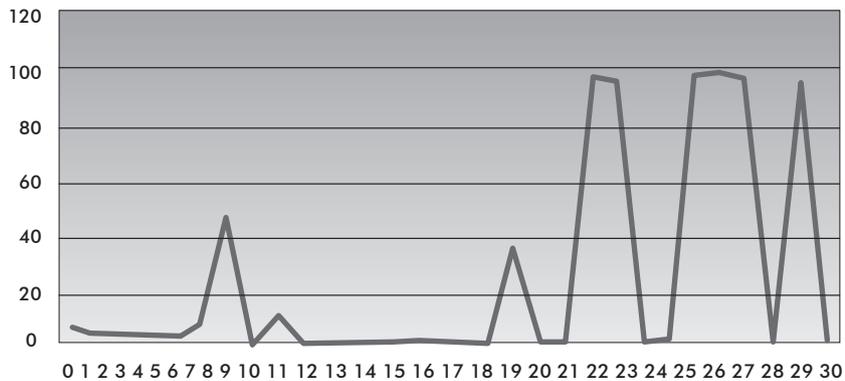


Se encontró Viagra en 18 muestras con un promedio de participación como principio activo del 17%. El 33% de estas muestras se comercializan bajo el nombre de "Louis Vulton" como comprimidos blancos; el 38% se comercializan como comprimidos blancos de nombre "La Coste", el 11% se comercializan como comprimidos de colores de nombre "Pesos" o "dólar". Se encontró que estas muestras están compuestas además de viagra por Metanfetamina en porcentajes promedio de 4,5% y cafeína en porcentajes superiores del 68% en promedio.

5.3.3.31. DICLOFENACO

Es un medicamento indicado para reducir inflamaciones y como analgésico, pues reduce dolores causados por heridas menores y dolores tan intensos como los de la artritis. También se puede usar para reducir los cólicos menstruales. También se utiliza en el tratamiento de las migrañas agudas.

Porcentaje Principio Activo Diclofenaco

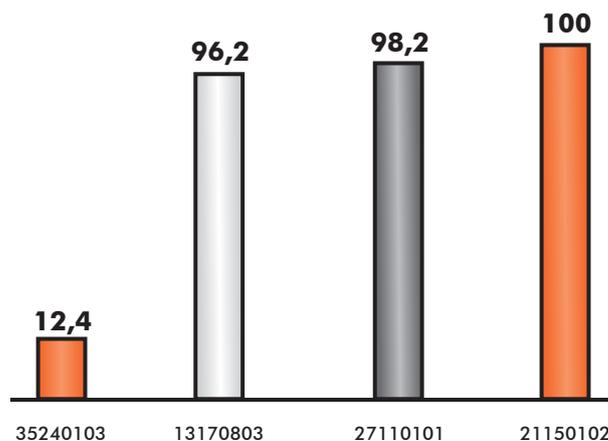


Este medicamento se encontró en 30 muestras, con un porcentaje mínimo de participación como principio activo del 0,1% y máximo del 98,8%.

5.3.3.32. XILAZINA

Se trata de un potente sedante, miorelajante y analgésico no narcótico, de uso veterinario.

Porcentaje Principio Activo Xilazina



Xilazina se encontró en 4 muestras con porcentajes importantes de participación como principio activo. Estas muestras se comercializan en comprimidos amarillos bajo el nombre de "Éxtasis". La muestra que contiene menor porcentaje de xilazina (12,4%) está combinada también con MDMA 8.3%, Cafeína 28,1% y Ketamina 35,9%.

CARACTERIZACIÓN QUÍMICA DE LAS DROGAS DE SÍNTESIS QUE SE COMERCIALIZAN EN BOGOTÁ

Entidad Coordinadora Nacional:
Dirección Nacional de Estupefacientes

Subdirectora Estratégica y de Investigaciones:
Janny Jalal Espitia

Coordinador Nacional en Colombia – Proyecto DROSICAN y Coordinación General de la Investigación:
Héctor Hernando Bernal Contreras

Coordinación Reducción de Demanda de Drogas - Proyecto DROSICAN:
Jenny Fagua Duarte

Coordinación Logística - Proyecto DROSICAN:
Jaime Mendoza Gómez

Diseño Muestral y Análisis Estadístico:
Andrés Arias Rodríguez

Recolección y Adquisición de Muestras:
Grupo de Inteligencia
Dirección Antinarcóticos – PONAL

Análisis Químico:
Escuela Nacional de Cromatografía
Universidad Industrial de Santander -UIS

Gráficos y Reseña bibliográfica
Ángela Patricia Chacón

Apoyo y Diagramación:

Álvaro J. Chamorro R.
Jorge Rico Rodríguez

Colaboración General:

Subdirección Estratégica y de Investigaciones – DNE

6. REFERENCIAS

Bautista, L. *Diseños de muestreo estadístico*. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Estadística. 1998.

Bernal, H. H. *Química de las drogas de síntesis. Las Drogas de Síntesis*. Dirección Nacional de Estupefacientes. Colombia. 1999.

Bernal, H. H. *Laboratorios clandestinos de drogas de síntesis. Las Drogas de Síntesis*. Dirección Nacional de Estupefacientes. Colombia. 1999.

Särndal, C.E., Swensson, B., and Wretman, J. *Model Assited Survey Sampling*. Springer-Verlag New York. 1992.

Velasco, A. F., Arroyave C.L. *Caracterización de los componentes químicos del éxtasis decomisado en la Ciudad de Medellín*. Trabajo de Grado para optar al título de Especialista en Toxicología Clínica. Universidad de Antioquia. 2004.

COCAINA

<http://washentela.iespana.es/COCAINA.htm>
<http://www.ideasrapidas.org/cocaina.htm>
http://es.wikipedia.org/wiki/Coca%C3%ADna#Efectos_y_usos_medicinales
<http://www.consumodedrogas.net/las-drogas/cocaina.php>

ESCOPOLAMINA

<http://es.wikipedia.org/wiki/Escopolamina>
<http://www.cosmos.com.mx/a/tec/d4bg.htm>

KETAMINA

<http://www.monografias.com/trabajos28/ketamina/ketamina.shtml#indicac>

<http://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/agenda/farmacologia/ketamina.htm>

ACETAMINOFEN

<http://www.encolombia.com/medicina/Urgenciastoxicologicas/Acetaminofen.htm>

http://www.ucla.edu/ve/dmedicin/enlinea/fiebre/droga_antipiretica.htm

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a681004-es.html>

<http://www.metlenpharma.com/productos/antalgin.php#con>

ESCITALOPRAN

<http://www.eutimia.com/psicofarmacos/antidepresivos/escitalopram.htm>

FLUNARIZINA

<http://www.a-zpharma.com/FLUNARIZINA.htm>

http://www.lasante.com.co/Joomla/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=75

http://www.thomsonplm.com/Diccionarios/Col_PLM37/PLM/productos/29937.htm

FLUOXETINA

<http://es.wikipedia.org/wiki/Fluoxetina>

<http://www.eutimia.com/psicofarmacos/antidepresivos/fluoxetina.htm>

METOPROLOL

http://www.serral.com.mx/html_2/dgobierno_detalle.asp?CLAVE=010%20000%200572

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682864-es.html>

http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Metoprolol.htm

ENALAPRIL

http://www.litaphar.com/ficha_enalapril.html

PROPANOLOL

<http://www.eutimia.com/psicofarmacos/antipanicos/propranolol.htm>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Propranolol>

ALPRAZOLAM

<http://es.wikipedia.org/wiki/Alprazolam>

<http://www.eutimia.com/psicofarmacos/antipanicos/alprazolam.htm>

AMINOPIRIDINA

<http://www2.cochrane.org/reviews/es/ab001330.html>

www.cosmos.com.mx/c/tec/cx13.htm

www.patentesonline.com.mx/compuesto-de-2-aminopiridina-y-uso-medico-del-mismo-85342.html

BENADRIL

www.en.wikipedia.org/wiki/Benadryl

[www.quiminet.com/.../DIFENILHIDRAMINA%2B\(BENADRIL%2BSIN\).htm](http://www.quiminet.com/.../DIFENILHIDRAMINA%2B(BENADRIL%2BSIN).htm)

BISACODILO

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a601027-es.html>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Bisacodilo>

<http://portal.droservicio.com/DEF/PLM/productos/28397.htm>

BISOPROLOL

www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/b027.htm

<http://es.wikipedia.org/wiki/Bisoprolol>

HIDROXIZINA

<http://es.wikipedia.org/wiki/Hidroxizina>

<http://www.elrincondepepa.medizzine.com/pacientes/medicamentos/H/hidroxizina.php>

IBUPROFENO

<http://es.wikipedia.org/wiki/Ibuprofeno>

LEVAMISOL

www.quiminet.com/.../Levamisol%2B-%2Buso%2Bveterinario.htm
www.salud.com/medicamentos/levamisol_oral.asp

LORATADINA

<http://es.wikipedia.org/wiki/Loratadina>
www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/1028.htm

BUSPIRONA

<http://www.eutimia.com/psicofarmacos/ansioliticos/buspirona.htm>
<http://132.248.60.110/farmacologia/nervioso/sn25-26.pdf>
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a688005-es.html>

CAFEINA

<http://es.wikipedia.org/wiki/Cafe%C3%ADna>

CARBAMAZEPINA

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682237-es.html>
<http://www.seace.gob.pe/documentos/FichaSublnv/18991230174986rad208D5.doc>
<http://www.neuropediatria.com.py/book/medicamentos/Antiepilepticos/carbamazepina.htm>

CLONAZEPAM

<http://www.vademecum.es/principios-activos-clonazepam-n03ae01>

MORFINA

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682133-es.html>

<http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/m061.htm>

<http://www.clinicadam.com/salud/5/002502.html>

PRIMIDONA

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682023-es.html>
<http://www.indicededrogas.com.ar/primidona.htm>
<http://www.neuropediatria.com.py/book/medicamentos/Antiepilepticos/fenitoina.htm>

DEHIDROCORTISOL

www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../a682793-es.html
www.saob.org.ar/index.php?operation=view...

DEXAMETASONA

<http://es.wikipedia.org/wiki/Dexametasona>

VIAGRA

<http://es.wikipedia.org/wiki/Sildenafil>
<http://www.minusval2000.com/investigacion/archivosInvestigacion/viagra.html>

DICLOFENACO

<http://es.wikipedia.org/wiki/Diclofenaco>

XILAZINA

http://www.sani.com.ar/producto.php?id_producto=5367
http://www.pisaagropecuaria.com.mx/agropecuaria/agro_procin2.pdf



LAS DROGAS SINTÉTICAS EN EL MARCO DE LA GLOBALIZACIÓN Y OTROS ELEMENTOS DE RIESGO CONCOMITANTES

Julio Bejarano, M.Sc.*

Introducción

La idea que subyace en este trabajo es que la globalización cuenta con un fuerte arraigo en la cultura y que mucho de lo que la humanidad ha sido testigo desde la última parte del siglo anterior, en relación con la oferta y la demanda de drogas, y mucho de lo que será espectadora en el futuro, será posibilitado, promovido, iniciado o al menos facilitado por este fenómeno mundial. Esto es particularmente cierto en el caso de las sustancias sintéticas, las cuales ingresan a los países latinoamericanos bajo las condiciones propias de un mercado ilícito en el que la innovación y la complejidad plantean grandes desafíos para la formulación de políticas públicas.

La información de organismos internacionales en los últimos años revela que los estimulantes de tipo anfetamínico son los que han mostrado, proporcionalmente, los incrementos más significativos de los últimos lustros. Luego de un alza lenta en el decenio de los ochenta, en la mayor parte de los países se ha evidenciado un incremento desde el inicio de la década anterior, tanto en Europa como en los EEUU y en Latinoamérica. En parte, esto se asocia con la globalización de ciertos movimientos culturales y musicales adoptados por la juventud (música tecno, cultura rave). Los decomisos de drogas también han mostrado un claro aumento desde el período indicado y si bien éstos se asocian con mejoras en la eficiencia policial (también resultado de la globalización en materia de interdicción), parece muy escaso el margen de duda con respecto a que la producción y transporte de sustancias sintéticas ha crecido. A esto se agregan mejores precios y, quizás, mejor calidad, lo que supone un impacto en el consumo en el corto plazo. Este impacto ha modificado y complicado el trabajo de control de la oferta, dadas las condiciones especiales en que se desarrolla la producción y trasiego de las drogas

sintéticas: amplias facilidades tecnológicas, franca disponibilidad de materias primas, mejora de los medios de comunicación y transporte y una percepción social que les asigna baja peligrosidad.

Ahora, no es posible realizar una separación artificial entre consumos de drogas de diferente tipo. Según se verá posteriormente, existen complejas interacciones entre la utilización de las drogas ilícitas tradicionales y las sustancias sintéticas lo cual deviene en una fuente adicional de preocupación en torno a la probabilidad de un incremento del consumo de las segundas si, como se cree, el panorama del mercado de las tradicionales junto otras condiciones sociales en los países se transforman y crean las condiciones necesarias para que ocurra.

La globalización como fenómeno estructural

Muchas veces se ha entendido el concepto globalización desde una perspectiva eminentemente económica, que tendría algunos aspectos subordinados, no exclusivamente económicos como lo social y lo cultural, pero de menor peso. La dimensión económica tendría una mayor capacidad explicativa y quizás por ello una gran cantidad de definiciones se centran en ella para definirla.

Al realizar una aproximación a la definición del concepto, Maesso (2008) indica la existencia de una serie de características comunes en las definiciones de globalización:

1. Las que hacen referencia a la interdependencia entre las naciones y cómo dentro del nivel mundial las decisiones que se toman en una parte del orbe afectan a otras de manera significativa.
2. Las que enfatizan la liberalización del comercio y el abaratamiento de los costos de transporte, lo

* Psicólogo, Investigador IAFA, UCR/UCLA, UNED.

cual ha impulsado la integración y la expansión de los mercados. Subyace una asignación al mercado como la alternativa por excelencia para la entrega eficiente de los recursos productivos.

3. Las que aluden a una globalización del capital como resultado de las vinculaciones entre los mercados financieros locales que, a su vez, se asocian con los sistemas internacionales.

4. Las que enfatizan la globalización tecnológica, en especial mediante el desarrollo de las tecnologías de información las cuales han contribuido de manera sustantiva a la globalización como un todo.

Sería correcto afirmar que el concepto se encuentra en proceso de elaboración constante en el que confluyen diversos fenómenos tanto de la esfera económica como no económica y cuyo acento no debe soslayarse si se consideran los procesos de integración entre países.

Dentro de la órbita económica se esperaría que la globalización condujera hacia la formación de una sociedad mundial descentralizada con progresos en productividad, eficacia y promovería cierto equilibrio en el desarrollo de los países. La transferencia de tecnología e información, así como de capital, facilitaría el acceso de mercados que previamente se encontraban fragmentados, con una escasa participación en actividades comerciales regionales o en contextos mayores.

No obstante, hay quienes afirman que la globalización no es un fenómeno completamente novedoso. De acuerdo con Menanteau Horta (2002) habrían ocurrido al menos dos grandes movimientos globalizadores. Con ámbitos sociales y culturales distintos que los actuales, el primero desde finales del siglo XIX hasta 1914; el segundo desde finales de la segunda guerra mundial hasta los años sesenta con una ampliación de su espectro y velocidad en el momento actual. En el presente, la globalización se encuentra en un momento culminante del desarrollo del capitalismo, donde lo

económico prevalece sobre cualesquiera otras consideraciones, aun las políticas, y ha promovido avances nunca vistos en el comercio internacional gracias a los acelerados avances de la comunicación electrónica y de la computación.

Las políticas de ajuste estructural de los años ochenta, impulsadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial y más recientemente por las organizaciones de comercio mundial, se presentaron como la mejor opción para enfrentar los problemas de deuda, la hiperinflación y, en general, los problemas económicos característicos de la época. Bajo la lógica de la globalización se creyó que en cada país la integración se facilitaría por el influjo de la revolución en la comunicación y en las tecnologías de información, lo cual resultó cierto, y se generaría un sistema económico mundial, a manera de núcleo, donde cada unidad o nación se movería según las decisiones tomadas en el centro. Este centro está integrado, en lo esencial, por un sistema financiero y otro de producción cuyo control lo ejercen un reducido número de firmas multinacionales. De acuerdo con Chiriboga (2002) en el caso de América Latina sólo una pequeña cantidad de actividades productivas se han integrado al sistema mundial, según lo descrito con anterioridad, aunque el sector financiero lo hizo plenamente. Para este autor, la globalización en América Latina resulta inclusiva para ciertas actividades pero también ha sido muy excluyente para otras, aspecto que se relacionaría, aunque sólo parcialmente, con el hecho de que la región exhibe una de las tasas más elevadas de inequidad en el mundo. Y donde ha habido un mayor desarrollo económico, éste no siempre correlaciona positivamente con una reducción de la pobreza. Tras preguntarse si el modo neoliberal de globalizarnos es el único posible, Ramírez (2007) destaca que

La globalización está generando riesgos, desafíos y desigualdades que rebasan las fronteras nacionales y que escapan al control de las estructuras políticas actuales. La globalización no se limita a los grandes sistemas globales, su

impacto puede apreciarse en nuestra vida privada, en nuestra forma de pensar y pensarnos a nosotros mismos y en nuestras conexiones con los demás (pág. 4).

Sus defensores, por otra parte, asignan a la globalización el haber generado un crecimiento económico de grandes proporciones, nunca visto antes, haber potenciado el desarrollo de las tecnologías de la información y, mediante la apertura económica y la desregulación financiera, un aumento de la inversión extranjera y del comercio internacional, favoreciendo el mercado mundial de los negocios. Igualmente, se ha argumentado una mejora sustantiva en las relaciones internacionales, dando lugar a un sistema de relaciones más abierto en el cual se comparten distintos valores y se habrían mejorado los instrumentos de intercambio.

Drogas sintéticas

Las drogas sintéticas pertenecen a varios grupos farmacológicos: feniletilaminas, opiáceos, arilhexilaminas y metacualona, entre otros. Estas tienen que ver con derivados de sustancias estimulantes del organismo, cuyo prototipo es la molécula química feniletilamina, la cual se parece mucho a la anfetamina.

Dentro de las feniletilaminas destaca el MDMA o éxtasis, cuyo consumo entre las drogas sintéticas es el más prevalente y sobre el que se ha desarrollado más investigación. El MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) se deriva de la feniletilamina y está relacionado estructuralmente con la anfetamina, que es un estimulante psicomotor y la mezcalina, que es un compuesto alucinógeno, por lo que en el nivel clasificatorio se afirma que comparte propiedades de ambos compuestos. Si bien el éxtasis no puede considerarse una droga productora de adicción en los humanos, al no desencadenar un síndrome de abstinencia típico, en pruebas realizadas en animales de laboratorio éstos tienden a auto administrarse MDMA, lo que concuerda con la idea de ser una sustancia con reforzadores capaces de mantener el consumo, en general bajo

una inclinación recreacional (Lorenzo y Lizasoain, 2003). En efecto, en pruebas de laboratorio se ha comprobado que el MDMA actúa como un reforzador moderado y reúne criterios de potencial de abuso en determinados paradigmas experimentales. Si bien los usuarios de esta droga suelen tener una actitud favorable hacia el consumo, no es posible afirmar que los patrones de utilización de MDMA se puedan equiparar con los patrones que operan en las drogas capaces de generar dependencia física. Se ha indicado además el desarrollo de una tolerancia aguda o sensibilización, lo cual predispondría a un mayor riesgo de efectos tóxicos (Corral y Solopena, 1998).

Junto con sustancias como la GHB, el Rohypnol y la Ketamina, la MDMA también suele agruparse bajo la denominación "drogas de club" (*club drugs*) por su asociación con las "fiestas rave", las cuales, como aspecto de interés, tienen un desarrollo muy particular en virtud de la homogeneidad de los contextos en que tienen lugar, pese a ocurrir en países muy diferentes y porque los participantes generalmente son jóvenes de sectores medios y medios altos. La GHB y el Rohypnol son depresores del sistema nervioso central y se ha descrito su uso en ciertos casos de víctimas de asaltos sexuales quienes tras consumirlos resultaron incapacitadas de actuar en su defensa. En algunos países los casos de consumo de GHB parecen mostrar cierto aumento, mientras que los de tráfico de Rohypnol parecen descender (Office of National Drug Control Policy, 2004). La ketamina, por otra parte, es un anestésico disociativo que ha adquirido cierta popularidad dentro de los círculos sociales antes mencionados.

Opiáceos sintéticos, como la oxicodona y fenciclidina (PCP, un anestésico disociativo) también se pueden agrupar dentro de las drogas sintéticas, pero su utilización en la Región latinoamericana es menor. Sin ser un opiáceo, destaca también el alucinógeno ácido lisérgico (LSD) cuya utilización en América Latina tradicionalmente ha sido baja, aunque estudios recientes en el marco del Proyecto de Apoyo a la Comunidad Andina en el área de

Drogas Sintéticas (DROSICAN), demuestran que su utilización en el ámbito de los jóvenes universitarios colombianos ocupa una posición de relativo incremento (SG/CAN-UE, 2009).

La oferta y la demanda de drogas sintéticas en el ámbito mundial

Los datos de la ONUDD con respecto a la producción, consumo e incautaciones de sustancias tipo anfetamínico revelan un aumento progresivo de los indicadores de producción al punto que desde el decenio anterior se conoce que más de sesenta países cuentan con sitios para su fabricación. Como se aprecia en la Tabla 1, las

incautaciones correspondientes al grupo de las anfetaminas prevalecen como mayoritarias, pero proporcionalmente se asemejan a las del grupo del éxtasis. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (ONUDD, 2009), calificó como extraordinario el aumento registrado en los decomisos de éxtasis en 2007.

Unas 16 a 51 millones de personas con edades entre 15 y 64 años habrían consumido sustancias del grupo anfetamínico al menos una vez en 2007, en tanto el total que probablemente utilizó "éxtasis", también por lo menos una vez, se situaba entre 12 y 24 millones de individuos en el nivel mundial (UNODC, 2009).

Tabla 1: Producción e incautaciones de estimulantes tipo anfetamínico, según grupo de sustancias

	Grupo anfetamínico (metanfetamina y anfetamina)		Grupo del éxtasis (MDMA, MDA y MDE/MDEA)	
	Estimación inferior	Estimación superior	Estimación inferior	Estimación superior
Toneladas métricas producidas	230	640	72	137
Toneladas métricas consumidas	187	597	63	128
Toneladas métricas incautadas	43,3	43,2	8,5	8,5

Fuente: UNODC (2009). *World Drug Report 2009*. United Nations Office on Drugs and Crime New York: United Nations Publication.

Durante los años noventa la información sobre la epidemiología del consumo de MDMA no sólo era relativamente escasa sino imprecisa. Informes de algunos países en los primeros años de esa década daban cuenta de proporciones de prevalencia alguna vez en la vida en personas jóvenes iguales a 2,1% en España; 3,1% en jóvenes ingleses y 2% en estadounidenses de 13 a 15 años.

En épocas más recientes se han informado cifras de mayor tamaño. En el caso particular de cohortes

estudiantiles españolas, se obtuvieron valores de prevalencia de vida, último año y último mes iguales a 3,8%, 2,7% y 1,6%, respectivamente (Sáiz, P.; González, M.; Paredes, B., et al., 2001). Como en otros estudios, en éste se halló una mayor prevalencia masculina, con la condición de policonsumo, tanto de sustancias lícitas como ilícitas. Estos sujetos, cuya edad promedio se aproximaba a los 16 años, tenían un perfil psicológico en el que prevalecía la búsqueda de sensaciones y el psicoticismo (evaluado según las dimensiones de la

personalidad de Eysenck mediante el cuestionario EPQ). En esta investigación el éxtasis no se encontraba entre las drogas más consumidas; dado que estaba en sétimo lugar entre las consumidas alguna vez.

En la población general, la ONUDD ha informado un consumo reciente de éxtasis mayor en países como Australia (4,2%), la República Checa (3,5%), Escocia (3,2%), Nueva Zelanda. En los Países Andinos este consumo reveló ser igual o inferior a 0,2% (UNODC, 2009).

En jóvenes estadounidenses con edades entre 16 y 23 años, Wu, Schlenger y Galvin (2006) hallaron una prevalencia general de 20% de consumo de algunas de las siguientes sustancias: éxtasis, metanfetamina, ketamina, LSD y flunitrazepam. El policonsumo de éstas entre los consumidores de drogas sintéticas resultó bastante común (51% indicó haberlas empleado) e independientemente de la droga utilizada casi todos los consumidores manifestaron haber utilizado también productos diferentes de las sintéticas. Las personas que consumían eran de edades bajas y resultó llamativa su vulnerabilidad para el desarrollo de conductas riesgosas que pudieran dar lugar a la transmisión de enfermedades sexuales así como a embarazos no deseados. De acuerdo con los autores, existe evidencia reciente en el sentido que aún el consumo ocasional de drogas de síntesis puede promover conductas sexuales riesgosas. Otras preocupaciones tienen que ver con la elevada tasa de consumo de cocaína, crack y heroína, tanto entre los usuarios de alguna vez como entre los consumidores recientes de drogas sintéticas. De esta manera, para cada tipo de droga sintética utilizada la prevalencia de vida de consumo de cocaína / crack era del orden de 35% a 79% y de 8% a 23% para el caso de la heroína. Como en la mayor parte de los países, la marihuana fue la primera droga utilizada por los jóvenes en esta muestra y se halló que, independientemente del tipo de droga sintética empleada, la marihuana fue la sustancia más frecuentemente utilizada por los consumidores.

Otras investigaciones llevadas a cabo en los EEUU con grupos de jóvenes universitarios, han detectado una prevalencia de consumo reciente de éxtasis ligeramente superior a 9% varios años atrás. Johnston, O'Malley, Bachman y Schulenberg (2007) han destacado que mientras la prevalencia de último mes entre universitarios llegó a 2,5% en el 2000, la tasa cayó a 0,6% en el 2006. Asimismo, la prevalencia de vida ascendió a 14,5% en 2001, pero descendió a 7% en el 2006. Los centros universitarios estarían enfrentando la posibilidad de que más alumnos de primer ingreso refieran haber utilizado éxtasis en virtud que en 2006 un 1,4% de los estudiantes de 8° año de la educación secundaria informaron haber experimentado con MDMA en los últimos doce meses, junto a un 4,1% de los alumnos de 12° año. La versión 2006 del estudio *Monitoreando el Futuro* (Monitoring the Future Study) reveló que los estudiantes que consumieron éxtasis tenían una mayor probabilidad de ser policonsumidores. Así, en comparación con los usuarios de marihuana los consumidores de MDMA tenían una probabilidad significativamente mayor de haber utilizado, en los últimos doce meses, inhalables, LSD, cocaína y heroína (Wish, et al 2007).

Otros estudios han revelado mayores niveles de prevalencia. Así, un reciente informe desveló una prevalencia de consumo de éxtasis de 5,6% entre estudiantes universitarios iraníes (Amiri, Shakib & Moosavi, 2009) frente a niveles de consumo de otras drogas, fundamentalmente cannabis y opio, del orden de 4,6%. La condición de ser hombre, soltero, viudo o divorciado, así como ser un estudiante con pobre desempeño académico, se asociaba con el consumo de éxtasis. Después de ajustar los datos para controlar ciertos factores de confusión en un análisis de regresión logística, el consumo alguna vez de alguna droga diferente, así como el consumo alguna vez en la vida de alcohol y el consumo activo de tabaco junto a vivir solo o compartiendo con amigos, se constituyeron en los factores más determinantes del consumo de MDMA. Este estudio también demostró el policonsumo como un factor característico entre los consumidores de éxtasis.

El consumo de drogas sintéticas en los Países Andinos

La Tabla 2 muestra el consumo reciente de anfetaminas en los países andinos. Los valores son muy semejantes a los de la mayor parte de los países en el nivel mundial, en los cuales los valores porcen-

tuales son inferiores a 1. Solamente algunos países tienen niveles superiores; tal el caso de El Salvador (3,3%); Australia (2,7%); Nueva Zelanda (2,3%); EEUU (1,6%); Canadá (1%); Filipinas (2%) y Tailandia (1,4%), lo cual las convierte en sustancias de baja prevalencia, pero cuyas consecuencias cada vez se vislumbran como importantes.

Tabla 2. Consumo reciente de anfetaminas en los Países Andinos

País	Prevalencia (%)	Año
Bolivia	0,5	2007
Colombia	0,5	2005
Ecuador	0,2	2005
Perú	0,2	2006

Fuente: UNODC (2009). *World Drug Report 2009*. United Nations Office on Drugs and Crime. New York: United Nations Publication.

Por otra parte, el consumo reciente de éxtasis registra aun menos países en el nivel mundial con valores porcentuales por encima de 1 (República Checa, 3,5%; Escocia, 3,2%; Nueva Zelanda, 2,6%; Estonia, 1,7%; Inglaterra y Gales, 1,5%). En la Tabla 3 se observan los datos de consumo para los Países Andinos, los cuales resultaron inferiores que los expuestos con respecto a las anfetaminas en la Tabla 2. Pese a esto, Naciones Unidas ha indicado que para los próximos años los cultivos de opio y de hoja de coca, ubicados en regiones como el sudeste de Asia y los Países Andinos, serían sustituidos en el plazo de unos diez años por el accionar de las organizaciones delictivas en favor de las drogas sintéticas, asumiendo que las variables de oferta y demanda de todas las drogas se mantengan en los niveles actuales¹. Esta sería la principal conclusión de un reciente informe de la ONU cuyas características fueron brindadas

también hace algunos años atrás por el director ejecutivo de la ONUDD. El informe establece la existencia de un aumento de la producción de drogas sintéticas en todo el mundo, en contraposición a la fabricación de sustancias tradicionales como la cocaína y la heroína (PNSD, 2003).

La situación, como se muestra en la Tabla 3, revela niveles bajos de consumo reciente en la población general de los países andinos. No obstante, el consumo en la población joven resultó mayor que la hallada en la población general, al oscilar el valor de prevalencia entre 3,6 y 3,7% para Bolivia y Colombia y entre 1,6 y 0,6% para Ecuador y Perú, respectivamente (UNODC, 2009). En Sudamérica, sólo Brasil supera todos los valores, antes citados, con un nivel de prevalencia de 4,3%, el mismo que en el nivel mundial no es alcanzado por ningún otro país.

Tabla 3. Consumo reciente de éxtasis en los Países Andinos

País	Prevalencia (%)	Año
Bolivia	0,1	2007
Colombia	0,2	2005
Ecuador	0,2	2005
Perú	<0,1	2006

Fuente: UNODC (2009). *World Drug Report 2009*. United Nations Office on Drugs and Crime. New York: United Nations Publication.

¹ Muy recientes notas de prensa anuncian un cambio de la política de la Administración Obama en torno a la "guerra contra las drogas" (incluida la supresión de esta denominación). Si esto efectivamente ocurre cabría suponer una alteración en dichas variables de oferta y demanda.



Un reciente estudio (SG/CAN-CICAD/OEA, 2009) efectuado en 23 mil estudiantes de 37 universidades públicas y privadas de los cuatro países andinos demostró la importancia del consumo de drogas en este sector de la población, en el cual se

hallaron valores semejantes en tres de los países y donde Colombia muestra una diferencia significativamente mayor tanto para el caso de alguna droga ilícita como para el de las sustancias sintéticas, según se puede apreciar en la Tabla 4.

Tabla 4. Consumo reciente de alguna droga ilícita y de alguna droga sintética entre estudiantes universitarios de los Países Andinos

País	Droga ilícita	Droga sintética
Colombia	13,4	1,6
Ecuador	5,7	0,4
Perú	5,0	0,3
Bolivia	4,0	0,2

Fuente: SG/CAN-CICAD/OEA (2009). Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009. Lima: Tetis Graf EIRL

Con fundamento en lo que se comentó con anterioridad acerca del policonsumo, es muy probable que los sujetos que refirieron consumo de sustancias sintéticas sean los mismos que hicieron lo propio con respecto a alguna sustancia ilegal.

consumo los porcentajes son más elevados, de suerte que 27% de los estudiantes en Colombia se pronunciaron en ese sentido, 18% en Ecuador, 16% en Bolivia y 11% en Perú.

Esta investigación brindó, además, información de utilidad en relación con otros tópicos relacionados. Por ejemplo, se puso de manifiesto un escaso nivel de conocimientos sobre las drogas de síntesis por parte de los estudiantes universitarios: la mayor parte de los respondientes identificaron casi exclusivamente al éxtasis como una droga de síntesis. Sustancias como GHB, ketamina y metanfetamina tuvieron menos menciones en ese sentido. Además, la mayoría desconoce (o no responde) si éstas son todas iguales o si se pueden adquirir sin prescripción en establecimientos farmacéuticos. El lugar asignado al éxtasis como droga de síntesis y un mayor nivel de conocimientos y experiencias en comparación con otras sustancias, también de síntesis, parecieran explicar porque más estudiantes en todos los países mencionan conocer a alguien en su respectiva universidad que utilizaba MDMA. De este modo, en Colombia y en Perú 20,1% y 10,4%, respectivamente, mencionaron conocer a alguien que lo hacía. En Bolivia y Ecuador lo mencionó alrededor de un 8,5%. Sin embargo, ante la consulta sobre amistades que practicaban tal

La asignación de gran riesgo que los estudiantes atribuyeron al consumo experimental de las diferentes drogas de síntesis no presenta variaciones muy intensas entre los diferentes países, al oscilar entre 23% y 41%; sin embargo, el gran riesgo asociado con consumo frecuente de MDMA fue percibido por mayores cantidades de individuos (valores porcentuales superiores a 47%) en los diferentes países si se compara con las percepciones hacia la anfetamina, la metanfetamina, el LSD, la ketamina y la GHB.

El hecho de ser una sustancia de la cual se expone más frecuentemente en los medios y por mostrar un mayor nivel de prevalencia entre las drogas sintéticas, hicieron que el éxtasis fuera la sustancia que los universitarios mencionaron en todos los países como de más fácil acceso, seguida a considerable distancia por las anfetaminas y a mucha distancia por LSD, metanfetaminas, ketamina y GHB. La relación entre este fenómeno y el haber recibido una oferta para comprar o probar alguna sustancia de síntesis revela una cierta relación al examinarse cada droga, pero los



porcentajes son considerablemente más reducidos para el caso de la oferta, como es lógico colegir. La consistencia también está presente si se examina este aspecto con el consumo propiamente dicho; no obstante, las diferencias son muy amplias. Así, con una oferta de éxtasis en primer lugar, la proporción de individuos que consumieron en el último año fue significativamente menor que la de aquellos que fueron objeto de un ofrecimiento. En Bolivia lo fue 106 veces, en Colombia 13, en Ecuador 16 y en Perú 21. Esto pudiera guardar relación parcialmente con el estado de las percepciones de riesgo en las que el desconocimiento ocupa un lugar de primera importancia.

El nivel de prevalencia anual de las restantes sustancias sintéticas estudiadas por la CAN y la

CICAD/OEA se presenta en la Tabla 5. Aunque existen diferencias entre el consumo de éxtasis y las demás, en general se puede estimar que el consumo reciente es bajo. La mayor utilización de éxtasis tuvo lugar en Colombia, situación que se presentó de manera semejante en otro estudio realizado en 2005 en jóvenes cursantes de la educación secundaria (ONUDD/CICAD, 2006) en el cual se informó que Colombia presentaba el mayor consumo reciente de éxtasis entre varios países sudamericanos.

Un estudio, también realizado entre universitarios, pero a partir de una muestra más reducida en Perú, detectó una prevalencia general de consumo de éxtasis igual a 2,3% (CEDRO, 2005).

Tabla 5. Consumo reciente de drogas sintéticas en universitarios de los Países Andinos

Droga	País			
	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Éxtasis	0,03	0,73	0,23	0,14
Anfetamina	0,14	0,24	0,13	0,09
LSD	0,05	0,95	0,02	0,09
Metanfetamina	0,00	0,02	0,10	0,01
Ketamina	0,01	0,05	0,00	0,02
GHB	0,00	0,02	0,01	0,00

Fuente: CAN-CICAD/OEA (2009). Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009. Lima: Tetis Graf EIRL

No obstante la situación descrita con anterioridad, el consumo de sustancias sintéticas no debería desligarse del estudio de la utilización de otras drogas, no sintéticas, en virtud de las asociaciones que existen entre conductas que efectivamente estarían dando cuenta de un único comporta-

miento. Como lo muestra la Tabla 6, las tasas de consumo reciente de marihuana, inhalables y cocaína persisten como las más importantes con una prevalencia significativamente más alta de marihuana y cocaína en Colombia, frente a niveles más reducidos en Bolivia y Perú.

Tabla 6. Consumo reciente de drogas no sintéticas, en universitarios de los países andinos

Droga	País			
	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Marihuana	2,00	11,48	4,65	3,18
Inhalables	1,88	1,40	0,77	1,70
Cocaína	0,18	2,48	0,61	0,50
Pasta base/basuco	0,03	0,27	0,27	0,03
Crack	0,09	0,23	0,10	0,0
Hachís	0,11	0,09	0,13	0,01
Heroína	0,01	0,02	0,09	0,01

Fuente: SG/CAN-CICAD/OEA (2009). Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009. Lima: Tetis Graf EIRL

Por escapar a los propósitos de este trabajo, se deja planteada la conveniencia de la aplicación de modelos sofisticados de análisis estadístico que expliquen la naturaleza de las interacciones entre el consumo de estas drogas y las sustancias sintéticas. Esta determinación podría tener efectos relevantes sobre el diseño de estrategias preventivas y en las de intervención de personas afectadas por el consumo.

La globalización y las drogas. Un nexo indefectible

La información mundial sobre consumo de drogas ilícitas, especialmente la producida por la ONUDD, revela una tendencia general a la alza desde inicios del decenio anterior, fenómeno propio tanto de los países industrializados como de los que se encuentran en vías de desarrollo. La marihuana es la droga que no sólo se consume más sino la que ha experimentando el mayor crecimiento, situación que parcialmente se explica por la baja percepción de riesgo que suele asociarse a su consumo. Algo semejante sucede con la MDMA. Varios estudios (Royo-Isacha, Magranéb, Blancafortb y Ferrerb, 2004) refieren el convencimiento de los consumidores acerca de la inocuidad de la sustancia, al ser percibida como una droga segura con un número aceptable de efectos positivos.

Los procesos de la globalización conducen a una homogenización de la cultura, dando lugar, de manera paradójica, a la generación de comportamientos o pautas estándar y también a la diversidad. En lo económico, la liberalización y desregulación financieras pudieron haber acentuado la producción², el tráfico y el consumo de sustancias, aunado al poder de las comunicaciones cuyo potencial de penetración (TV, cable, radio, Internet) nunca fue tan grande como lo es en la actualidad. Puede esperarse que las drogas sintéticas irrumpen en franca competencia por los mercados que tradicionalmente se reservaban para la marihuana, la cocaína y la heroína.

Hoy en día las identidades se forman en virtud del consumo; cuanto mayor, más elevado el sentimiento de pertenecer al grupo de mayor deseabilidad. Existe entonces una uniformidad internacional, la cual promueve ciudadanos uniformes cuya identidad se homogeniza, en primer término, tras el signo fundamental de ser *un consumidor*.

La difusión, promoción y venta de MDMA, o cualesquiera otras sustancias sintéticas, obtendría las ventajas globalizadas del desarrollo en las comunicaciones y las tecnologías de información. Así, además de la baja percepción de riesgo antes comentada el público meta optaría por las drogas

² Paralelamente, la liberalización de los movimientos de capital, durante los últimos tres decenios, habría facilitado la legitimación de capitales provenientes de negocio del tráfico de drogas. Hay que tener presente que el valor de las ventas de drogas ilícitas a escala mundial se estableció a mediados de la década de los noventa en 8% del comercio mundial total (Pérez, 2004), lo cual, para citar dos ejemplos, fue superior a la ayuda internacional para el desarrollo y mayor que el turismo y las ventas de automóviles. Los datos de la ONUDD (UNODC, 1998), por esa época, estimaban el comercio mundial de las drogas en 360 billones de dólares, de los cuales unos \$ 60 billones corresponderían drogas sintéticas (100 billones para heroína, 135 billones para cocaína y 75 billones para marihuana).

sintéticas en vista de las dificultades para proveerse de otros estimulantes como las anfetaminas, las cuales en diferentes lugares han dejado paulatinamente de ser ofrecidas en los establecimientos farmacéuticos convencionales. Otro aspecto por considerar es su precio, inferior al de otras drogas, incluido el alcohol, así como su apariencia, más cercana a cualquier medicamento, y la duración de sus efectos, ciertamente limitados a unas cuantas horas, las necesarias para la atención de un momento de ocio en compañía de pares, generalmente durante el fin de semana. La disminución del cansancio y la expectativa de relaciones interpersonales y sexuales de mayor acento serían otros elementos que inclinarían la preferencia de los usuarios hacia estos productos. No debe soslayarse colocar dentro esta perspectiva la posibilidad que a estas drogas se les vincule menos con la actividad criminal tradicionalmente asociada con las drogas no sintéticas, abriendo de esta manera una mayor probabilidad de utilización.

A lo anterior se agregan otros factores que podrían promover una mayor globalización del fenómeno de las drogas sintéticas en sus diferentes dimensiones: la reducción en los costos del transporte, así como el auge de las conexiones por tierra, aire y mar, las que aseguran un mayor número de intercambios comerciales. Junto con esto, la unificación progresiva de los mercados financieros y la utilización de paraísos fiscales, así como la difusión y transferencia tecnológicas con aplicaciones en múltiples contextos del desarrollo de las economías nacionales marchan a la par de una mayor interdependencia entre los países, dando lugar a condiciones de mayor riesgo para la oferta y el consumo de sustancias.

En virtud de los fuertes y crecientes vínculos que existen entre los intereses asociados al comercio de las drogas y la economía mundial a veces se torna difícil establecer los límites entre economía formal, economía informal y economía criminal. Al respecto Laniel (2000) ha puntualizado que:

Se constata entonces que a medida que el fenómeno de las drogas se mundializa, la globalización se vuelve cada vez más dependiente de las drogas y de los múltiples servicios que prestan. De esta manera, la globalización de las drogas se da paralelamente a una 'narcotización' de la globalización (pág. 1).

Conclusión

Sin duda, el mundo actual opera de manera global. Los aspectos multinacionales del comercio de las drogas ilícitas deben entenderse como se hace con otras dimensiones como las financieras, las ecológicas y las comerciales en general. Así, hablar de industria de las drogas ilícitas resulta correcto en virtud de que expresa de manera apropiada la naturaleza, sentido e impacto de este comercio en el entramado social, político y económico de las naciones en las cuales se fabrican, se comercializan o se consumen. Así mismo, no tiene mayor sentido efectuar un abordaje nacional o local del fenómeno de las drogas, toda vez que el influjo de los demás países, en especial los de mayor desarrollo, es de gran trascendencia.

Este trabajo ha puesto de relieve que las condiciones que imperan en el mundo actual, principalmente las relacionadas con las tecnologías de información y las comunicaciones, así como la liberalización y desregulación de los mercados de capital, son elementos que facilitan y promueven mayores niveles de producción, oferta y por ende consumo de sustancias ilícitas en general y sintéticas en particular.

En lo que a las drogas sintéticas respecta, su fabricación resulta cada vez menos compleja, pues casi se pueden producir en cualquier sitio y con costos relativa y comparativamente menores que los de otras sustancias. Su utilización por parte de personas jóvenes de sectores de condición socioeconómica media rompe con el estereotipo asociado con los consumidores de drogas tradicionales. No se trata entonces de sujetos que viven en condición de marginalidad o que presentan otros

problemas asociados con su condición de clase o una determinada psicopatología; por el contrario, estudios recientes revelan que son más bien personas comunes, con cierta capacidad adquisitiva y para las que el contexto de consumo resulta una variable de primera importancia en tiempos en los cuales la industria de la recreación ha crecido de manera extraordinaria, en especial en los grandes centros urbanos, y en los que el control y el involucramiento de los padres con sus hijos pareciera cada vez menor.

Todo lo anterior tiene como correlato la presencia de niveles de percepción de riesgo bajos con respecto a estas drogas. Hoy se sabe que el consumo de drogas tradicionales o de sustancias relativamente nuevas, no tiene que ver tanto con aspectos que residen en la personalidad de los individuos o en su mayor o menor problemática psicosocial, sino en sus percepciones acerca del daño que producen las drogas y las actitudes ante el consumo. Estudios referidos en este trabajo han demostrado que la desaprobación del consumo, así como el hecho de percibirlo como algo riesgoso constituyen los factores que mejor explican la no utilización de drogas. Esto lleva a plantear dentro del orden preventivo la importancia de desarrollos no sólo orientados a un tipo de sustancia sino operar de manera más bien general pues, como se ha indicado, las relaciones entre el consumo de drogas de diversa naturaleza son significativas. Cabe reiterar, paralelamente, la importancia de informar a los jóvenes de manera veraz, brindándoles informaciones confiables, realistas y oportunas, pero por sobre todo verdaderas. Por otra parte y dada la escasa promoción de opciones intermedias entre prohibir el consumo de drogas y permitirlo, hoy en día gozan de gran aceptación las estrategias de intervención temprana mediante las cuales se procura la detección de casos en las etapas iniciales del consumo para evitar la progresión y la generación de condiciones de mayor riesgo. Han contado con la aceptación de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales y su eficacia ha sido demostrada en diferentes partes del mundo.

Situación semejante, pero para una población con un grado de afectación mayor, proviene de las estrategias de reducción de daños, las cuales son una alternativa razonable frente a la demanda de drogas y esta es, precisamente, una opción intermedia entre prohibir y permitir, cuyos resultados han sido elocuentes. Se trata de enfoques con una orientación, sobre todo, de salud pública.

En lo que a investigación respecta y considerando la relativa novedad, tanto de la demanda de este tipo de sustancias en la comunidad latinoamericana como de la producción de conocimiento acerca de ellas, la investigación sobre el tema debería tener como foco prioritario de atención los procedimientos de detección temprana de casos, con especial énfasis en el sistema educativo³. La investigación cualitativa, por otra parte y dentro de un marco más amplio, abre la posibilidad de estudiar en profundidad los componentes individuales y psicosociales vinculados al consumo y entender las perspectivas de los consumidores en términos de cómo, por qué y dónde la utilizan y así determinar regularidades junto con la detección de patrones de comportamiento, observación de relaciones existentes y conocimiento acerca de la intencionalidad de las acciones, profundizando en cada uno de esos ámbitos.

Finalmente, para los países latinoamericanos en general y para los andinos en particular, el tema de la integración constituye un reto de grandes dimensiones por cuanto las alternativas de solución para el problema de las drogas discurre, necesariamente, por la capacidad de sus pueblos y gobernantes para establecer nexos de cooperación e intercambio en todos los niveles que se traduzcan en políticas sociales que orienten una distribución equitativa de los beneficios. El desafío es de proporciones mayúsculas si se recuerda que la Región presenta el mayor ritmo de expansión urbana en el mundo y la peor distribución del ingreso, lo cual se asocia claramente con el binomio drogas - violencia e inseguridad; preocupaciones de hondo significado en los ciudadanos de todos los países. Los cimientos de la integración

³ En el caso del consumo de éxtasis existe una tendencia en el nivel mundial que sugiere un mayor involucramiento de sujetos por sobre los 18 años de edad, usualmente cursantes de la educación universitaria (Levy, Grady; Wish, and Arria, 2005; Cáceres, Salazar, Varela y Tovar, 2006; Rodríguez, Agulló y Agulló, 2003; NIDA, 2002; Wish et al, 2007).

parecieran consolidarse unas veces más, otras menos, en la Región Latinoamericana, pero los derroteros que se ha planteado la CAN bien podrán servir de acicate para ese propósito.

Las acciones de evaluación de lo actuado son necesarias.

Referencias

- Cedro (2005). Estudio sobre drogas en universitarios de Lima. Lima: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas.
- Chiriboga, M. (2002). Globalization and Latin America: a critical analysis. Obtenido de Internet el 23 de enero de 2010: <http://www.rimisp.org/FCKeditor/UserFiles/File/documentos/docs/pdf/0270-001780-globalizationandlatinamerica2.pdf>
- Corral, M. y Sopelana, P. (1998). Drogas de diseño: la MDMA ("Éxtasis"). *Psiquiatría Pública*. Vol. 10. Núm. 6. Noviembre-Diciembre 1998, 49-58.
- Johnston, L.; O'Malley, P.; Bachman, J. and Schulenberg, J. (2007). *Monitoring the Future National Survey. Results on Drug Use, 1975-2006. Volume II: College Students and Adults Ages 19-45* (NIH Publication No. 07-6206). Bethesda, Md.: National Institute on Drug Abuse).
- Laniel, L. (2000). Drogas y globalización; una relación equívoca. Obtenido de Internet el 14 de mayo 2010: <http://www.unesco.org/issj/rics160/lanielspa.html>.
- Lorenzo, P. y Lizasoain, I. (2003). Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). *Adicciones*, Vol. 15, Supl.2, 51-75.
- Maesso, M. (2008). Impacto de la globalización en América Latina. Universidad de Extremadura. Obtenido de Internet el 02 de abril de 2010: <http://altea.daea.ua.es/ochorem/comunicaciones/MESA5COM/Maesso.pdf>.
- Menanteau Horta, Darío (2002). Impactos sociopolíticos de la globalización en América Latina. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, No. 6, 19-34.
- Office of National Drug Control Policy (2004) *National Synthetic Drugs Action Plan: The Federal Government Response to the Production, Trafficking, and Abuse of Synthetic Drugs and Diverted Pharmaceutical Products*. Washington, D.C.: The White House.
- ONUDD/CICAD (2006). Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Lima: Impreso en Lima, Perú por: Tetis Graf E.I.R.L. Primera edición, Septiembre 2006.
- Pérez, B. (2004). Drogas ilícitas, crimen transnacional y gobernabilidad local en el mundo globalizado. Obtenido de Internet el 19 de mayo 2010: http://www.insumisos.com/lecturasinsumisos/Drogas%20crimen_transnacional_gobernabilidad_4000.pdf
- PSND (2003). Las drogas sintéticas son ya el peligro público número uno. Noticias de Prensa del PSND. Obtenido de Internet el 12 de diciembre 2009: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/noticias/A2003/1may2003.htm>
- Ramírez, F. (2007). La Globalización más allá de la transnacionalización empresarial y el libre comercio: Sus manifestaciones sociales y culturales. Obtenido de Internet el 15 de mayo 2010: <http://www.udem.edu.co/NR/rdonlyres/96189867-FB5C-4C72-B92C-520A6885922E/2946/WPfablaglobalizacionmasaladelatransemp.pdf>
- Royo-Isacha, J.; Magranéb, M.; Blancafortb, F y Ferrerb, J. (2004). Drogas de síntesis: del uso al policonsumo. Algunos riesgos asociados y una

propuesta de intervención terapéutica. *Aten Primaria*, 33(4), 209-213.

Sáiz, P.; Gonzáles, M.; Paredes, B., et al. (2001). Consumo de MDMA (éxtasis) en estudiantes de secundaria. *Adicciones*, Vol. 13, No. 2, 159-171.

CAN-CICAD/OEA (2009). Estudio Epidemio-lógico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009. Lima: Tetis Graf EIRL.

CAN-Unión Europea (2009). Estudio Epidemio-lógico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009. Informe Comparativo. Lima: Tetis Graf EIRL.

UNODC (1998). *Economic and social consequences of drug abuse and illicit trafficking*.

Obtenido de Internet el 15 de mayo 2010:
www.unodc.org/pdf/technical_series_1998-01-01_1.pdf

UNODC (2009). *World Drug Report 2009*. United Nations Office on Drugs and Crime. New York: United Nations Publication.

Wish, E., et al (2007). Evidence for significant polydrug use among ecstasy-using college students. *Journal of American College Health*, 55, 2, 99-104.

Wu, L., Schlenger, W. and Galvin, D. (2006). Concurrent Use of Methamphetamine, MDMA, LSD, Ketamine, GHB, and Flunitrazepam among American Youths. *Drug Alcohol Depend.* 2006 September 1; 84(1): 102-113. Obtenido de Internet el 15 de mayo 2010:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1609189/>.

CONSUMO DE DROGAS SINTÉTICAS EN UN COLECTIVO DE JÓVENES UN ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE PERFILES Y TENDENCIAS

Milton J. Rojas Valero*

RESUMEN

La investigación propone estudiar las características y elaborar perfiles del consumo de drogas sintéticas en una muestra de pacientes que han venido consumiendo y han vivido una gran variedad de experiencias y situaciones relacionadas a este hecho. Se utilizó el método exploratorio a través de un diseño muestral intencional en una muestra de 200 consumidores de drogas sintéticas. Los principales aportes son: **En el ámbito clínico**, establecimiento de perfiles clínicos y socio culturales de consumidores de drogas sintéticas; **En el ámbito del micro-tráfico**, determinación del internet y la telefonía móvil como principales vías para adquirir las sustancias; **En el ámbito preventivo**: Más del 50% de los consumidores son universitarios y estudiantes de institutos superiores, resultados útiles para articular acciones de prevención universal y selectiva en esta población. Son las fiestas electrónicas ("raves") tanto abiertas como las privadas, donde se da el inicio, y la continuación del consumo de drogas. Se ha determinado que es la MDMA y la ketamina las drogas más consumidas. Preocupa la presencia de la metanfetamina. **En el ámbito de salud mental**: Los principales problemas de salud asociados al consumo de drogas estimulantes son: Ansiedad, insomnio y anorexia, los referidos a drogas alucinógenas son: Depresión, ataque de pánico e insomnio, mientras que los derivados de las drogas depresoras son: Paranoia y alucinaciones auditivas y visuales.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General.-

Estudiar las características y elaborar perfiles del consumo de drogas sintéticas en una muestra de pacientes que han venido consumiendo y han

vivido una gran variedad de experiencias y situaciones en relación con estos consumos.

Objetivos específicos

- Establecer perfiles del consumo de drogas.
- Estudiar los procesos de inicio del consumo de drogas, atendiendo a las circunstancias en las que se produce.
- Determinar los motivos en el inicio y en la continuación del consumo.
- Estudiar los efectos de las drogas tal como los expresan los usuarios y usuarias, atendiendo tanto a los efectos fisiológicos y psicológicos.
- Estudiar las trayectorias individuales del consumo de drogas. Es decir, las pautas y niveles de consumo, sus oscilaciones y combinaciones con otras drogas.
- Establecer una tipología de los usos y usuarios de drogas.
- Analizar los problemas de salud que más a menudo perciben y vivencian los usuarios y su participación en conductas arriesgadas.
- Examinar las formas y maneras en que se consumen las drogas, atendiendo a los contextos en que se hace y las formas de administración común y extraordinaria de las drogas.

MÉTODO

El presente trabajo sigue el método de los estudios exploratorios, se ha utilizado un diseño muestral intencional, seleccionando a las personas participantes según perfiles previamente establecidos. Para la captación de los consultantes consumidores de drogas, se ha recurrido a cada una de las 3 líneas de ayuda en casos de drogodependencias que ofrece el servicio: Telefónica, por Internet y en acogida personal en los consultorios de un centro

* Psicólogo clínico, Máster en Drogodependencias por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Jefe del Programa "Lugar de Escucha" del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) de Lima, Perú. Representante de CEDRO en la gestión de la docencia para el Proyecto de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) para drogas sintéticas (DROSICAN). CEDRO, Conseil Santé de Francia y Podane Ruce de República Checa desarrollaron en consorcio la gestión de la docencia de los diferentes cursos dictados a lo largo del proyecto.



altamente especializado en la atención de conductas adictivas con y sin sustancias de la ciudad de Lima.

Criterios de inclusión:

- Que acepten participar voluntariamente en la investigación (firma consentimiento informado).
- Que sean consumidores predominantemente de drogas.
- Que tengan como mínimo 2 semanas de interrupción de consumo (abstinencia) de todo tipo de SPAs (incluyendo alcohol).
- Que pasen como mínimo 2 sesiones de consejo y psicoterapia motivacional.
- Que participen las familias de los y las consultantes en las sesiones de consejería y psicoterapia familiar.
- Que hayan pasado por inter consulta psiquiátrica, y que haya ausencia de patología dual.

148

Previo al inicio de la investigación, se hizo un estudio piloto con 30 consumidores de drogas, esto permitió realizar las pruebas y modificaciones pertinentes al diseño inicial, mejorar el guión y cerrar los criterios de segmentación.

Muestra: La población de consumidores de drogas atendidos entre los años 2004 y 2007 en el centro de atención fue de 516. Este grupo representa el 7,5% de la población general de pacientes atendidos (7.117 casos) en el periodo señalado. La muestra final estuvo constituida por 200 personas, quienes cumplieron con los criterios de admisión de la investigación.

Instrumentos: El instrumento principal fue la Ficha de Atención acondicionada especialmente para la presente investigación y Consentimiento Informado. Las grabaciones de audio se transcribieron en su totalidad y se analizaron con la asistencia técnica de los programas informáticos Excel y Word.

Entrevistas: La técnica de recogida de datos utilizada fue la entrevista en profundidad. Para los efectos se utilizó la Ficha de Atención y un guión

semiestructurado, con preguntas abiertas dirigidas a conocer las características clínicas del consumo de drogas, así como las diferentes aristas que encierra el escenario del consumo.

En todos los casos se ha recogido la información dentro de un proceso psicoterapéutico. El enfoque clínico fue el consejo y la psicoterapia motivacional.

Las entrevistas duraron entre 45 y 60 minutos. Después de transcribir la información recogida, se realizó una operación analítica y otra teórica. La primera ha consistido en la codificación de los textos, a partir de la generación de códigos temáticos y de su agrupación en familias de códigos. A continuación se han seccionado discursos producidos en torno a la drogas de consumo preferente, para, posteriormente, reclasificar el material reunido asociando ideas y descubrir tipologías, posicionamientos y líneas argumentales. El análisis de la información se ordenó en torno a la percepción de los jóvenes respecto al consumo de la drogas de consumo predominante, de la sintomatología y de los aspectos socios culturales que encierra el consumo.

Establecimiento de estratos sociales de los participantes: La determinación del nivel socio-económico se basó en las siguientes variables: Educación y actividad principal del padre o cabeza de familia del participante, las características de la casa en las que vive la familia (número de habitaciones, tipo de casa, material principal de la construcción) y las conexiones eléctricas de la misma. Para Lima Metropolitana y el Callao, estos niveles son agrupados en Alto (A1), Medio alto (A2), Medio típico (B1), Medio bajo (B2), Bajo emergente (C1), Bajo típico (C2), Pobre o bajo (D) y Extremadamente pobre o Muy bajo (E) (APOYO, Opinión y Mercado, 2002).

Así, fueron reunidos en tres grupos que representaron el nivel socio-económico: Bajo (C1 y C2), Medio (grupos B1 y B2) y Alto (grupos A1 y A2). La información proporcionada por los participantes fue confirmada por los padres de familia o fami-



liares más cercanos que participaron en las sesiones de consejería familiar y entrevistas motivacionales.

Limitaciones del estudio

1. El número de sujetos estudiados no es representativo para cada una de las drogas, así como son muy heterogéneos respecto al grado de experimentación con estas sustancias.
2. La influencia del período de tiempo transcurrido, entre la última toma de cada una de las drogas estudiadas y el momento de realización de la entrevista, puede ser causa de que muchos hayan olvidado selectivamente experiencias desagradables, preservando las positivas.
3. Casi la totalidad de los participantes consumen concomitantemente otras drogas legales e ilegales (alcohol, tabaco, cannabis, marihuana, cocaína, etc.), lo cual dificulta el establecimiento de asociaciones sustancia- trastorno.
4. La composición exacta en cuanto a dosis pureza de las sustancias es desconocida, pudiendo contener otras sustancias como cafeína, efedrina, anfetaminas, etc. Es perfectamente posible que en alguna medida la composición desconocida pudiera ser la causante de la gran variedad de síntomas clínicos observados en la muestra de estudio.

RESULTADOS: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA ESTUDIADA

Cuadro 1

Distribución de la muestra según sexo, estrato social y nivel de instrucción

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Varones	144	72%
Mujeres	56	28%
TOTAL	200	100%
ESTRATO SOCIAL/SEGMENTOS	Frecuencia	Porcentaje
A	88	44%
B	68	34%
C	44	22%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Universitario	62	31%
Instituto superior	55	27%
Escolar	44	22%
No estudia ni trabaja	39	20%

De 200 participantes, el 72% fueron varones y 28% mujeres; el 44% pertenecían al estrato socio económico A, 34% al B y el 22% al C. Respecto al nivel de instrucción, el 31% tiene estatus de universitario, 27% sigue estudios en institutos superiores, 22% cursa educación secundaria y el 20% no estudia ni trabaja (Cuadro 1)



Cuadro 2

Edades		
Rangos de edades	Frecuencia	Porcentaje
16 – 20	87	43,5%
21 – 25	65	32,5%
26 – 30	32	16%
31 – 35	16	8%
Total	200	100

Los datos del Cuadro 2 nos indican que el 43,5% se ubica entre el rango de edades de 16 a 20 años, el 32,5% entre 21 y 25 años, 16% entre 26 y 30 años y el 8% entre 31 y 35 años.

Cuadro 3

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	139	69,5%
Casado/a	32	16%
Conviviente	21	10,5%
Separado/Divorciado	8	4%
Total	200	100

En lo que se refiere al estado civil, mayoritariamente (69,5%), era soltero/a, seguido de casado/a (16%), conviviente (10,5%) y separado/a-divorciado/a (4%) (Cuadro 3).

Cuadro 4

Estructura familiar		
	Frecuencia	Porcentaje
Completa/Intacta	138	69%
Desintegrada	46	23%
Reconstituida	16	8%
Total	200	100

La estructura familiar predominante en la población estudiada fue la completa o intacta (69%), seguida de la desintegrada (23%) y la reconstituida (8%) (Cuadro 4).



Cuadro 5

Antecedentes de tratamiento por abuso/dependencia a drogas		
	Frecuencia	Porcentaje
NO	178	89%
SI	22	11%
TOTAL	200	100

El Cuadro 5 nos informa que el 89% de la muestra no ha tenido tratamientos previos por abuso o dependencia a drogas, mientras que sólo un 11% informó que sí había recibido tratamientos por drogodependencias.

Cuadro 6

Antecedentes de tratamientos psiquiátrico/psicológico/neurológico		
	Frecuencia	Porcentaje
NO	179	89,5%
SI	21	10,5%
TOTAL	200	100

El 89,5% no registra antecedentes de tratamiento, mientras que el 10,5% sí informó haber recibido algún tratamiento (Cuadro 6).

Cuadro 7

Consumo de drogas sintéticas en la muestra		
	Frecuencia	Porcentaje
Éxtasis	93	46,5
Ketamina	47	23,5
LSD	17	8,5
Metanfetamina	12	6
Fenciclidina	12	6
Anfetamina	9	4,5
GHB	6	3
Rohipnol	2	1
Otras drogas sintéticas	2	1
TOTAL	200	100

En el Cuadro se observa que el 46,5%, consume MDMA preferentemente; ketamina (23,5%); LSD, 8,5%; metanfetamina y fenciclidina 6% respectivamente, anfetamina 4,5%, GHB 3% y, rohipnol y otras drogas 1% respectivamente (Cuadro 7).

Cuadro 8

Perfiles de los consumidores, según tipo de consumo ¹		
	Frecuencia	Porcentaje
Consumidor experimental	61	30,5%
Consumidor habitual	56	28%
Consumidor crónico ("experimentado")	83	41,5%
	200	100

El 30,5% presenta pautas de consumo experimental, 28% de consumo habitual, mientras que el 41,5% lo hace de manera crónica, es decir por varios años (Cuadro 8).

Cuadro 9

Frecuencia de consumo de drogas sintéticas en la población estudiada									
Frecuencia de consumo	Semanal		Quincenal		Mensual		Ocasional		TOTAL N
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Éxtasis	4	4,3	9	4,5	22	23,6	57	61,3	93
Ketamina	6	12,7	7	14,9	13	27,6	21	44,7	47
LSD	1	5,9	2	11,7	4	23,5	10	58,8	17
Metanfetamina	1	8,3	4	33,3	5	41,7	2	16,7	12
Fenciclidina	-		2	16,2	6	50	4	33,3	12
Anfetamina	1	11,1	3	33,3	3	33,3	2	22,2	9
GHB	-	-	-	-	2	33,3	4	66,7	6
Rohipnol		-	-	-		-	2	100	2
Otras drogas sintéticas	-		-	-	-	-	2	100	2
									200

En el Cuadro 9 el consumo de éxtasis se da mayoritariamente ocasionalmente (61,3%), seguido de aquellos que lo hacen mensualmente (23,6%), quincenal (4,5%) y los que lo hacen semanalmente (4,3%).

¹ Se asumen y definen los siguientes patrones de uso de drogas:

- Consumo experimental. Pautas iniciales de consumo de drogas. Menos de 10 consumos.
- Consumo habitual. Pautas de consumo de más de 1 año
- Consumo crónico. ("consumidores experimentados"). Pautas de consumo por encima de 4 años.

Cuadro 10

Edad promedio de inicio del consumo de drogas sintéticas	
Edad	Droga sintética
16,5	Éxtasis
17,8	Metanfetamina
16,8	Anfetamina
18,2	Ketamina
19,4	Fenciclidina
18,9	LSD
19,8	GHB
20,2	Rohipnol
18,45	

En el Cuadro 10 se destaca la edad de inicio del consumo de éxtasis (16,5), anfetamina (16,8), metanfetamina (17,8), Ketamina (18,2), LSD (18,9), Fenciclidina (19,4), GHB (19,8) y Rohipnol (20,2).

Cuadro 11

Contextos del primer consumo de drogas sintéticas		
Contexto primer consumo	Frecuencia	Porcentaje
Fiestas "rave"	76	38%
Fiesta "rave" privada	51	25,5%
Concierto de música	41	20,5%
Discoteca	11	5,5%
Otros tipos de fiestas	9	4,5%
En la playa	8	4%
En casa	3	1,5%
En la calle	1	0,5%
	200	100

En el Cuadro 11, el 38% consumió en una fiesta multitudinaria "rave", el 25,5% lo hizo en una fiesta "rave" privada, el 20,5% en un concierto de música preferentemente electrónica, el 5,5% en una discoteca, otros tipos de fiesta (4,5%), en la playa (4%), en casa (1,5%) y en la calle (0,5%).

Cuadro 12

Formas de adquisición		
	Frecuencia	Porcentaje
Telefonía móvil	67	33,5%
Internet (Foros, Chat, etc.)	56	28%
Inmediaciones de las fiestas "rave"	16	8%
Consumidores experimentados	45	22,5%
Otras formas de adquisición	4	2%
TOTAL	200	100

Destaca como forma de adquisición, la telefonía móvil (33,5%), seguida del Internet, a través de foros, Chat, etc. (28%). Luego, aquellos que adquirieron a través de consumidores experimentados (22,5%), inmediaciones de las fiestas "rave" y conciertos (8%) y otras formas de acceder (2%) (Cuadro 12).

Cuadro 13

Problemas de salud asociados al consumo de drogas estimulantes (éxtasis, metanfetamina y anfetamina)		
	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	41	26,1%
Insomnio	32	20,3%
Anorexia	24	15,2%
Agresividad	21	13,3%
Depresión	14	8,9%
Delirios con cambios estructurales del cuerpo	12	7,6%
Psicosis con alucinaciones	7	4,4%
Crisis de pánico	6	3,8%
TOTAL	157	100

En el Cuadro 13, los consumidores de drogas con efectos estimulantes principalmente, manifestaron: Ansiedad (26,1%), Insomnio (20,3%), agresividad (13,3%), delirios con cambios estructurales del cuerpo (7,6%), depresión (8,9%), delirios con cambios estructurales del cuerpo (7,6%), psicosis con alucinaciones (4,4%) y crisis de pánico (3,8%).

Cuadro 14

Problemas de salud asociados al consumo de drogas alucinógenas (Ketamina, Fenciclidina y LSD)		
	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	21	28,6%
Ataque de pánico	13	17,8%
Insomnio	12	16,4
Ansiedad	9	12,3
Delirios	8	10,9%
Alucinaciones persistentes	7	9,5
Ideas de suicidio	2	2,7%
Fragmentación de la personalidad	1	1,3%
TOTAL	73	100

En el Cuadro 14 los problemas de salud asociados son: Depresión (28,6%), Ataque de pánico (17,8%), Insomnio (16,4%), ansiedad (12,3%), delirios (10,9%), alucinaciones persistentes (9,5%), ideas de suicidio (2,7%) y fragmentación de la personalidad (1,3%)

155

Cuadro 15

Problemas de salud asociados al consumo de drogas depresoras (GHB, Rohipnol)		
	Frecuencia	Porcentaje
Paranoia	3	35,7
Alucinaciones auditivas y visuales	2	25
Irritabilidad	1	12,5
Confusión	1	12,5
Mareos	1	12,5
TOTAL	8	100

En el Cuadro 15, los problemas de salud asociados al consumo son: Paranoia (35,7), alucinaciones auditivas y visuales (25%), irritabilidad (12,5%), confusión (12,5%), mareos (12,5%).

Cuadro 16

Razones para consumir éxtasis		
RAZONES	Frecuencia	Porcentaje
Para divertirse	27	29,03
Disfrutar del baile	21	22,6
Estimular los sentidos	15	16,1
Sentirse mejor	11	11,8
Estar mejor con los otros	9	9,7
Mejorar las relaciones sexuales	7	7,5
Escapar la realidad	2	2,1
Relajarse	1	1,1
TOTAL	93	100

Los datos del Cuadro 16 nos dan cuenta que el 29,03% de los que consumen MDMA lo hacen para divertirse, 22,6% para disfrutar del baile, 16,1% para estimular los sentidos, 11,8% para sentirse mejor, 9,7% para estar mejor con los otros, 7,5% para mejorar las relaciones sexuales, 2,1 para escapar de la realidad y, finalmente, el 1,1% para relajarse.

156

Cuadro 17

Razones para consumir metanfetamina		
RAZONES	Frecuencia	Porcentaje
Para divertirse	2	16,7%
Disfrutar del baile	-	-
Estimular los sentidos	2	16,7%
Sentirse mejor	6	50%
Estar mejor con los otros	1	8,3%
Mejorar las relaciones sexuales	-	-
Escapar de la realidad	1	8,3
Relajarse	-	-
TOTAL	12	100

En cuanto a las razones para consumir metanfetamina, el 50% de los consumidores manifestaron que lo hacen para "sentirse mejor", mientras que "para divertirse" y "estimular los sentidos" lo hacen el 16,7% respectivamente; "estar mejor con los otros" y "escapar de la realidad" 8,3% respectivamente (ver Cuadro 17).

Cuadro 18

Razones para consumir ketamina y fenciclidina		
RAZONES	Frecuencia	Porcentaje
Para divertirse	5	8,5%
Disfrutar del baile	6	10,2%
Estimular los sentidos	11	18,6%
Sentirse mejor	7	11,8%
Estar mejor con los otros	3	5,08%
Mejorar las relaciones sexuales	7	11,8%
Escapar de la realidad	15	25,4%
Relajarse	5	8,5%
TOTAL	59	100

Las razones para consumir ketamina y fenciclidina que esgrimen los consumidores mayoritariamente se concentran en: "escapar de la realidad" (25,4%), "estimular los sentidos" (18,6%), "sentirse mejor" y "mejorar las relaciones sexuales" (11,8%, respectivamente), "disfrutar del baile" (10,2%) y "relajarse" (8,5%) (Cuadro 18).

157

Cuadro 19

Razones para consumir LSD		
RAZONES	Frecuencia	Porcentaje
Para divertirse	2	11,7%
Disfrutar del baile	2	11,7%
Estimular los sentidos	7	41,1%
Sentirse mejor	-	--
Estar mejor con los otros	1	5,9%
Mejorar las relaciones sexuales	--	--
Escapar de la realidad	5	29,4%
Relajarse	--	--
TOTAL	17	100

El 41,1% de los consumidores de LSD manifestaron que lo hacen para "estimular los sentidos", el 29,4% "para escapar de la realidad", "para divertirse" y "disfrutar del baile" 11,7, respectivamente y, el 5,9% para "estar mejor con los otros" (Cuadro 19).

Cuadro 20

Razones para consumir GHB y Rohipnol		
RAZONES	Frecuencia	Porcentaje
Para divertirse	-	--
Disfrutar del baile	-	--
Estimular los sentidos	3	27,2
Sentirse mejor	4	36,3
Estar mejor con los otros	-	--
Mejorar las relaciones sexuales	2	18,1
Escapar de la realidad	-	--
Relajarse	2	18,1
TOTAL	11	100

El 36,3% de los consumidores de GHB y Rohipnol consumen estas sustancias para “sentirse mejor”, mientras que el 27,2% lo hacen “para estimular los sentidos”, para “mejorar las relaciones sexuales” y “relajarse”, 18,1% respectivamente (Cuadro 20).

Cuadro 21
Efectos causados por las drogas sintéticas en la primera experiencia

Efectos percibidos del consumo de drogas estimulantes (éxtasis, metanfetamina, anfetamina)		
EFFECTOS	Frecuencia	Porcentaje
Efectos agradables	29	25,4%
Efectos desagradables	14	12,3%
No percibió ningún efecto	21	18,4%
Efectos agradables y desagradables	35	30,7%
No recuerda con exactitud	15	13,1%
TOTAL	114	100
Efectos percibidos de los alucinógenos sintéticos (ketamina, LSD, fenciclidina)		
EFFECTOS	Frecuencia	Porcentaje
Efectos agradables	23	30,2
Efectos desagradables	9	11,8
No percibió ningún efecto	3	3,9

Efectos agradables y desagradables	34	44,7
No recuerda con exactitud	7	9,2
TOTAL	76	100
Efectos percibidos de los depresores sintéticos (GHB, Rohipnol)		
EFFECTOS	Frecuencia	Porcentaje
Efectos agradables	4	50
Efectos desagradables	1	12,5
No percibió ningún efecto	-	-
Efectos agradables y desagradables	2	25
No recuerda con exactitud	-	-
TOTAL	8	100

El Cuadro 21 presenta la información sobre los efectos causados por las drogas. En primer lugar se observa los efectos de las drogas estimulantes en la primera experiencia, "efectos agradables y desagradables" (30,7%), "efectos agradables" (24,4%), "no percibió ningún efecto" (18,4%), "no recuerda con exactitud" (13,1%) y "efectos desagradables" (12,3%).

En segundo lugar, se observa los efectos percibidos de los alucinógenos sintéticos en la primera experiencia con ketamina, LSD o fenciclidina. Así, experimentaron "efectos agradables y desagradables" (44,7%), "efectos agradables" (30,2%), "efectos desagradables" (11,8%), "no recuerda con exactitud" (9,2%) y "no percibió ningún efecto" (3,9%). Finalmente, los efectos percibidos de las drogas sintéticas en un inicio del consumo del GHB y el Rohipnol fueron "efectos agradables" (50%), "efectos agradables y desagradables" (25%) y "efectos desagradables" (12,5%).

Cuadro 22

Descripción clínica de los efectos predominantes durante el consumo de MDMA, metanfetamina y anfetamina (Versión de pacientes experimentados)		
	Frecuencia	Porcentaje
Euforia	21	18,4%
Seguridad de sí mismo	16	14%
Aumento de la empatía	20	17,5%
Aumento de la sensibilidad emocional	9	7,9%
Afectividad incrementada	13	11,4
Reducción de la sensación de hambre	9	7,9
Reducción de la sensación de la sed	14	12,3%
Reducción del cansancio y del sueño	16	14%
Locuacidad	23	20,2
Desinhibición	9	7,9%

En el cuadro 22 se puede apreciar que el 20,2% señala a la “locuacidad” como el efecto central vivenciado; 18,4% señaló a la “euforia”; 17,5% al “aumento de la empatía”; 14% reconoce a la “seguridad de sí mismo” y a la “reducción del cansancio y del sueño” respectivamente, como los efectos principales; 12,3% a “la reducción de la sensación de la sed”; 11,4% “afectividad incrementada” y, 7,9% “aumento de la sensibilidad emocional”.

Cuadro 23

Descripción clínica de los efectos durante el consumo de Ketamina y Fenciclidina (PCP) (Versión de pacientes experimentados)		
	Frecuencia	Porcentaje
Sensación de ingravidez	19	25%
Separación del cuerpo	16	21%
Analgesia	11	14,5%
Visión de túnel	10	13,2%
Problemas visuales	7	9,2%
Sentimiento de paz	7	9,2%
Alucinaciones prolongadas	6	7,9%

En el cuadro 23 se puede apreciar la sintomatología predominante durante el consumo de drogas con efectos alucinógenos; el 25% define a la “sensación de ingravidez”, 21% por “la separación del cuerpo”, el 14,5% alude a la “analgesia”, 13,5% define a la “visión de túnel”, mientras que el 9,2% considera a los “problemas visuales” y los “sentimientos de paz” respectivamente y, el 7,9% alude a las “alucinaciones prolongadas”.

Cuadro 24

Descripción clínica de los efectos predominantes durante el consumo de LSD (Versión de pacientes experimentados)		
A DOSIS BAJAS “dosis rave”	Frecuencia	Porcentaje
Hilaridad	1	12,5%
Aceleración de pensamientos	2	25%
Recuerdos vívidos	2	25%
Alucinaciones	3	37,5%
	8	100
A DOSIS ALTAS “dosis psicodélica”	Frecuencia	Porcentaje
Alteraciones de la percepción (introspección profunda y experiencia mística)	1	11,1%
Ver imágenes	3	33,3%
Oír sonidos	2	22,2%
Sienten sensaciones que parecen reales	3	33,3%
	9	100

En lo que respecta a la descripción clínica del consumo de LSD, el Cuadro 24 presenta, por un lado, los efectos a dosis baja (“dosis rave”), en el se observa que el 37% refiere a las alucinaciones como el efecto central y el 25% a la “aceleración de pensamientos” y “recuerdos vívidos” respectivamente y, el 12,5% “hilaridad”. Por otro lado, a dosis altas (“dosis psicodélicas”), destacan los efectos “ver imágenes” y “sentir sensaciones que parecen reales” con el 33,3% respectivamente; otros (22,2%) determinan que predomina “oír sonidos” y 11,1% “alteraciones de la percepción” (introspección profunda y experiencia mística).

Cuadro 25

Contextos del consumo habitual de drogas estimulantes		
Espacios cerrados	Frecuencia	Porcentaje
Fiestas electrónicas	42	36,8%
Fiestas privadas/exclusivas	30	26,3%
Conciertos	18	15,8%
Discotecas	6	5,3%
Casa (habitación de la casa)	1	0,8%
Espacios abiertos		
Playas	12	10,5%
Campings	5	4,4%
	114	100,00

En el Cuadro 25 podemos observar los contextos donde se da habitualmente el consumo de drogas sintéticas con efectos estimulantes. En espacios cerrados el 36,8% lo hace en las fiestas electrónicas, mientras que el 26,3% lo hace en fiestas privadas o exclusivas; mientras que el 15,8% lo hace en conciertos de música electrónica, 5,3% en las discotecas y, el 0,8% en la casa, En lo que se refiere a espacios abiertos, el 10,5% informó que suele hacerlo en la playa y el 4,4% en los paseos de camping.

161

Cuadro 26

Contextos del consumo habitual de drogas alucinógenas (Ketamina, Fenciclidina, LSD)		
Espacios cerrados	Frecuencia	Porcentaje
Fiestas electrónicas	26	34,2%
Conciertos	19	25%
Fiestas privadas/exclusivas	12	15,8%
Casa (habitación de la casa)	11	14,5%
Discoteca	2	2,6%
Espacios abiertos		
Playas	4	5,3%
Campings	2	2,6%
	76	100,00

En cuanto al consumo de drogas de efectos alucinógenos (ketamina, fenciclidina y LSD) en espacios cerrados, según el Cuadro 26 los consumos se dan preferentemente en las fiestas electrónicas (34,2%) y en los conciertos de música electrónica (25%); el 15,8% lo hace en fiestas privadas o exclusivas y aquellos que lo hacen en sus respectivos domicilios (14,5%), mientras que solamente el 2,6% lo hace en las discotecas. Por otro lado, el consumo en espacios abiertos se da en playas y campings (5,3% y 2,6% respectivamente).

Cuadro 27

Contextos del consumo habitual de drogas depresivas (GHB y Rohipnol)		
Espacios cerrados	Frecuencia	Porcentaje
Casa (habitación de la casa)	3	37,5%
Fiestas privadas/exclusivas	2	25%
Fiestas electrónicas	1	12,5%
Conciertos	1	12,5%
Discotecas	1	12,5%
Espacios abiertos		
Playas	-	-
Campings	-	-
	8	100,00

En el uso de drogas sintéticas con efectos depresores (GHB y Rohipnol), los consumos se dan mayoritariamente en contextos cerrados, destacando aquellos que lo hacen en la casa (37,5%), fiestas privadas o exclusivas (25%), fiestas electrónicas, conciertos de música electrónica y discotecas (12,5% respectivamente); no encontrándose consumidores que hayan informado de consumos en espacios abiertos (ver Cuadro 27).

Cuadro 28

Vías de administración de las drogas sintéticas		
drogas ESTIMULANTES	Frecuencia	Porcentaje
Oral	78	68,4%
Inhalada	19	16,6%
Fumada	10	8,8%
Órganos sexuales (pene, vagina)	3	2,6%
Inyectada	3	2,6%
Recto	1	0,8%
drogas ALUCINÓGENAS	114	100,00
Inhalada	37	48,7%
Oral	17	22,4%
Fumada	14	18,4%
Inyectada	5	6,6%
Recto	2	2,6%
Órganos sexuales (pene, vagina)	1	1,3%
	76	100,00

drogas DEPRESORAS		
Oral	7	87,5%
Fumada	1	12,5%
Inyectada	-	-
Recto	-	-
Órganos sexuales (pene, vagina)	-	-
	8	100,00

En el Cuadro 28 podemos observar las vías de administración del consumo de drogas utilizadas por los consumidores del presente estudio. En cuanto a las drogas sintéticas estimulantes el 68,4% informó que es la vía oral la más usada para el consumo de éxtasis, metanfetamina y anfetamina, el 16,6% la inhala o aspira por las fosas nasales, mientras que el 8,8% la fuma. Minoritariamente usan los órganos sexuales y se inyectan (2,6%, respectivamente) y solamente hubo un caso (0,8%) de consumo a través del recto.

En cuanto a las drogas sintéticas con efectos alucinógenos, el 48,7% inhala, 22,4% ingiere oralmente, 18,4% la fuma, 6,6% se inyecta, 2,6 se administra por el recto y hubo 1 solo (1,3%) que usa los órganos sexuales. Finalmente, el 87,5% del grupo de consumidores de drogas depresoras como el GHB y el rohipnol, la consume oralmente y sólo se registró un caso cuya administración es fumada.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación, tanto por su naturaleza como por el tamaño de la muestra estudiada, no son generalizables; también hay que advertir que la sintomatología y las características de la intoxicación de cada una de las sustancias son subjetivas, en razón de varios factores como el desconocimiento de la composición exacta de la sustancia más consumida por el grupo como es la MDMA (éxtasis), así como el grado de adulteración de la misma, dado que hay indicios razonables que la MDMA que se comercializa en Lima y países de la región andina, contienen otras sustancias como efedrina, cafeína, ketamina, anfetamina, cocaína, etc. Otro factor que incrementa la subjetividad es el tiempo transcurrido entre el último consumo y el momento de la entrevista inicial dado que es posible que varios de los consumidores hayan olvidado o seleccionado experiencias referidas a los efectos. Sin embargo, la presente investigación nos proporciona importantes pistas para la comprensión de ciertas caracte-

rísticas, perfiles y representaciones sociales de los consumidores de drogas de Lima Metropolitana.

En el análisis se encuentra que el 72% de los participantes son varones, es decir son ellos quienes consumen más drogas; si bien este dato no es comparable con los estudios epidemiológicos, este patrón de consumo masculino mayoritario coincide con los reportados por **ONUDD/OEA-CICAD, 2006**, en el estudio sobre uso de drogas en población escolar de secundaria de los países sudamericanos. No deja de ser importante el haber encontrado que el 28% son mujeres, corroborando lo que ocurre con las otras SPAs, donde también se ha determinado que el consumo de alcohol y otras SPAs ha dejado de ser "exclusividad" de los varones y está en curso un proceso de feminización de las drogas (**Rojas, 2006**).

También es importante haber encontrado que mayoritariamente (78%) los participantes pertenecen a los estratos sociales A y B; esto puede estar relacionado con los costos de las drogas y lo que

algunos de los participantes esgrimen como argumentos, es decir que "el consumo de estas sustancias les da un cierto prestigio y los diferencias de los otros chicos y chicas en términos sociales.

Pero también se determinó que el consumo de drogas también involucra a la población universitaria y de aquellos que cursan estudios superiores en institutos, quienes son el 63,5% de la muestra. Estos resultados sugieren que los estudiantes universitarios son proclives al consumo de drogas, tal como ya lo había advertido el equipo de trabajo inter universidades convocado por **DEVIDA, 2005** y las **NACIONES UNIDAS/ONUDD, 2007**, donde se encontró una prevalencia de vida de 2,4% para la MDMA, resultados que superan significativamente a los estudios nacionales y a los estudios en escolares de secundaria.

No deja de tener menor importancia el 22% del grupo de escolares. A diferencia del grupo de universitarios y otros que siguen estudios superiores, en ellos se observa que el consumo está más orientado a la dinámica de los pares, la novedad, cómo la pasa el fin de semana, la música como un elemento aunque no determinante para el consumo, sí con el gusto y la forma e intensidad de la diversión.

No hay que perder de vista que en el estudio de escolares sudamericanos de **Naciones Unidas-OEA/CICAD, 2006**, se encontró una prevalencia de vida de 3,0% en Colombia, 1,6% en Chile, 1,1% en Ecuador, 0,6% en Perú y 0,5% en Bolivia, demostrándose la presencia del consumo de MDMA y la percepción de bajo riesgo del consumo de esta sustancia en la mayoría de los escolares sudamericanos, indicadores que deben animar a diseñar estrategias de intervención específica para esta población especial.

También destaca el grupo de aquellos que no estudian ni trabajan (20%), sea como consecuencia del consumo o quienes están en una fase intermedia entre haber terminado la secundaria y optar por una ocupación o estudios superiores o aquellos

que han decidido no estudiar y quienes no pueden hacerlo por variados motivos. Sin duda se trata del grupo más vulnerable al "enganche" de pautas de consumo de tipo adictivo, dado que los consumos de drogas en esta población, principalmente la MDMA, se da dentro de patrones de poli-consumo, factor que incrementa ostensiblemente el riesgo de dependencia y/o de deterioro a través de otras drogas más adictógenas y destructivas como las sustancias cocaínicas.

Por otro lado, es preocupante el haber encontrado que el 43,5% de los participantes se ubican en el rango de edades comprendidas entre los 16 y 20 años. Se trata de una población adolescente con un perfil comportamental muy especial, el mismo que aparentemente difiere de los perfiles de consumidores de otras SPAs, tal como lo propone **Elzo, 2000**; así, muchos de ellos cursan los dos últimos años de educación secundaria, otros, que son la mayoría tal como ya se advirtió, son estudiantes universitarios o vienen estudiando en institutos superiores. Es importante decir que en esta población no se encuentran claros indicadores de problemas de comportamiento, rendimiento o deserción escolar ni académica a diferencia de otras poblaciones de consumidores de otras sustancias; el 69% procede de estructuras familiares completas o intactas, lo cual sugiere la importancia de la dinámica de la interacción del sistema familiar, más que la estructura.

Por otro lado, a diferencia de lo encontrado en Alemania por **Roselind et al, 2002**, donde el 88% de la muestra de consumidores de drogas presentaban patologías psiquiátricas subyacentes al consumo, por tantos antecedentes de tratamiento, en la presente investigación el 90% no presenta antecedentes de tratamiento psiquiátrico, neurológico ni psicológico. Estos datos parecen sugerir que en la población estudiada más que patología, los consumos de drogas podrían estar más relacionados con factores psico-sociales, con la cultura de estas sustancias, con la disponibilidad, acceso, con la baja percepción de riesgo (**Camarotti y Kornblit, 2005, Naciones Unidas-**

OEA/CICAD, 2006), y posiblemente con los rasgos de la personalidad (**García-Portilla et al, 2003**), entre otros factores contextuales. La importancia de los factores coyunturales y macro-sociales en los respectivos consumos de drogas en la población estudiada queda claro al haber encontrado que el 89% de los participantes no ha recibido tratamientos por drogodependencias.

En lo que se refiere al consumo de SPAs se determinó que casi la totalidad de los participantes son poli-consumidores de sustancias, incluyendo el alcohol, tabaco, marihuana y cocaína; sin embargo, es la MDMA (46,5%) la sustancia más consumida en el grupo de estudio, seguido por la ketamina (23,5%), sustancia que no necesariamente es consumida en espacios de diversión y con efectos disímiles respecto de la MDMA. En ambas sustancias se circunscriben el 70% de los casos. También llama la atención el hecho que sea esta sustancia, la MDMA, la que registra la edad de inicio más temprana (16,5 años) respecto de las demás sustancias, donde se observan edades por encima de 17 años, con excepción de la anfetamina. En general el promedio de edad del grupo es de 18,4 años, evidenciando similitud de resultados obtenidos por **Rojas, 2005**, en poblaciones similares; aunque en drogas tradicionales como el alcohol y la marihuana las edades son aun más tempranas (**ONUDD, OEA/CICAD, 2006, Rojas, 2005**).

Por otro lado, se encontró que son en las fiestas de fin de semana denominadas "raves" donde se han dado los primeros consumos de drogas en la muestra estudiada, coincidiendo con las observaciones e investigaciones de las **Naciones Unidas, 2008** y **Díaz y Herrera, 2007**. En efecto, el 63,5% de los participantes se inició en este tipo de reuniones, sea en fiestas multitudinarias o en reuniones del mismo tipo pero en un contexto privado o "exclusivo". En este sentido no sólo hablamos de MDMA, sino de otras drogas como la ketamina, LSD, metanfetamina, entre otras. Estas características coinciden con lo informado por **Naciones Unidas, 2008; Díaz y Herrera, 2007; Gallego**

et al, 2004), quienes comunican que tanto el inicio como la continuación del consumo de las drogas principalmente estimulantes, está relacionado preferentemente con los espacios de diversión de fin de semana.

A diferencia de la adquisición de las drogas tradicionales cuya disponibilidad y ofrecimiento se ha convertido en un poderoso factor de riesgo en la región andina, las drogas no suelen tener un acceso fácil, ni se expenden en los recintos de diversión. Los participantes del presente estudio más bien suelen llevar la sustancia luego de haberlas obtenido sea a través de la telefonía móvil o por Internet (mensajes encriptados, foros, chats, blogs) (61,5%), alternativas que se han convertido aparentemente en los medios favoritos para el tráfico de las drogas entre otras sustancias, tal como ya lo informaba el informe de la **JIFE/Naciones Unidas, 2001** y el **Informe Anual del Observatorio de Drogas de Europa EMCDD, 2008**. No deja de tener importancia que el 22,5% –al igual que muchos consumidores de drogas tradicionales– ha obtenido la sustancia a través de otros consumidores, principalmente los "experimentados", quienes seguramente sostienen su consumo a través de la venta y a otros les permite solventar algunos otros gastos básicos. Sin embargo, se observa que el perfil de aquellos que expenden drogas como el MDMA difiere del perfil de aquellos micro comercializadores de drogas tradicionales, estas diferencias tienen que ver con lo social, cultural, familiar y económico. Por lo observado se trata de jóvenes de clase media alta y alta, con adecuado rendimiento académico, integrantes de familias estructuradas y venta "exclusiva" de drogas.

En lo que respecta a los perfiles de los consumidores, sobre la base de los criterios clínicos seguidos, el 58,5% presenta pautas de consumo experimental y habitual, mientras que el 41,5% son consumidores crónicos o "experimentados"; al respecto, se ha determinado que la frecuencia de consumo de la mayoría de las drogas se ubican en los parámetros del consumo "ocasional".

Secundariamente se encuentran pautas como “mensual”, “quincenal” y, minoritariamente, “semanal”. Estos datos coinciden con las observaciones de **(Mathias, 2001)** en cuanto a la intensidad del consumo de las drogas, dado que se advierte que la mayoría de las drogas investigadas –con excepción de la metanfetamina– no generan comportamiento compulsivo de consumo; no por ello dejan de ser extremadamente riesgosas por las claras evidencias de la generación de toxicidad serotoninérgica y dopaminérgica **(McCann y Ricaurte, 2003; Ricaurte et al, 2000-a y 2002; Prada y Álvarez, 1996)**.

Por otro lado, la mayor parte de los usuarios de drogas comparte una gama de argumentos y racionalizaciones elaboradas a través de un discurso más o menos colectivo en torno a estas sustancias, dicen que “se puede controlar”, “que es limpia”, “de uso fácil y cómodo”, “que es segura” y que “no produce adicción como la cocaína”, para algunos “no es una droga” y los efectos es que “sólo” produce estimulación psicodélica y entatógena (“tocando dentro de”), describiéndolas como “sentir la paz” o experimentar una felicidad generalizada. Independientemente de ello, las razones para el consumo de drogas, por lo menos en la presente investigación, están relacionadas con la curiosidad y la fascinación por experimentar nuevas sensaciones; estos resultados guardan estrecha relación con lo encontrado por **Gallegos et al, 2004; Hernández, 2002)**. Estos son factores clásicos que ya se han obtenido en otros estudios, con otros consumidores y con otras sustancias, así como la influencia de los amigos o la presión del grupo. Es necesario reiterar que un grupo importante de los participantes del estudio están convencidos de la inocuidad de la sustancia y la perciben como una “droga segura” que genera efectos positivos y sirve para bailar, alargar la noche, tener buen “juergón”, experimentar efectos afrodisíacos, comunicarse mejor, conocerse mejor, etc. Obviamente estos mitos y creencias de minimización del riesgo dificultan sobremanera la intervención preventiva y la asistencia tal como mencionan las **NACIONES UNIDAS/ONUDD,**

2007, MINEDU-DEVIDA-OEA/CICAD, 2004 y DEVIDA, 2005, al advertir la percepción de bajo riesgo de parte de los adolescentes y jóvenes respecto al consumo de drogas como el éxtasis.

En los participantes de la presente investigación, las razones para el consumo de drogas como el éxtasis, destacan los factores relacionados con la diversión y el disfrute del baile (51,6%); mientras que un segundo grupo (38,7%), más alude a razones intrapersonales, como “la estimulación de los sentidos”, “sentirse mejor”, “estar mejor con los otros” y “relajarse”, aspectos que parecieran estar más relacionados con rasgos y estructura de la personalidad, tal como lo sugiere **Elzo, 2000,** y **Bandura, 2004; Villamaría y Sanz, 2004,** en los aspectos del ámbito cognitivo.

En contraposición, llama la atención, las razones para el consumo de sustancias disociativas como la ketamina y fenciclidina **(Jansen y Theron, 2003),** sustancias con efectos similares **(Mathias, 2003),** dado que el 44% de los usuarios de esta sustancia la consumen para “estimular los sentidos” y “escapar de la realidad”. Estos consumos no necesariamente se dan en espacios de diversión, en muchos casos el uso se da fuera de ese escenario con algunos amigos, a veces a solas y no necesariamente escuchando música. Coincidentemente, el 70% de los consumidores de LSD presentan las mismas razones, es decir aspectos referidos a la experimentación de búsqueda de goce de los sentidos y a encontrar un espacio artificial de refugio, tal como describe **Downing, 2002.**

En el caso del consumo de GHB y rohipnol, del mismo modo, el 66% de los consumidores mencionan a “estimular los sentidos” y “sentirse mejor”; aunque un sub grupo menciona el “mejorar las relaciones sexuales”. Hay que recordar que ambas sustancias suelen ser consumidas con fines recreacionales, fuera de los escenarios de recreación y, en casos, con fines delictivos como asaltos y violación sexual **(Degenhardt, 2002; Whitten, 2001)**. Todos los consumidores de GHB y rohipnol reconocieron estar informados de estos

usos; sin embargo, informaron que el consumo se ha dado con otros fines, como para “mejorar las relaciones sexuales”, coincidiendo con los datos de (Degenhardt, 2002; Camarotti y Kornblit, 2005; Gallego et al, 2004), donde se determinó que muchos adolescentes y jóvenes ingieren sustancias como alcohol, GHB, éxtasis, ketamina o marihuana para aumentar la excitación sexual, prolongar la relación o elevar las sensaciones; varios de los participantes reconocieron que bajo los efectos de estas drogas habían tenido relaciones sexuales sin protección y, en casos, con desconocidos.

Si bien el uso recreativo de las drogas entre la población en general es bajo, este tipo de consumo es mucho mayor entre las personas que frecuentan los ambientes nocturnos principalmente de fin de semana, al igual de lo advertido por Rodríguez et al, 2003. Coincidiendo con los datos de algunos estudios cualitativos sobre drogas como el MDMA y otras sustancias sintéticas como los de Camarotti y Kornblit, 2005; Díaz y Herrera, 2007; OEDT, 2002; Royo-Isach et al, 2004, el grueso de los participantes del estudio (73,5%), suele consumir en las fiestas electrónicas y las fiestas privadas o exclusivas; mientras que el 19% suele hacerlo en conciertos de música y el 11,5% prefiere la playa y los camping como escenarios para consumir drogas.

Por lo analizado, en los participantes “salir el fin de semana” o “ir de juerga” es una expresión popular en nuestro medio, es parte del argot y es utilizado tanto por adolescentes como por los jóvenes consumidores de drogas. Con ella hacen referencia a una serie de actividades recreativas que tienen que ver con las noches del viernes y del sábado, con la música, el baile, los bares y discotecas y con el estar con los amigos y amigas. Para el grupo, “salir el fin de semana” es un sinónimo de ir de fiesta, es decir, de experimentar la vivencia ritual y grupal del caos y el desorden.

En el espacio de la fiesta (“rave”) suelen invertir parte de los valores que dominan en la vida social, dado que en estos espacios está permitida la

expresión de los impulsos primarios reprimidos en el espacio formal, por ello los actos están orientados a transgredir el orden de las instituciones por medios simbólicos, a beber, a drogarse, bailar sistemáticamente y divertirse hasta agotar las fuerzas. Pocas veces interviene la violencia, la lucha, el riesgo a través de ciertas drogas como el GHB.

Luego de la fiesta el orden se restaura y las normas vuelven a dominar. La “salida de fin de semana” podría ser, por tanto, una válvula de escape que permite la continuidad del orden; sería el ritual de destrucción del tiempo pasado para dar lugar a un nuevo tiempo, al inicio de una nueva semana, a la aceptación renovada del orden establecido.

Respecto a las vías de administración de las drogas vale aclarar que para que una determinada SPA o fármaco logre actuar, en primer lugar, debe ser introducido al organismo y en segundo lugar, debe llegar a un sitio de acción. En el caso de los psicofármacos, al igual que las drogas, este sitio de acción está localizado en alguna parte del Sistema Nervioso Central, un sistema al que es difícil acceder porque cuenta con una protección conocida como la *barrera hematoencefálica*. Gracias a ella, no todo lo que ingresa a la sangre puede pasar hacia el cerebro y la médula espinal. Para lograrlo, las drogas deben ser liposolubles, ya que los lípidos (grasas) pueden atravesar fácilmente las membranas de la barrera.

Para introducir una droga al organismo existen básicamente tres vías de administración: **oral** (la ingestión de pastillas, grageas, gotas, papel impregnado de sustancia, bebidas o alimentos que contengan alcaloides psicoactivos), **pulmonar** (a través del acto de fumar, por la aspiración de polvos o la inhalación de vapores) y **parenteral** (por medio de una inyección que puede ser intravenosa, subcutánea o intramuscular). Sin embargo, se han encontrado algunas otras vías de administración de drogas en los participantes del estudio; aunque de manera marginal se ha utilizado los órganos sexuales y el recto.

En la muestra estudiada mayoritariamente (51%) la vía de administración de las drogas, sean estas estimulantes, alucinógenas o depresoras, es oral; seguida de aquellos que utilizan la vía inhalada o aspirada por las fosas nasales (28%) y, un 12,5% de consumidores que la fuman, encontrándose 4 casos de aplicaciones a los órganos sexuales y 3 que usan la vía rectal preferentemente. Estos resultados parecen sugerir que en nuestro medio aún existe reticencia para la administración parenteral de las SPAs, actitud que puede ser un factor protector y disuasivo de la inyección de las SPAs.

Ahora bien, la primera experiencia del consumo de las SPAs es un acto trascendental dado que la esfera cognitiva se impregnará de nuevas experiencias subjetivas sean estas positivas, negativas o mixtas. Independientemente de ello se abren las posibilidades que la conducta de consumo se repita y se vuelva habitual; en otros casos, sin duda, será la primera y única experiencia **(Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003; Llorens et al, 2004)**.

No obstante, hay otros factores que también tienen que ver con esta primera reacción, como las expectativas del usuario, los rasgos de la personalidad, la heredabilidad, el contexto y sus estímulos, la música en el caso de las drogas, el tipo de sustancia, la vía de administración, etc. **(Llorens et al, 2004)**.

En la muestra, los consumidores de drogas estimulantes o estimulantes de tipo anfetamínico (MDMA, anfetamina y metanfetamina), el 56% manifestó que los efectos fueron “agradables” y “agradables/desagradables”; en el caso de los alucinógenos sintéticos (ketamina, LSD y fenciclidina) y en los depresores sintéticos (GHB y Rohipnol) el 75%, en ambos casos, reconocieron los mismos efectos positivos. Así, se puede decir que el 63,5% de la población general admitió que la primera experiencia del consumo de drogas fue positivo.

Al predominar los efectos positivos en la muestra de consumidores de drogas, se puede inferir que esta primera experiencia favorable –independientemente de otros factores– tuvo que ver en la

continuación del consumo; sin embargo, se determinó que un grupo minoritario (12%) reconoció que la primera experiencia del consumo de drogas fue desagradable; sin embargo, lo continuaron haciendo.

Si examinamos la dinámica tanto de la primera experiencia como del contexto donde se da el primer consumo de las drogas se evidencia que el fenómeno emerge como producto de develar la experiencia en torno al sentido social y cultural que tiene el consumo de la MDMA y algunas otras sustancias como la marihuana, en este caso es la fraternidad ocasional, es decir un encontrarse en la práctica y vivencias de los consumos de las drogas tal como lo interpreta **García, 2007**.

En ese sentido la complejidad que encierra la dinámica del consumo de drogas, desde lo colectivo y lo individual, debe mirarse desde diversos aspectos, pues los temas que describen el fenómeno así lo demuestran: Imaginario colectivo de acompañamiento y resistencia en las prácticas de consumo; territorialidad, prácticas y expresiones simbólicas; tocar lo más profundo del ser que pueden ser generados por la MDMA, LSD, fenciclidina, etc.

En cuanto a los efectos subjetivos de la intoxicación del consumo de las diferentes drogas descritas por los participantes, cabe ser reiterativos en el hecho de las oscilaciones en el contenido de principio activo en el sentido que una pastilla puede contener cuatro o cinco veces más cantidad de MDA o derivados que otra, sin que nada en su aspecto exterior lo delate. Esas variaciones son un elemento potencial a considerar en la variación de los efectos de la MDMA y otras drogas y del incremento del riesgo de su consumo **(Farre et al, 2003, Pérez et al, 2003, NACIONES UNIDAS/ONUDD, 2007)**.

Supuestamente las mayores oscilaciones se presentan en las partidas que contienen MDA, metabolito más importante de la MDMA y quizás la responsable directa de la neurotoxicidad. Esa variedad implica que los usuarios no saben si los efectos de una pastilla tomada hoy equivaldrán a

los de otra ingerida anteriormente. Un usuario acostumbrado a una cierta dosis puede un día consumir el triple de lo habitual sin saberlo, algo que puede ser especialmente grave en el caso de la ingesta elevada. En este sentido, los usuarios suelen no saber lo que están tomando bajo el rótulo de "éxtasis", ni en cantidad ni en contenido, por mucha seguridad que sientan al seguir fieles a alguna marca definida.

En este caso los consumidores de drogas psicoestimulantes (MDMA, metanfetamina y anfetamina) en el 56,1% reconocieron que los efectos centrales tienen que ver con la "euforia", "aumento de la empatía" y "locuacidad", efectos descritos en numerosos trabajos de investigación como los de **Farre, 2003; Pérez et al, 2003**, que justamente aluden a estos efectos como los centrales de la intoxicación inducido por la MDMA, anfetamina y metanfetamina; efectos que sin duda son extremadamente reforzantes en el encadenamiento conductual del consumo; a la vez, tal como ya se planteó en el análisis, estos efectos guardan relación con factores exhibidos en el entorno (las personas, las luces, la música, la parafernalia, etc.), así como con ciertos rasgos de la personalidad como lo sugiere **García-Portilla, 2003**, quien manifiesta que el uso y abuso de MDMA podría estar asociado a rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones, sin que hasta el momento se pueda determinar si ello es causa o consecuencia del consumo. Por otra parte, tal como ya se ha mencionado, el hecho de que prácticamente no existan consumidores puros de MDMA y otras drogas, dificulta la atribución exclusiva de dichos rasgos a la MDMA. En ese sentido, se necesitan estudios adicionales prospectivos, doble ciego controlado con placebo, que ayuden a clarificar los hallazgos actuales.

En el caso de la sintomatología de la intoxicación inducida por las sustancias disociativas como la ketamina y la fenciclidina el 59,3% de los consumidores reconocen a la "sensación de la ingravidez" y a la "separación del cuerpo", mientras que el 35,5% informa que los efectos centrales

fueron "analgesia" y la "visión de túnel" lo que prima durante el consumo; estos efectos están orientados más bien hacia otros campos, como lo intrapersonal y escenarios distintos a los recreativos y seguramente también a otros perfiles de personalidad. La sistematización de esta sintomatología calza perfectamente con las observaciones clínicas de otros investigadores como (**Jansen y Theron, 2003; Lorenzo y Lizasoain, 2003; Luna, 2003**).

En la sistematización de los efectos del LSD se consideraron dos tipos de dosis. En aquellos que informaron consumir regularmente a dosis bajas, denominada "dosis rave", los efectos predominantes en el 87,5% fueron "aceleración del pensamiento", "recuerdos vividos" y "alucinaciones"; mientras que aquellos que suelen consumir LSD a dosis altas, denominada "dosis psicodélica", en el 88,8% informan que los efectos tienen que ver con "ver imágenes", "oír sonidos" y "sentir sensaciones que parecen reales"; en ambos casos respecto a la dosis, los efectos tienen que ver con la perturbación del sistema nervioso fundamentalmente. Del mismo modo, estos perfiles son coincidentes con los comunicados por (**Solé, 2003**).

En el contexto de los problemas de salud asociados al consumo de drogas estimulantes (MDMA, metanfetamina y anfetaminas), el 73% de los que usan estas sustancias identifica a la ansiedad y al insomnio como las principales consecuencias del consumo, resultados que se relacionan con los obtenidos en la revisión bibliográfica realizada por **Sáiz et al, 2003**; en menor proporción reconocen a la anorexia, agresividad y depresión; no obstante, hay que ser prudentes al establecer relaciones de causalidad entre consumo de drogas como la MDMA y trastornos mentales, usando datos procedentes de este tipo de estudios, dado que, tal como se ha visto, el uso de las drogas se asocia a un patrón de poli-consumo y, además, el comienzo del trastorno mental podría en muchas ocasiones preceder al uso de la sustancia.

En el caso de los problemas de salud asociados al consumo de drogas alucinógenas (ketamina, fenci-

clidina y LSD), el 63% de los participantes reconoce a la depresión, ataque de pánico e insomnio como los problemas más frecuentes, aspectos clínicos que, de la misma manera, encuentra **Sáiz et al, 2003** en la revisión de diversos estudios clínicos con pacientes consumidores de drogas.

Respecto al comportamiento sexual cuando está implicado el consumo de drogas psicoestimulantes como la MDMA, varios de los participantes se han arriesgado más en sus relaciones sexuales cuando están bajo los efectos de esta sustancia, tomando menos precauciones que habitualmente para evitar embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual y teniendo sexo con desconocidos, observaciones coincidentes con los reportados por **Bellis et al, 2000**.

En este mismo contexto de sexualidad, al preguntar a varios de los participantes que habían tenido relaciones sexuales después de ingerir otras drogas como la metanfetamina o el GHB, mal llamado "éxtasis líquido", si habían tomado precauciones de las habituales para prevenir embarazos o enfermedades de transmisión sexual, o si sabían con quien habían teniendo relaciones sexuales, varios de ellos respondieron que no se habían cuidado y, en casos, tuvieron sexo con parejas que habían conocido el mismo día de la ingesta y no necesariamente en espacios de diversión. Estas observaciones coinciden con los referidos por **Calafat et al, 2009**.

Sin embargo, hay que advertir la mayor preocupación de las mujeres por los riesgos que conllevan las relaciones sexuales sin tomar precauciones, sobre todo para prevenir enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados. Es interesante anotar, al igual que **Calafat et al, 2009**, que los usuarios de drogas masculinos suelen no considerar tan arriesgado como las mujeres mantener relaciones sexuales sin usar preservativo. Nuestras observaciones dicen que las mujeres resultan más fiables al hablar de estos temas, por el hecho que fueron las mujeres quienes reconocieron más haber mantenido relaciones sexuales más arriesgadas.

CONCLUSIONES

1. Son los varones mayoritariamente, 72% (144 casos), los que consumen más drogas; no deja de tener importancia que el 28% (56 casos) sean mujeres.
2. El 31% son universitarios, 27% estudiantes de institutos superiores, 22% escolares y 20% no estudia ni trabaja.
3. El 43,5% de los participantes pertenece al rango de edades entre 16 y 20 años.
4. El 69,5% son solteros, en el mismo porcentaje proceden de estructuras familiares completas.
5. El 89,5% no presenta antecedentes de tratamientos psiquiátricos, psicológicos ni neurológicos.
6. Mayoritariamente son poli-usuarios de sustancias psicoactivas.
7. Predomina el consumo de la MDMA (éxtasis), secundariamente la ketamina (23,5%).
8. El 41,5% son consumidores crónicos, mayoritariamente con pautas de consumo ocasional de drogas.
9. La edad de inicio más precoz (16,5 años) es para el MDMA ("éxtasis"), seguido de la anfetamina (16,8 años) y metanfetamina (17,8 años).
10. El 63,5% se inició en el consumo de drogas en espacios de diversión como fiestas "raves" y fiestas "exclusivas o privadas".
11. El 61,5% adquiere la droga sea por telefonía móvil o por Internet (foros, chat, etc.).
12. El 46,5% de los consumidores de drogas estimulantes (MDMA, metanfetamina y anfetamina) reconoce como problemas de salud asociado al consumo a la ansiedad y el insomnio.
13. El 63% de los consumidores de drogas alucinógenos (ketamina, fenciclidina y LSD) reconoce como problemas de salud asociado al consumo a la depresión, ataque de pánico e insomnio.
14. El 62,5% (5 casos) de los consumidores de drogas depresoras (GHB y rohipnol) reconoce como problemas de salud asociado al consumo a la paranoia y alucinaciones auditivas y visuales.
15. El 29% de los consumidores de MDMA (éxtasis) la usan "para divertirse" y el 22,6% "para disfrutar del baile".

16. El 50% de los consumidores de metanfetamina la usan "para sentirse mejor".
17. El 44% de los consumidores de ketamina y fenciclidina la usan "para estimular los sentidos" y "escapar de la realidad".
18. El 70% de los consumidores de LSD la usan "para estimular los sentidos" y "escapar de la realidad".
19. El 36,3% de los consumidores de GHB y Rohipnol la usan para "sentirse mejor".
20. En cuanto a efectos causados en la primera experiencia por las drogas estimulantes (MDMA, metanfetamina, anfetamina), el 56% percibió efectos agradables y agradables/desagradables; en cuanto a los alucinógenos sintéticos, el 75%, del mismo modo, experimentaron efectos agradables y agradables/desagradables; mientras que aquellos que probaron depresores sintéticos 75% percibieron efectos agradables, desagradables y agradables/desagradables.
21. Los efectos que predominan durante el consumo de drogas estimulantes (MDMA, metanfetamina y anfetamina) en el 56,1% destaca la euforia, aumento de la empatía y locuacidad. En las drogas alucinógenas, destaca en el 59,3% sensación de ingravidez; mientras que en el LSD a dosis bajas en el 87,5% predomina la aceleración de pensamientos, recuerdos vividos y alucinaciones, a dosis altas predomina en el 88,8% ver imágenes, oír sonidos y sensaciones que parecen reales.
22. El 72% de los consumidores de drogas estimulantes consumen sustancias en fiestas electrónicas y fiestas privadas y exclusivas.
23. El 50% de los consumidores de drogas alucinógenas también lo hacen en fiestas electrónicas y fiestas privadas/exclusivas y, en la misma proporción y contextos, lo hacen los consumidores de drogas depresoras.
24. El 51% de los participantes del estudio utiliza la vía oral para el consumo de las drogas, 56% inhalada y 12,5% fumada.

RECOMENDACIONES

Resulta fundamental diseñar y aplicar estrategias con el fin de incrementar la percepción de riesgo de consumo de estas sustancias entre la población de riesgo.

Existe una gran conexión cultural e instrumental entre vida recreativa y uso de las drogas sintéticas. Esto hace que haya:

- poca conciencia de los problemas que producen.
- legitimación de su uso.
- dificultad de hacer prevención sin poner en cuestión el sistema recreativo.

Para los locales de diversión:

1. Que el agua tenga precios asequibles.
2. Cuidar la higiene y la seguridad dentro y fuera de los locales recreativos.
3. Potenciar la capacitación y formación de personal experto en seguridad y primeros auxilios que laboran en los centros de diversión relacionados con las fiestas electrónicas y afines.
4. Aumentar la vigilancia sobre la venta y el consumo de drogas ilegales.
5. Control sobre el acceso y venta de alcohol a menores de edad.

En las acciones de prevención universal:

1. Potenciar políticas preventivas de percepción del riesgo ante el consumo de drogas y con énfasis en poli-consumo.
2. Potenciar políticas preventivas sobre la conducción y las relaciones sexuales sin control.
3. Capacitar a los equipos de urgencias en los problemas asociados a urgencias y consumo de drogas sintéticas.
4. Recondicionar sus prácticas para adaptarse a los factores de riesgo que más influyen en el consumo recreativo.
5. No podemos dejar que sólo la industria y el mercado planifiquen los objetivos de socialización de los jóvenes.
6. Preparar las condiciones para influir sobre la industria (al igual que se hace con las alcohó-

leras o las tabaquerías) creando unas condiciones de colaboración.

7. Las medidas de reducción del riesgo son necesarias pero no son suficientes pues no ponen en cuestión la lógica de la cultura recreativa.
8. Debemos apoyar a los sectores que representan alternativas (abstemios, consumidores moderados, colectivo de mujeres) y que están poco apoyados culturalmente.
9. Especial cuidado se debe prestar a la formación y a la supervisión de los mediadores recreativos.
10. Se debe estar atento a los mitos culturales que se están creando alrededor de algunas drogas. Son conocidos a través de la publicidad los que crean la industria alcoholera y tabaquera. Pero algo similar ocurre con el cannabis (ecología, pacifismo), éxtasis (empatía), cocaína (éxito).
11. Deben crearse alternativas a la socialización de los jóvenes al margen del modelo recreativo hegemónico.
12. Aumentar la percepción de riesgo entre jóvenes y en el ámbito social y aumentar el control informal.
13. Importancia de la investigación y evaluación.

En las acciones de prevención de riesgos:

1. Las medidas de reducción del riesgo son necesarias aunque no suficientes dado que no ponen en cuestión la lógica de la cultura.
2. Potenciar la formación de personal experto en seguridad y primeros auxilios, para quienes atienden en las discotecas o espacios de diversión donde se desarrollan estos encuentros o fiestas "rave".
3. Ambientes adecuados, donde haya buena ventilación, fácil acceso al agua o que el mismo tenga precios asequibles, ambientes para descanso y primeros auxilios.
4. Cuidar la higiene y la seguridad dentro y fuera de los locales recreativos.
5. Distribución de información sobre los efectos y los problemas generados por las drogas (folletos, direcciones Web, polos o camisetas, etc.).
6. Control sobre el acceso y venta de alcohol a menores de edad.
7. Potenciar políticas preventivas de percepción del riesgo ante el consumo de sustancias

psicoactivas y con especial acento en el policonsumo.

REFERENCIAS

APOYO, Opinión y Mercado (2002). Informe gerencial de marketing. Perfil del adolescente y joven. Lima.

Bandura, A. (2004). The growing primacy of perceived efficacy in human self-development, adaptation and change. Nuevos Horizontes en la investigación sobre autoeficacia. En: Colección <Psique> No. 8, pp. 33-50.

Bellis, M.A.; Hale, G.; Bennet, A.; Chaudry, M. y Kilfoyle, M. (2000). Ibiza al descubierto: Cambios en el consumo de drogas y en el comportamiento sexual de los jóvenes que pasan sus vacaciones en lugares conocidos internacionalmente por su vida nocturna. En: Adicciones, V (12), No. 4, pp. 571-578.

Calafat, A. (2005). Cultura de la diversión y consumo de drogas en España. Características diferenciales con Europa. IREFREA-PNSD.

Calafat, A.; Juan, M.; Becoña, E.; Mantecón, A. y Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. En: Psicothema, V (21), No. 2, pp. 227-239.

Camarotti, A.C. y Kornblit, A.L. (2005), Representaciones sociales y prácticas de consumo del éxtasis. En: Convergencia, No. 38, pp. 1405-1435.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) (2005). I Encuesta sobre información, hábitos y actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios de Lima Metropolitana. Mesa de Trabajo de Universidades para la Prevención del Consumo de Drogas. DEVIDA.

Díaz, A.P. y Herrera, J.M. (2007). Estudio sobre las tendencias del consumo recreativo en la noche portuense y prevención selectiva y reducción de daños y riesgos asociados en la población juvenil. Servicio Municipal en Drogodependencias del Área de Bienestar Social del Excmo. Ayto. Del Puerto de la Cruz. Tenerife.

- Elzo, J. (2000).** **Perfiles diferenciales de consumidores de cannabis, éxtasis y alcohol.** Instituto Deusto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto, en estrecha colaboración con la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco y la Fundación de Ayuda a la Drogadicción.
- Farre, M.; Roset, P.; De la Torre, R.; Poudevida, S.; Abanades, S.; Peiro, A.; Álvarez, Y.; Pizarro, N.; Segura, M. y Cami, J. (2003).** Estudios controlados en humanos de éxtasis. En: *Adicciones*, V (15), Suplemento 2, pp.121-134.
- García, M. Y. (2007).** El sentido social y cultural del consumo de marihuana, cocaína y éxtasis, para jóvenes universitarios consumidores. Resumen de investigación presentado para optar al título de Magíster en Educación - Docencia, Facultad de Educación de la Universidad de Manizales, Colombia. En: *Eleuthera*, V (1), pp. 103-129.
- García-Portilla, M.; Saiz, P.; Paredes, B.; Martínez, S. y Bobes, J. (2003).** Personalidad y uso-abuso de éxtasis (MDMA). En: *Adicciones*, V (15), No. Suplemento 2, pp. 199-205.
- Jansen, K.L. y Theron, L. (2003).** Ketamina: Nuevas observaciones sobre su consumo, consumidores y efectos. En: *Adicciones*, V (15), Suplemento 2, pp. 135-166.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2001).** Las compras en Internet: El tráfico en línea. En línea: http://www.incb.org/pdf/s/press/2001/press_relea_se_2001-02-21_4_es.pdf.
- Llorens, N.; Perelló del Río, M. y Palmer, A. (2004).** Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. En: *Adicciones*, V (16), No. 4, pp. 1-6.
- Lorenzo, P. y Lizasoain, I. (2003).** Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). En: *Adicciones*, V (15), Suplemento 2, pp. 51-75.
- Luna, E. (2003).** Aproximación toxicológica a los psicoestimulantes utilizados con fines recreativos. En: *Adicciones*, V (15), Suplemento 2, pp. 97-109.
- Martínez-Lorca, M. y Alonso-Sanz, C. (2003).** Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿existe relación?. En: *Adicciones*, V (15), No. 2, pp. 145-158.
- Mathias, R. (2001).** The many faces of MDMA use challenge drug abuse prevention. En: *NIDA Notes, Articles That Address. Research Club Drugs.* U.S. Department of Health and Human Services. NIDA.
- Mathias, R. (2003).** Study suggests ketamine injection poses new disease risk for street youths. En: *NIDA Notes*, V(18), No. 4.
- McCann, U.D. y Ricaurte, G.A. (2003).** Neuroimagen y neurotoxicidad inducida por MDMA (éxtasis). En: *Adicciones*, V (15), Suplemento 2, pp. 111-120.
- MINEDU-DEVIDA-OEA/CICAD (2004).** Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de menores – 2002. MINEDU-DEVIDA.
- Naciones Unidas (2005) Informe sobre la Juventud Mundial 2005.** Uso indebido de drogas. En Línea: <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/spanish/wpaydrug.htm#WYR2005>.
- Naciones Unidas (Oficina contra la droga y el delito, ONUDD (2007).** La prevención del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico entre los jóvenes. Guías de políticas y programas. ONUDD, Viena.
- Naciones Unidas (Oficina contra la droga y el delito, ONUDD) (2006).** Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria. Jóvenes y drogas en países sudamericanos: Un desafío para las políticas públicas. ONUDD-OEA/CICAD.
- Naciones Unidas, Office on Drugs and Crime (2008).** Amphetamines and ecstasy. 2008 Global ATS Assessment. United Nations Publication, Viena.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2002).** Las drogas en el punto de mira. Uso recreativo de las drogas: Un reto a nivel de la UE. Sumario 6 Bimensual, Lisboa.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2008).** El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2008. En Línea:

(2003). Toxicología de las drogas de síntesis. En: *Revista de Toxicología*. Asociación Española de Toxicología, V (20), No. 003, pp. 182-186.

Prada, C. y Álvarez, J. (1996). MDMA o éxtasis: Aspectos farmacológicos, toxicológicos y clínicos. Departamento de Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid. En Línea:

<http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL107/M1071408.pdf>.

Ricaurte, G.A. y McCann, U.D. (2001). Assessing long-term effects of MDMA (Ecstasy). En: *Lancet*; 358: 1831-1832.

Ricaurte, G.A.; McCann, U.D.; Szabo, Z. y Scheffel, U. (2000-b). Toxicodynamics and long-term toxicity of the recreational drug, 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, 'Ecstasy'). En: *Toxicol Lett*; 112-113: 143-146.

Ricaurte, G.A.; Yuan, J. y McCann U.D. (2000-a). 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy")-induced serotonin-neurotoxicity: Studies in animals. En: *Neuropsychobiol*; 42: 5-10.

Ricaurte, G.A.; Yuan, J.; Hatzidimitriou, G.; Cord Branden, J. y McCann, U. D. (2002). Severe dopaminergic neurotoxicity in primates given typical recreational doses of MDMA ("Ecstasy"). En: *Science*; 297: 2260-2263.

Rojas, M.J. (2005). Consumo de drogas psicoactivas en un colectivo de púberes y adolescentes. Pautas y tendencias. ONUDD-CEDRO. Lima.

Rojas, M.J. (2006-a). Conceptos básicos y profundización del consejo psicológico y psicoterapia

motivacional en drogodependencias. Un enfoque cognitivo-conductual. CONCYTEC-CEDRO.

Rojas, M.J. (2006-b). Manual de consejo psicológico y psicoterapia motivacional en casos de drogodependencias. Estructura de seis sesiones tipo. CONCYTEC-CEDRO.

Roselind, L. (2002). Mental disorders in ecstasy users: a prospective-longitudinal investigation. En: *Drug and Alcohol Dependence*, No. 68, pp. 195-207.

Royo-Isach, M.; Magrané, M.; Blancafort, F. y Ferrer, J. (2004). Drogas de síntesis: Del uso al policonsumo. Algunos riesgos asociados y una propuesta de intervención terapéutica. En: *Atención Primaria*, 33 (4), 209-13. En Línea: http://www.lasdrogas.info/doc/fuentes/56_Drogas_Sintesis.pdf.

Sáiz, P.A.; García-Portilla, P.; Martínez, S.; Bascarán, M.T.; Bousoño, M. y Bobes, J. (2003). Complicaciones psicopatológicas asociadas al uso de drogas recreativas. En: *Adicciones*, V (15, Suplemento 2), pp. 217- 231.

Sandoval, C.A. (1996). Investigación cualitativa. Módulo 4. En: C. Sandoval (Ed.) *Investigación cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES. Santafé de Bogotá.

Villamaría, F. y Sanz, A. (2004). Autoeficacia y salud: Investigación básica y aplicaciones.

INTERVENCIÓN TEMPRANA: PREVENCIÓN A NIVEL ESCOLAR

Lourdes Sevilla Carnero*

El consumo de drogas es un fenómeno de naturaleza compleja, multicausal y que impacta de diversa manera a la población peruana y los adolescentes y jóvenes son los más afectados por este problema. Los diferentes estudios realizados a nivel nacional e internacional han demostrado que este grupo humano es el más vulnerable al consumo de drogas, tanto legales como ilegales, pues propio de su desarrollo, experimentan cambios tanto fisiológicos como psicológicos.

Diversos factores, como la presión de grupo, la curiosidad, la necesidad de evasión y de compensación de carencias físicas o afectivas, la búsqueda de sensaciones entre otros, son algunas características propias de los adolescentes que, de no ser adecuadamente orientadas, principalmente en la familia y en la escuela, pueden llevarlos a iniciarse en el consumo de alguna o varias drogas.

También, debemos señalar que la existencia de otros indicadores de riesgo como problemas emocionales, baja autoestima, déficits de comunicación, violencia familiar, ausencia de metas o de proyecto de vida, bajo rendimiento académico, violencia escolar, un inicio sexual temprano, disponibilidad de drogas en el entorno, así como la aparición de nuevas drogas, como las sintéticas, incrementan la probabilidad de involucramiento en el consumo por parte de los adolescentes.

Pese a ser considerados a nivel internacional como país productor, el consumo de drogas en el Perú evidencia una presencia importante sobre todo en los grupos de adolescentes y jóvenes. De acuerdo al "Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria" DEVIDA – MINEDU (2007), la edad de inicio de los estudiantes en el consumo de drogas legales es a los 13 años, 13,4 años en drogas ilegales y 11,8 en drogas médicas (estimulantes y tranquilizantes).

Asimismo, más del 50% de los estudiantes presentan consumo de alcohol y tabaco, mostrando que existen alrededor de 599 070 escolares que, dependiendo de las características de su consumo, podrían estar dañando su salud física y mental y exponiéndose a un mayor riesgo psicosocial, debido al uso reciente de alcohol y tabaco.

Respecto a las drogas ilegales, la prevalencia de año es 2,8% en escolares de segundo año, 2,6% en estudiantes de tercer año, 4,6% en los de cuarto y 3,3% en los de quinto año. Las drogas ilegales más consumidas fueron los inhalantes y la marihuana. El 9,7% de los escolares consideraron que les sería fácil conseguir marihuana, mientras que el 6,2% opinó lo mismo respecto a la cocaína, el 4,5% sobre la pasta básica de cocaína y el 4,8% sobre el éxtasis.

La referencia al consumo de éxtasis, que registra una edad promedio de inicio inferior a las de la marihuana, PBC y cocaína, indica claramente el dinamismo que ha adquirido esta sustancia, lo que preocupa además porque su prevalencia de vida es cercana a la de derivados cocaínicos que tienen una mayor historia de consumo y comercialización. A ello debe agregarse que su percepción de riesgo o peligrosidad sobre el éxtasis es más benigna en comparación con la pasta básica y el clorhidrato de cocaína.

El estudio indica también que 350 000 estudiantes estarían dispuestos a consumir drogas si alguien se las ofreciera y 190 000 reconocen que necesitan tratamiento por consumo de alcohol; así como 35 000 escolares demandan tratamiento por marihuana y sustancias cocaínicas.

Esta investigación evidencia que el consumo de drogas se ha expandido a todas las regiones del país, y en el Callao, Arequipa, Ica, La Libertad, Piura, Tumbes, Tacna, Ayacucho, Ancash, Caja-

*Psicóloga; Diploma en Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas en la Universidad Nacional Federico Villareal; en Evaluación y Monitoreo de Proyectos y Programas Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; y en Gestión Pública por Resultados de la Universidad Continental. Coordinadora Nacional del Proyecto DROSICAN y de Tratamiento de la Gerencia de Prevención y Rehabilitación de DEVIDA.

marca, Loreto, Huánuco, Ucayali, Madre de Dios y San Martín, el consumo de drogas cocaínicas en estudiantes se elevó hasta en un 251%.

Estos resultados presentan un escenario alarmante en relación al riesgo de consumo perjudicial y dependencia de drogas por parte de los adolescentes, y nos señalan que la oferta actual de servicios dirigidos para esta población no es suficiente y no está logrando una intervención oportuna. Entonces, es necesario fortalecer y ampliar la cobertura de los programas de prevención del consumo de drogas, enfatizando en el ámbito escolar.

El Estado peruano tiene una Política Nacional de Lucha contra el Consumo, Producción y Tráfico Ilícito de Drogas, expresada en la Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas 2007–2011. Contempla como uno de sus principales ejes de intervención, la prevención del consumo de drogas a nivel nacional.

Sin lugar a dudas, uno de los ámbitos más importantes y prioritarios para las acciones preventivas es la escuela, es ahí que los niños y adolescentes pasan el 50% de su tiempo hasta aproximadamente los 16 años, lo que la convierte en un espacio potencial para trabajar y fortalecer su proceso formativo que involucra, entre otros aspectos, la prevención de conductas de riesgo como el consumo de drogas.

La prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar busca reducir el impacto de los factores de riesgo y reforzar los elementos de protección vinculados a la dinámica y contexto de la comunidad educativa. Algunos estudios han comparado la eficacia de diferentes intervenciones en la escuela (ej. Botvin y otros, 1995¹; Perry: 1996²;

Pentz y otros, 1989³; Hansen y Graham, 1991⁴; Ellickson, 1993⁵). Sin embargo, es el estudio de Tobler y otros (2000)⁶ el que nos muestra cuáles son los componentes más efectivos de estos programas:

- a) Información apropiada sobre drogas (incluyendo datos sobre efectos a corto plazo y consecuencias a largo plazo).
- b) Entrenamiento en habilidades personales, sociales y de afrontamiento para ayudar a identificar y manejar presiones internas (ansiedad, estrés) y externas (compañeros, publicidad y medios de comunicación).
- c) Énfasis en la educación normativa y refuerzo de la conciencia de que la mayoría de los adolescentes no toman alcohol, tabaco u otras drogas.
- d) Formación en competencias personales y sociales generales como establecimiento de metas, control del estrés, habilidades comunicativas y entrenamiento en asertividad.
- e) Capacitación a los docentes y apoyo a las personas que desarrollan programas y a los expertos en prevención.
- f) Participación activa de la familia y la comunidad.
- g) Adaptación cultural.

En el Perú, la prevención del consumo de drogas en la escuela pública se viene trabajando desde hace muchos años. Sin embargo, se ha enfatizado en el desarrollo de estrategias preventivas de tipo universal, que buscan fortalecer en los estudiantes las capacidades y habilidades que les permitan evitar el consumo de drogas, así como evitar o retrasar el inicio del consumo de drogas.

Actualmente, estas acciones preventivas se realizan en el marco de la Tutoría y Orientación Educativa y se implementan con sesiones de tutoría grupal, individual y actividades como campañas, concu-

¹ Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., y Botvin, E. M. (1995). Long-term follow-up results of a randomised drug abuse prevention trial in a white middle class population, *JAMA*, 273, 1106-1112.

² Perry, C. L. (1996). Outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence: Project Northland, *American Journal of Public Health*, 86, 956-965.

³ Pentz, M. A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P. (1989). A multicommunity trial for primary prevention of adolescent drug use, *JAMA*, 261, 3259-3266.

⁴ Hansen, W. B. y Graham, J. W. (1991). Preventing alcohol, marijuana and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms, *Preventive Medicine*, 20, 414-430.

⁵ Ellickson PL, Bell RM, McGuigan K. (1993) Preventing adolescent drug use: Long-term results of a junior high program. *American Journal of Public Health* 83(6), 856-861.

⁶ Tobler, N. Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V., y Stackpole, K.M. (2000): School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis, *The Journal of Primary Prevention*, 20, 275-334.

sos, pasacalles, jornadas de sensibilización, entre otras. Sin embargo, como evidencian los estudios nacionales sobre consumo de drogas en población escolar, es necesario complementar este tipo de estrategias con otras que apunten a grupos más específicos que ya están consumiendo drogas y que presentan indicadores más complejos que requieren de una intervención ad-hoc.

En estos casos, se requieren estrategias de detección e intervención temprana dirigidas a estudiantes que presentan consumo de tipo experimental u ocasional y estudiantes con indicadores de alto riesgo para el uso de drogas como comportamientos disfuncionales, deficiente autocontrol, impulsividad, familias desestructuradas, violencia familiar, problemas de conducta en el aula, bajo rendimiento escolar, comportamiento agresivo, entre otros, que aumentan las probabilidades de vincularse con las drogas o presentar conductas adictivas.

En ese sentido, desde el ámbito público, se viene gestionando el desarrollo y ampliación de la cobertura de programas de prevención del consumo de drogas a nivel nacional, adaptados a las características y realidades regionales, que contemplen estrategias dirigidas a los estudiantes que no se han iniciado en un consumo de drogas, con la finalidad de prevenir, y también a quienes presentan consumos experimentales u ocasionales a fin de intervenir tempranamente y que no derive en un consumo perjudicial o dependencia.

Una experiencia destacable es el Programa de Intervención Temprana desarrollado en cuatro instituciones educativas públicas de Lima y Callao, en el marco del proyecto "Apoyo a la Comunidad Andina en el Área de Drogas Sintéticas – DROSICAN" con soporte de la Unión Europea.

Este Programa estuvo a cargo de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas – DEVIDA y el Ministerio de Educación y su objetivo fue contribuir a la disminución de los factores que condicionan el consumo de drogas, con énfasis en sustancias sintéticas en estudiantes de 4° y 5° año

de secundaria. Para lograr este objetivo, se formularon tres objetivos específicos:

1. Reducir la disposición de los estudiantes hacia el consumo de drogas en general y de las drogas sintéticas en particular.
2. Implementar programas focalizados de prevención del consumo de drogas, con hincapié en drogas sintéticas.
3. Generar y/o mejorar los mecanismos de coordinación para la vigilancia y control de la oferta de drogas en general y drogas sintéticas en particular en el entorno de las instituciones educativas.

Las instituciones educativas que participaron en el programa fueron: Los Precursores, Víctor Andrés Belaunde, Reino de España y la Institución Educativa Callao. Se trabajó con un total de 1 143 alumnos, de los cuales 573 estaban en 4° de secundaria y 570 cursaban el 5° de secundaria. El 47% de los beneficiarios fueron hombres y el 52% mujeres. Sus edades fluctuaron entre los 14 y 18 años.

Para lograr resultados positivos en programas de tipo piloto, es decir, en los cuales se comprobará la eficacia de la intervención, es necesario tener claridad sobre ciertos criterios y generar condiciones adecuadas que coadyuven al logro de los objetivos planteados.

1. Definición de criterios para la selección de las instituciones educativas:

- Tener matriculados entre 500 y 1 000 estudiantes.
- Los directivos debían de comprometerse a apoyar la implementación del programma.
- Contar con espacio(s) físico(s) adecuado(s) para la implementación de las acciones de intervención temprana.
- Existencia de estudiantes que presentasen conductas de riesgo (evasión de clase, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta, violencia, entre otros) y/o consumo de drogas.
- Estar ubicada en distritos de riesgo relacionados con el consumo de drogas.

- No estar desarrollando algún programa, proyecto o plan de prevención del consumo de drogas.

2. Coordinación con todos los actores involucrados:

Para seleccionar las instituciones educativas, se coordinó con los especialistas de la Unidades de Gestión Educativa Local de los distritos de riesgo identificados. Se pre-seleccionaron en función a los criterios establecidos, se realizaron las visitas respectivas y, finalmente, se eligieron las cuatro instituciones educativas.

3. Establecimiento de compromisos:

Con la finalidad de procurar el cumplimiento del programa de intervención temprana, se suscribieron actas de compromiso entre DEVIDA, el Ministerio de Educación y las cuatro instituciones educativas seleccionadas. DEVIDA y el Ministerio de Educación se comprometieron a:

- Brindar asistencia técnica especializada a las instituciones para la organización e implementación del programa.
- Capacitar a los docentes tutores de 4to. y 5to. año de secundaria en orientación y detección temprana del consumo de drogas enfatizando en drogas sintéticas y la incorporación de contenidos preventivos a través de la hora de tutoría.
- Entrenar a docentes y tutores de 4to. y 5to. año de secundaria para la incorporación de contenidos preventivos a través de las áreas curriculares.
- Educar a líderes estudiantiles, padres y madres de familia de 4to. y 5to. año de secundaria para su participación activa a favor de la prevención del consumo de drogas.
- Desarrollar acciones y transferir la metodología de trabajo de intervención temprana con estudiantes en alto riesgo.
- Facilitar las coordinaciones interinstitucionales, a través de la promoción de redes de soporte social.
- Realizar el monitoreo y seguimiento del proyecto.

- Transferir definitivamente los bienes adquiridos y comprometerse a implementar mecanismos y estrategias para la sostenibilidad y continuidad de las acciones preventivas.

Por otro lado, las instituciones educativas asumieron los siguientes compromisos:

- Incluir en sus instrumentos de gestión educativa contenidos y estrategias de prevención del consumo de drogas en el marco de la tutoría y orientación educativa.
- Brindar permanentemente uno o dos ambientes adecuados para ubicar los bienes y equipos necesarios para desarrollar las acciones contempladas en el programa.
- Difundir el programa y comprometer la participación de la comunidad educativa en el mismo.
- Convocar a la comunidad educativa para las capacitaciones y actividades de prevención que se programen.
- Conceder todas las facilidades a los profesionales designados para el desarrollo del programa, en sus tareas de capacitación, atención a estudiantes, entre otros.
- Otorgar las facilidades y apoyar a los docentes y docentes tutores involucrados en el programa, estableciendo los estímulos correspondientes por su trabajo.
- Permitir el uso de espacios para desarrollar el programa, estableciendo los estímulos correspondientes para su labor.
- Garantizar de forma permanente y bajo responsabilidad el cuidado, seguridad y mantenimiento de los equipos, bienes y materiales transferidos.
- Establecer estrategias y mecanismos pertinentes que garanticen el desarrollo, continuidad y sostenibilidad de las acciones de prevención e intervención temprana, luego de culminado el proyecto.

4. Selección y capacitación del equipo técnico del programa de Intervención Temprana

DEVIDA y el Ministerio de Educación elaboraron conjuntamente los perfiles de los profesionales que se requerían para la implementación del programa.

El equipo técnico estuvo compuesto por ocho psicólogos y una socióloga especialista en monitoreo y evaluación.

En grupos de dos, estos profesionales se encargaron de implementar las acciones contempladas en el programa, en cada una de las cuatro instituciones educativas donde se trabajó. Un profesional asumió las funciones de psicólogo(a), mientras que el otro trabajó en estrategias de animación sociocultural.

Se capacitó a estos profesionales impartiendo contenidos referidos a la tutoría y orientación educativa, instrumentos de gestión educativa y áreas curriculares e incluyó la unificación de criterios en materia de prevención e intervención temprana del consumo de drogas, con énfasis en drogas sintéticas.

5. Inserción del equipo técnico en las instituciones educativas:

En este período se contactó con las autoridades educativas tales como directores y coordinadores de Tutoría y Orientación Educativa, se les presentó el programa y se les explicaron las funciones del equipo técnico.

Luego de asegurar las condiciones adecuadas para la implementación del Programa de Intervención Temprana, se desarrollaron las acciones para lograr cada uno de los resultados propuestos.

Resultado 1: reducir la disposición de los estudiantes hacia el consumo de drogas en general y de las drogas sintéticas en particular.

Un primer paso para lograr este resultado fue contar con docentes tutores y de áreas curriculares entrenados para aplicar estrategias de prevención e intervención temprana del consumo de drogas con sus estudiantes. Se realizaron talleres de capacitación en tutoría y orientación educativa así como en aspectos de prevención del consumo de drogas, enfatizando las drogas sintéticas.

En el entrenamiento con docentes de áreas curriculares se trabajaron los siguientes temas:

- Diversificación curricular y prevención
- Prevención del consumo de drogas y su inserción en las áreas curriculares (por qué prevenir en la escuela)
- Conceptos de droga y clasificación
- Prevención del consumo de drogas legales e ilegales
- Factores de riesgo y protección
- Drogas sintéticas

Los contenidos que se trabajaron con los tutores fueron los siguientes:

- Tutoría y orientación educativa en prevención de drogas
- Conceptos de droga y clasificación
- Prevención del consumo de drogas legales e ilegales
- Factores de riesgo y protección
- Drogas sintéticas
- Detección temprana del consumo de drogas
- Pautas para atender estudiantes que enfrentan problemas de consumo de drogas
- Seguimiento y derivación de casos

Parte de este proceso de entrenamiento se plasmó en la elaboración de sesiones de tutoría y sesiones de aprendizaje, así como de materiales de trabajo que se utilizaron para la labor preventiva con los estudiantes.

Una segunda tarea fue trabajar con estudiantes líderes, a quienes se les capacitó para que propongan y desarrollen acciones de prevención universal con sus pares y en coordinación con sus tutores. Los temas abordados en la formación de los líderes giraron sobre tres ejes:

- Adolescencia
- Drogas
- Liderazgo

Las acciones de prevención que posteriormente realizaron los líderes con sus pares se desarrollaron en la hora de tutoría.

Otra tarea fue trabajar con padres y madres de familia. Con ellos se llevaron a cabo actividades de orientación familiar en prevención. Los temas abordados giraron en torno a la convivencia familiar y comunicación. Asimismo, se plantearon aspectos de prevención del consumo de drogas. En estos espacios de orientación se ha comprometido la participación de algunos padres para conformar brigadas de protección escolar que se organizan con las autoridades locales, para ofrecer seguridad a los estudiantes en los alrededores de las instituciones educativas.

Resultado 2: implementar programas focalizados de prevención del consumo de drogas, con énfasis en drogas sintéticas.

En este programa han participado alrededor de 100 estudiantes de 4to. y 5to. de secundaria que presentaban los siguientes indicadores:

- Bajo rendimiento académico
- Marcado ausentismo escolar
- Transgresión continua de normas
- Pertenencia a pandillas y barras bravas
- Formar parte de familias multi-problemáticas
- Residencia en zonas de alto riesgo de venta y consumo de drogas

Las estrategias de intervención desarrolladas en este programa fueron:

- a) Sensibilización, concientización e información, dirigidas a incrementar la percepción de riesgo de las drogas, en especial de las sintéticas, y que promueven el cambio de actitudes, creencias y mitos de los estudiantes respecto al consumo de drogas.
- b) Educativas o formativas en habilidades sociales necesarias para minimizar los factores de riesgo personales y del entorno inmediato del sujeto y así afrontar adecuadamente el riesgo de involucramiento en el consumo de las drogas. Para esta tarea se emplearon técnicas como: habilidades de afrontamiento, autoeficacia, valores y solución de problemas.

- c) Estrategias de desarrollo de alternativas incompatibles con el uso de sustancias dentro de un proyecto de vida donde él o la estudiante es el principal responsable de su progreso. Para alcanzar este fin, se emplearon técnicas de reflexión grupal e individual, conocimientos sobre planificación y recursos y realización de actividades de recreación y ocio.

Resultado 3: generar y/o mejorar los mecanismos de coordinación para la vigilancia y control de la oferta de drogas en general y drogas sintéticas en particular, en el entorno de las instituciones educativas.

Se conformó una red de soporte que involucra a representantes de las municipalidades y de la Policía Nacional de las localidades donde se desarrolló el programa. Esta red trabaja en coordinación con los padres de familia de cada institución educativa que asumieron el compromiso de conformar las brigadas de auto-protección escolar.

Como se mencionó anteriormente, uno de los aspectos principales fue la evaluación de la eficacia de las estrategias de intervención orientadas a alcanzar los objetivos del Programa de Intervención Temprana, para lo cual se desarrollaron instrumentos que valoraron el comportamiento de algunos indicadores de prevención del uso de drogas entre la población beneficiaria, tales como percepción de riesgo y disposición al consumo de drogas ilícitas. Asimismo, se evaluó el desempeño de los estudiantes que participaron en el programa focalizado, de acuerdo a las áreas formativas desarrolladas.

La evaluación realizada encontró que el proyecto logró aumentar entre los estudiantes la percepción de que el consumo de drogas es peligroso, que puede causar graves problemas a las personas y los puede conducir a una dependencia. Con respecto al éxtasis, los estudiantes afirman que, en grandes proporciones, es una sustancia muy peligrosa. Asimismo, aseveran que el éxtasis no es la única sustancia de diseño que existe y se halló que

conocen bastante acerca de esta sustancia, mas no de todas las otras drogas sintéticas. El análisis también ha encontrado que la mayoría de estudiantes no estarían dispuestos a consumir drogas, si tuvieran la oportunidad de hacerlo. Respecto a los resultados del programa focalizado, la evaluación realizada determinó que el grupo con el que se ha desarrollado este programa ha mejorado en las áreas referidas a percepción de riesgo, comportamiento e información.

Cabe destacar el valor que adquieren este tipo de intervenciones para las políticas públicas de prevención del consumo de drogas, porque permiten tener propuestas de intervención validadas en

su pertinencia, eficiencia y eficacia, que pueden, posteriormente, replicarse en poblaciones con similares características.

En ese sentido, el apoyo de proyectos de cooperación como DROSICAN, aportan un valor agregado y significativo al desarrollo de las políticas preventivas, pues generan espacios importantes de aprendizaje que permiten validar los programas de intervención. Dado que se ha comprobado la eficacia de este Programa de Intervención Temprana en Instituciones Educativas, el presente año, con recursos financieros gestionados por DEVIDA, se implementará en 12 regiones del país.



ALARMA POR CONSUMO DE CRYSTAL METH, UNA DROGA MÁS ADICTIVA QUE LA HEROÍNA

Paula Castillo Lenis*

La nueva sustancia es éxtasis puro, metanfetamina altamente consumida en estratos 5 y 6

Las drogas sintéticas cada vez más se entrometen en el contexto nacional. Sustancias psicoactivas como el éxtasis toman fuerza en el mercado negro y se comercializan frecuentemente en población juvenil, entre los 15 y 25 años. En lo corrido de 2009, una nueva droga conocida como Crystal Meth se vende en grandes cantidades en los estratos 5 y 6, tal vez los únicos que pueden pagar 70 mil pesos para su consumo.

Crystal Meth es una poderosa metanfetamina que ha logrado abrirse paso en el mercado por su similitud con el éxtasis. Esta droga es una sustancia estimulante muy adictiva que tiene efectos irreversibles en el sistema nervioso. Igualmente, causa aceleración en el pulso cardíaco, incrementa la temperatura corporal y genera insomnio que puede durar hasta 2 semanas.

Lo más preocupante es que su consumo tiene un alto grado de adicción, incluso peor que el de la heroína. Al principio son imperceptibles las graves consecuencias para la salud, tanto así, que quien la ingiere habitualmente siente que controla la situación, pero al cabo de un tiempo la crisis esquizofrénica se sale de las manos.

Generalmente se comercializa en bares y discotecas de música electrónica, pues sus efectos que duran hasta ocho horas permiten que quien la consume logre bailar toda la noche sin sentir cansancio.

La curiosidad de la nueva generación hace que se pase por alto las contraindicaciones que el consumo de Crystal Meth conlleva, y pesan más los trastornos como: la distorsión visual, pérdida de percepción del tiempo, la sensibilidad y la identidad. Las secuelas degenerativas son aceleradas y

pueden producir la caída de los dientes y deterioro de la piel.

Se vende en pequeños sobrecitos transparentes. Su aspecto polvoriento y cristalino resulta muy parecido a la cocaína o a la ketamina, otra droga sintética conocida como 'Special K'.

La concejal de Bogotá Patricia Mosquera, fue la primera en alertar de su consumo, y dijo que lo más preocupante es rastrear su tráfico, pues el camino desde el productor hasta el consumidor final no tiene mayores intermediarios y se puede fabricar en laboratorios clandestinos y en cualquier lugar de la ciudad.

La fuerza pública no las enfrenta con todo el peso de la ley porque aún no están posicionadas como la marihuana o la cocaína. El gran monstruo en la producción de estas sustancias es el continente europeo; países como Holanda, Inglaterra y España son los pioneros en exportar los alucinógenos a naciones de Sur América que aún no han establecido tareas de inspección.

Otras drogas sintéticas

El Crystal Meth no es la única droga que toma fuerza, la ketamina, el popper y el LSD son bien conocidas por los jóvenes. Estos alucinógenos en principio no se conocían por el efecto contraproducente y perturbador que genera al estado físico y mental de quienes la ingieren, hoy en día la juventud la utiliza para tergiversar por completo el fin original de esas sustancias.

La ketamina es una droga que utilizan los veterinarios como anestésico y tranquilizante para

*Periodista, Coordinadora de especiales multimedia El Espectador. Artículo publicado en el Diario "El Espectador", el 01 de octubre de 2009. (ver <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/articulo164413-alarma-consumo-de-crystal-meth-una-droga-mas-adictiva-heroína>). Reproducción autorizada por la autora.

animales, su efecto es tan poderoso que se usan cantidades mínimas, cuatro miligramos por un peso de 90 kilos.

Juan Camilo Tobón es un estudiante universitario que cuenta su experiencia con esta droga, afirma que el efecto dura de 1 a 2 horas. "Siento mucho calor, levito, los colores se ven muy brillantes, cuando cierro los ojos alucino, me vuelvo importaculista".

El anestésico es una pasta compacta que necesita calentarse a fuego alto para que se vuelva un polvo, parecido a la cocaína, se puede inhalar o fumar.

El popper inicialmente se usaba para limpiar las partes de adentro de computadores y televisores. En la época de los setenta y principios de los ochenta la comunidad gay lo utilizaba como dilatador anal.

Hoy en día el "boxer" de los ricos, como se ha empezado a denominar por la sociedad, se inhala con frecuencia en las rumbas electrónicas.

Los expendedores no tienen restricción alguna para vender el popper, pues los sex shop suministran esta sustancia al conocer de antemano que uno de los efectos del alucinógeno es el aumento en la actividad sexual.

La presentación del popper es en un frasco de vidrio oscuro pequeño; el líquido tiene un olor tan fuerte que al ser inhalado entra en contacto con el sistema nervioso central y produce extrema relajación.

El potente vasodilatador tiene un efecto muy corto, 10 a 20 segundos dura el trance, esto hace que se consuma con mayor frecuencia causando en el momento dependencia psicológica y a largo plazo daños físicos al afectar el cerebro y aumentar la frecuencia cardíaca.

La época de los setenta estuvo marcada por la marihuana, los noventa por la cocaína y la heroína. Este milenio se ha caracterizado por el consumo de las drogas químicas dejando grandes dividendos para sus expendedores.



III. DOCUMENTOS

Por considerar que es una importante experiencia que, eventualmente, se podría replicar en otros países de la región, se incluye el texto del “Compromiso Ético contra la Infiltración del Narcotráfico en los Partidos y Movimientos Políticos en el Perú” que fuera suscrito por representantes de 20 partidos y movimientos políticos, el lunes 19 de abril de 2010, en el Centro Cultural de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Lima.

Su elaboración pasó por el desarrollo de reuniones de carácter general donde se discutió su posible contenido con representantes de los partidos y movimientos políticos acreditados ante los organismos pertinentes en cada país, para luego sostener reuniones bilaterales con líderes de las agrupaciones para construir acuerdos sobre temas especialmente sensibles.

Su suscripción constituye una muestra clara e inequívoca de la voluntad de los partidos políticos para rechazar el narcotráfico en cualquiera de sus formas, comprometerse a luchar contra las drogas, evitar que el narcotráfico se infiltre en la vida política y contribuir a preservar el principal activo del país: la niñez y la juventud.

Asimismo, incluimos el “Convenio de colaboración voluntaria, frente al desvío de sustancias químicas no catalogadas, susceptibles de ser utilizadas en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas” de España, pues consideramos que en la Comunidad Andina este tipo de instrumento podría ser de importancia para generar alianzas entre los empresarios y las entidades del Gobierno vinculadas al control y fiscalización de este tipo de sustancias. Ello, además de contribuir a la facilitación del comercio internacional como lo propone la Organización Mundial de Aduanas.

COMPROMISO ÉTICO CONTRA LA INFILTRACIÓN DEL NARCOTRÁFICO EN LOS PARTIDOS Y MOVIMIENTOS POLÍTICOS DEL PERÚ

Las elecciones del 2010 y 2011 constituyen para los peruanos una oportunidad para fortalecer los partidos y movimientos políticos y elevar el grado de legitimidad de los representantes elegidos por el voto ciudadano y de las instituciones desde donde sirven al Perú.

Con ese propósito, los partidos y movimientos políticos comprometidos con los valores y principios del Estado de Derecho, asumimos la responsabilidad de promover y desarrollar una competencia electoral transparente, impidiendo la intervención del narcotráfico en nuestras actividades y decisiones.

En tal sentido, suscribimos el presente **COMPROMISO ETICO CONTRA LA INFILTRACION DEL NARCOTRAFICO EN LOS PARTIDOS Y MOVIMIENTOS POLITICOS DEL PERÚ.**

La firma de este compromiso constituye un mensaje claro de la voluntad de los partidos y movimientos políticos de enfrentar resueltamente el narcotráfico y sus intentos de intervenir en la vida política del país. Nuestro propósito es promover y desarrollar entre nuestros afiliados una permanente actividad de información y capacitación respecto de la realidad del tráfico ilícito de drogas en el Perú y afirmar en nuestras colectividades una clara conciencia crítica sobre los riesgos que representa

el narcotráfico para el sistema democrático peruano.

Compromisos

Desde la suscripción de este documento asumimos el compromiso de:

1. Establecer rigurosos procedimientos de selección de nuestros candidatos, promoviendo la veracidad y la transparencia de la información sobre los antecedentes de los aspirantes a cargos de elección popular, procurando evitar que en nuestras organizaciones se despliegue la acción del narcotráfico. Asimismo, estableceremos procedimientos que busquen evitar incluir como candidatos a los aspirantes que hayan sido sentenciados por delitos de tráfico ilícito de drogas y/o en tanto se encuentren investigados.
2. Incorporar al proceso de selección de candidatos el requisito de la presentación de una declaración jurada de antecedentes penales y judiciales, así como de ingresos y bienes, que deberán efectuar los precandidatos ante las dirigencias de sus organizaciones políticas.

La referida declaración jurada incluirá además el compromiso de los precandidatos de informar mensualmente al tesorero de su organización sobre los gastos de campaña en período electoral, incluidas las donaciones, autorizando la verificación de los datos consignados.

En el mismo sentido, nos comprometemos a no considerar como candidato a cargo de elección popular al aspirante que no pueda justificar razonablemente sus bienes e ingresos y los orígenes de los mismos.

3. No aceptar donaciones o alguna otra forma de colaboración y financiamiento consideradas en el artículo 30° de la Ley de Partidos Políticos, de personas naturales o jurídicas que, al momento de realizar la donación, no declaren expresamente que no han sido notificadas formalmente

de encontrarse comprendidas en un proceso de investigación policial, del Ministerio Público o de la Unidad de Inteligencia Financiera (UIF), en relación al Tráfico de Drogas, en los tipos penales señalados entre los artículos 296° al 301° del Código Penal. Este compromiso se extiende a los casos en que las investigaciones se hayan convertido en causa judicial o conlleven sentencias en primera instancia por el delito de Tráfico Ilícito de Drogas.

4. Adecuar las normas estatutarias o reglamentarias de nuestras instituciones, según sea el caso, para cumplir los compromisos asumidos en un plazo no mayor de 150 días de suscrito el presente documento.
5. Respaldar en el Congreso de la República la aprobación de una norma que faculte a las autoridades competentes a declarar la vacancia del cargo de quienes elegidos por votación popular hayan faltado a la verdad en los datos consignados en la declaración jurada señalada en el numeral 2 del presente documento.

Exhortaciones

Solicitamos a la ciudadanía en general y a los medios de comunicación que apoyen y difundan la vigencia del presente Compromiso Ético y se mantengan vigilantes para dar cuenta de cualquier incumplimiento.

Solicitamos a los Poderes del Estado y a los organismos constitucionalmente autónomos dispongan que las entidades a su cargo brinden la información que sea requerida por la instancia de seguimiento que este compromiso establece y por los partidos y movimientos políticos con inscripción vigente en el Jurado Nacional de Elecciones, de manera gratuita.

Invocamos al Gobierno Nacional y al Congreso de la República la implementación de lo dispuesto en la Ley de Partidos Políticos en relación al financiamiento público de los partidos políticos.



Solicitamos a la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), proporcionar a las organizaciones políticas que participen en los procesos electorales información y orientación que nos permita incorporar en nuestros planes de gobierno nacionales, regionales y/o municipales propuestas destinadas a emprender una lucha frontal contra el tráfico ilícito de drogas y delitos conexos, comprometiéndonos a ponerlas en ejecución en caso de ser elegidos. Asimismo, que promueva la suscripción de convenios con entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales, que permitan implementar el presente Compromiso.

Mecanismo de Seguimiento

Para el efectivo cumplimiento del presente Compromiso Ético se constituirá una Comisión de Seguimiento.

La referida Comisión estará integrada por un representante de la sociedad peruana elegido por consenso entre las agrupaciones políticas que suscriban el Compromiso. Asimismo, se invitará a la Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE) y a la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin

Drogas (DEVIDA) para que designen a sus respectivos representantes.

El objetivo de la Comisión será promover y verificar el cumplimiento del Compromiso Ético, así como orientar a los partidos políticos en su implementación.

La Comisión de Seguimiento tendrá una Secretaría Técnica para brindarle el apoyo correspondiente.

Para el logro de los objetivos planteados, la Secretaría Técnica gestionará se capacite al personal designado por los partidos para analizar la información consignada por los candidatos en sus hojas de vida; contribuirá a fortalecer las capacidades de los partidos para el análisis de los aportes y colaboraciones; y trabajará, en colaboración con otras entidades, en la elaboración de un “mapa de riesgo” que permita a los partidos poner especial cuidado en aquellas zonas consideradas como sensibles.

Vigencia

Este compromiso empezará a regir a partir de la firma de los representantes autorizados de los partidos y agrupaciones políticas.



CONVENIO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA, FRENTE AL DESVÍO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS NO CATALOGADAS, SUSCEPTIBLES DE SER UTILIZADAS EN LA FABRICACIÓN ILÍCITA DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

En Madrid, a 5 de julio de mil novecientos noventa y nueve.

REUNIDOS

DE UNA PARTE: El Ilmo. Sr. D. Gonzalo Robles Orozco, Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y D. Francisco Javier Goizueta Sánchez, Director del Departamento de Aduanas e impuestos Especiales de la Agencia Estatal de Administración Tributaria.

Y DE OTRA: D. José María Bach Voltas, Presidente de la Federación Empresarial de la Industria Química Española (FEIQUE), en nombre y representación de las Asociaciones y Empresas que se relacionan en el Anexo I.

MANIFIESTAN

Primero. Que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Departamento de Aduanas e Impuestos especiales de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en sus respectivos ámbitos de competencias, conforme a la Ley 3/1996 y su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 865/1997, son los Órganos Administrativos competentes en materia de control de sustancias químicas susceptibles de ser utilizadas en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Segundo. Estar convencidas de que el uso indebido de drogas y su tráfico ilícito representan una grave amenaza para la salud y el bienestar de todos los ciudadanos y menoscaban las bases económicas, culturales y políticas de la sociedad.

Siendo conscientes de que la producción de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, muy especialmente, las llamadas drogas de síntesis, necesita utilizar diversos productos químicos, se impone su control por parte de los poderes públicos como una forma más de reducción de la oferta.

Tercero. Que, independientemente de las obligaciones que la normativa legal impone a los sujetos obligados, respecto a las sustancias químicas catalogadas en el Anexo I de la Ley 3/1996 de 10 de enero, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas, es razonable pensar en la necesidad de un procedimiento ágil y flexible como instrumento de lucha contra el desvío de sustancias químicas hacia la fabricación ilícita de drogas.

Cuarto. Encontrarse preocupadas porque las medidas de fiscalización resultan insuficientes, al establecer controles sólo sobre las sustancias químicas catalogadas, y poder ser éstas sustituidas por otras sustancias con efectos similares pero carentes de vigilancia.

Teniendo en cuenta que un control administrativo rígido de todas las sustancias que puedan ser utilizadas como precursores de drogas, además de requerir un esfuerzo administrativo complejo de realizar, impediría su libre circulación, lo que causaría detrimentos económicos

importantes a la industria y detraería esfuerzos a las Administraciones.

Valoran como elemento de suma importancia, para la puesta en práctica de un sistema de control por parte de la Administración, el conocimiento del sector químico afectado y, de manera puntual, el comercio lícito de las sustancias de interés.

Quinto. Estar convencidas de que la colaboración de las industrias y demás operadores del sector químico español, aportando su conocimiento y experiencia, con las administraciones competentes, a fin de evitar el posible desvío de los productos químicos para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, constituye una inestimable aportación en favor de la lucha que la sociedad mantiene contra el mal de nuestros días que es la droga y se plantea como un objetivo prioritario de los Órganos Administrativos firmantes en este Convenio.

Ser conscientes de que el desvío de sustancias químicas catalogadas o no catalogadas, no sólo afecta a los intereses generales del Estado sino que además, daña la imagen de cuantos intervienen en el comercio lícito de productos químicos y atendiendo a las recomendaciones efectuadas por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, como organismo dependiente de las Naciones Unidas, así como a la preocupación existente en la Unión Europea sobre dicha materia, promueven la celebración del presente Convenio de colaboración.

Sexto. Ser respetuosas con los principios establecidos en el Artº 12 de la **Convención aprobada por las Naciones Unidas en Viena en el año**

1988, en cuyo Anexo I se incluyen los Cuadros I y II de Sustancias Químicas Catalogadas, que han servido de base para el desarrollo de numerosas legislaciones penales y administrativas de control de estas sustancias, incluyendo la Normativa Comunitaria integrada básicamente por el Reglamento (CEE) 3677/90 del Consejo, de 13 de diciembre, relativo a las medidas que deben adoptarse para impedir el desvío de determinadas sustancias para la fabricación ilícita de estupefacientes y de sustancias psicotrópicas, la Directiva 92/109/CEE del Consejo, de 14 de diciembre, relativa a la fabricación y puesta en el mercado de determinadas sustancias utilizadas para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y las modificaciones sufridas por las citadas normas, y que en nuestro ámbito interno culminaría con la tipificación en el **artículo 371 del Código Penal** de un delito contra la salud por la manipulación irregular de estas sustancias así como de un delito de contrabando con arreglo al **artículo 2º, apartado 3.a de la Ley Orgánica 12/1995 de 12 de diciembre**, y en el ámbito administrativo, por la **Ley 3/1996 de 10 de enero sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas, desarrollada por el Reglamento aprobado por el Real Decreto 865/ 1997 de 6 de Junio**.

Séptimo. Que a la vista de la problemática expuesta, y profundamente preocupadas por la misma, las entidades representativas del sector químico español, se comprometen a cooperar voluntaria y estrechamente con el fin de conseguir erradicar la fabricación ilícita de drogas en la medida de lo posible.

Octavo. Que los Órganos Administrativos firmantes en este Convenio consideran conveniente establecer un marco de colaboración voluntaria, con el objetivo global de contribuir a la prevención y represión del tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, dada la actitud altamente positiva para la cooperación en el logro de estos objetivos manifestada por la FEDERACION EMPRESARIAL DE LA INDUSTRIA QUÍMICA ESPAÑOLA (FEIQUE), sus Empresas y Asociaciones, las partes establecen el presente Convenio y:

ACUERDAN

Primero. FEIQUE se compromete, respecto a sus asociados, a difundir el contenido del presente Convenio entre ellos.

Los compromisos adoptados en el presente Convenio lo serán sin perjuicio de las obligaciones a las que estén sujetas las partes en caso de que en ellos concurra, asimismo, la condición de "sujeto obligado" a tenor de lo dispuesto en la Ley 3/1996 de 3 de enero sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas y el Real Decreto 865/1997, de 6 de junio, de desarrollo de la citada Ley.

Segundo. Las partes firmantes acuerdan que la participación individual de las Empresas en este Convenio se haga mediante la firma del documento de adhesión (Anexo II). Igualmente las partes aceptan la adhesión de otras asociaciones o empresas del sector químico o afines, que no sean miembros de FEIQUE, mediante la firma del mismo documento de adhesión.

Los Órganos Administrativos competentes se comprometen a notificar las nuevas incorporaciones al resto de las partes.

Tercero. Las empresas adheridas se comprometen a designar una persona responsable encargada de mantener contactos con los Enlaces, que en el ámbito de sus respectivas competencias, sean designados por los Órganos Administrativos firmantes del presente Convenio, para todos los fines que la mutua colaboración requiera.

Las partes firmantes, en estrecha colaboración, elaborarán las guías de procedimiento necesarias para la puesta en práctica del presente Convenio.

Cuarto. Las partes reconocen que la permanente vigilancia del comercio lícito y su implicación en la misma son piezas fundamentales para la detección de los posibles desvíos de las sustancias químicas a la fabricación ilícita de drogas y, en este sentido, las Empresas firmantes, respecto de las sustancias establecidas en el Cuadro I de este Convenio, siempre que no tengan objeción, facilitarán la información de que dispongan, que les sea solicitada por los Órganos Administrativos competentes y que haga referencia a los clientes relacionados con las mismas, así como a las propias sustancias, los usos a que estas pudieran estar destinados y a las actividades que realicen.

Quinto. Las Empresas adheridas, en relación con las sustancias del Cuadro I de este Convenio, comunicarán, en la medida de lo posible, a los enlaces designados por los Organismos Administrativos firmantes del presente Convenio, en sus

respectivos ámbitos de competencias, información sobre las operaciones que realicen y de las cuales haya indicios de sospecha de ser desviadas, para lo cual se tendrá en cuenta, entre otras, la concurrencia de una o más de las circunstancias establecidas en el Cuadro II de este Convenio, o que sean estas inusuales conforme a las prácticas comerciales o a los criterios de su experiencia profesional.

Las notificaciones se efectuarán lo antes posible, preferentemente con antelación al despacho de la sustancia y expresando aquellos datos que permitan conocer la identidad de las personas físicas o jurídicas que participan en la operación, sustancia química objeto de la misma y circunstancias que originan la sospecha del desvío.

Los enlaces designados por los Órganos Administrativos competentes, con las limitaciones que se deriven de la naturaleza de las investigaciones, pondrán en conocimiento de las Empresas el resultado de las gestiones llevadas a cabo como consecuencia de las notificaciones que éstas hubieran practicado.

Las Empresas no revelarán a los clientes ni a terceros las actuaciones que hayan realizado en relación con lo dispuesto en este apartado.

Sexto. FEIQUE y las Empresas adheridas, prestarán su colaboración a los Órganos Administrativos competentes para que estos consigan un conocimiento del mercado lícito de sustancias no catalogadas, adecuado para el cumplimiento de los fines que este Convenio persigue.

Séptimo. Las partes firmantes del presente Convenio se comprometen a otorgar un carácter confidencial y reservado, respecto al contenido e informaciones que se desprendan de la ejecución de los apartados segundo, tercero, cuarto, quinto, y Cuadros I y II.

Octavo. Los Órganos Administrativos competentes fomentarán la colaboración con FEIQUE y Empresas adheridas a este Convenio, mediante la celebración de jornadas, grupos de trabajo o reuniones en las que se recojan los problemas y dificultades surgidas en la aplicación tanto de la normativa vigente en relación con el control de sustancias químicas catalogadas como de las medidas para la fiscalización de las no catalogadas.

Noveno. Los Órganos Administrativos competentes se comprometen a difundir y mantener puntualmente informadas a FEIQUE y Empresas adheridas, de cuantos proyectos normativos y otros temas de interés e informaciones que, en el ámbito del presente Convenio, les puedan afectar, siempre y cuando no tengan naturaleza reservada, incluyendo las modificaciones legislativas internacionales, comunitarias y/o nacionales. Así mismo, en los procesos de elaboración normativa, será solicitado el punto de vista de FEIQUE, a través del trámite de audiencia.

Décimo. Una Comisión Mixta, integrada por representantes de los Órganos Administrativos competentes y de FEIQUE y Empresas adheridas, llevará a cabo el seguimiento de los acuerdos del presente Convenio, siendo competente, además, para la resolución de las posi-

bles dudas y discrepancias que surjan sobre sus términos, así como para la adopción de los acuerdos que supongan la modificación de los Cuadros I y II, los cuales serán notificados a todas las partes del Convenio, siempre y cuando las citadas modificaciones no sean consecuencia de obligaciones derivadas de normativa internacional, comunitaria y/o nacional, que, en todo caso, serán de obligado cumplimiento.

La Comisión Mixta será la encargada de aprobar las guías de procedimientos para la puesta en práctica del presente Convenio.

La Secretaría de la citada Comisión Mixta estará situada en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Décimo-primer. El presente Convenio tendrá una vigencia ilimitada, salvo que se acuerde su resolución de mutuo acuerdo por todas las partes o por una de ellas,

El Presidente de la Federación de Empresas de la Industria Química Española (feique).

Fdo.: José M^o Bach Voltás

notificándolo en este caso a la otra parte por escrito. En este último supuesto, el Convenio quedará subsistente con respecto a las demás partes y producirá sus efectos entre las mismas.

Décimo-segundo. El presente Convenio no genera obligaciones económicas para ninguna de las partes firmantes del mismo.

Décimo-tercero. El presente Convenio se encuentra excluido del ámbito de aplicación de la Ley 13/1995 de Contratos de las Administraciones Públicas en virtud de su artículo 3.1.d), siendo la Jurisdicción Contencioso-Administrativa la competente para resolver las cuestiones que pudieran derivarse de su interpretación y aplicación.

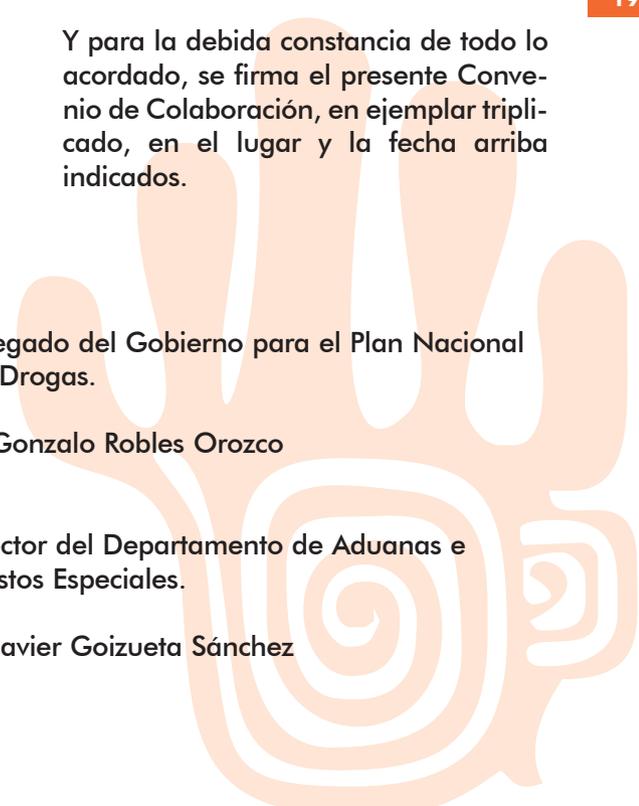
Y para la debida constancia de todo lo acordado, se firma el presente Convenio de Colaboración, en ejemplar triplicado, en el lugar y la fecha arriba indicados.

El Delegado del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Fdo.: Gonzalo Robles Orozco

El Director del Departamento de Aduanas e Impuestos Especiales.

Fdo.: Javier Goizueta Sánchez



DECISIÓN 505 “PLAN ANDINO DE COOPERACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS DROGAS ILÍCITAS Y DELITOS CONEXOS”

EL CONSEJO ANDINO DE MINISTROS DE RELACIONES EXTERIORES,

VISTOS: El artículo 16 del Acuerdo de Cartagena y la Decisión 458 “Lineamientos de la Política Exterior Común”;

TENIENDO EN CUENTA: El acuerdo adoptado por los Presidentes de los Países Miembros en la reunión sostenida el 17 de abril de 2001 en Cartagena de Indias;

CONSIDERANDO: Que la producción, tráfico y consumo de drogas ilícitas, lavado de activos, desvío y contrabando de precursores químicos y tráfico de armas, afectan severamente el desarrollo y seguridad de los países andinos;

Que los esfuerzos que realizan actualmente los países andinos a través de sus respectivos programas nacionales para la lucha contra las drogas ilícitas y delitos conexos pueden ser significativamente impulsados y complementados mediante un Plan Andino de Cooperación para fortalecer las acciones nacionales, bilaterales y comunitarias en esta materia;

Que la lucha contra el problema mundial de las drogas ilícitas debe ser abordado por la comunidad internacional en forma integrada que comprenda todos los aspectos involucrados tanto en la producción, tráfico, consumo y delitos conexos, y con base en el principio de responsabilidad compartida;

Que la estrategia andina de lucha contra las drogas ilícitas y delitos conexos, así como las acciones internacionales en esta materia, deben desarrollarse con pleno respeto a sus respectivas legislaciones y soberanía;

DECIDE:

Artículo único. - Aprobar el Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y

Delitos Conexos, contenida en el documento anexo a la presente Decisión.

Dada en la ciudad de Valencia, Venezuela, a los veintidós días del mes de junio del año dos mil uno.

PLAN ANDINO DE COOPERACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS DROGAS ILÍCITAS Y DELITOS CONEXOS

Principios y Objetivos

El Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos:

1. Se fundamenta en la convicción de que la producción, tráfico y consumo ilícito de drogas es un problema de alcance mundial que afecta gravemente el desarrollo y la seguridad de los países andinos y de la comunidad internacional. Reconoce que constituye una de las formas más nocivas y peligrosas del crimen transnacional organizado, que utiliza la lógica globalizadora de los mercados, pervierte la dinámica social, distorsiona la economía, socava el estado de derecho y subvierte el orden público.
2. Es integral y comprende todos los aspectos relacionados con el problema mundial de las drogas ilícitas y delitos conexos, es decir, la prevención, interdicción, reducción de cultivos ilícitos y desarrollo alternativo, así como el control del desvío de precursores químicos, del lavado de activos y del tráfico de armas, municiones y explosivos.
3. Se basa en la responsabilidad compartida que corresponde a todos y cada uno de los actores comprometidos en el origen del problema y, por tanto, en la búsqueda de soluciones, tanto el plano subregional andino como sudamericano, hemisférico y mundial.
4. Es respetuosa de las respectivas legislaciones nacionales, de la soberanía e integridad territo-

riales, así como de la estricta observancia del Derecho Internacional y se instrumenta a través de la cooperación y de la solidaridad. La cooperación es inherente a la naturaleza compartida del problema y, por consiguiente, debe ser mutua, voluntaria y sin limitaciones o requisitos que busquen condicionar la libre concurrencia de voluntades de las partes. La solidaridad es expresión del reconocimiento de que los esfuerzos nacionales y subregionales en la lucha contra las drogas ilícitas deben ser acompañados por la cooperación internacional a fin de fortalecer simultáneamente la democracia y la vigencia de los derechos humanos y promover el desarrollo económico y social sostenible de los países andinos.

5. Busca fortalecer y potenciar los programas nacionales de cada uno de los países andinos a través de la coordinación, cooperación e intercambio de experiencias entre los Países Miembros y mediante la acción conjunta ante terceros países y en foros internacionales.

6. Constituye un tema central de la cooperación política andina, que articula, en lo pertinente, la política exterior común, la política comunitaria de integración y desarrollo fronterizo, la política de desarrollo sostenible, la agenda social andina y las acciones en materia de seguridad y fomento de la confianza en la subregión.

7. Se propone consolidar a la Comunidad Andina como eje de una estrategia sudamericana y hemisférica de lucha contra las drogas ilícitas y delitos conexos.

Mecanismos

1. El Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores es el órgano responsable de la definición, coordinación y seguimiento del Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos.

2. Se establecerá un Comité Ejecutivo integrado por funcionarios de alto nivel de los Ministerios de Relaciones Exteriores y los responsables nacionales

de la lucha contra las drogas ilícitas y delitos conexos, incluyendo representantes de los organismos responsables de la seguridad.

3. El Comité Ejecutivo podrá establecer subcomités y grupos de trabajo especializados en los diversos aspectos comprendidos en el Plan Andino de Cooperación. Los subcomités y grupos de trabajo podrán estar integrados por dos o más Países Miembros y estarán abiertos a la participación de los demás.

4. La Secretaría General de la Comunidad Andina ejercerá las funciones de Secretaría Técnica del Comité Ejecutivo.

Programa de Acción

1. El Programa de Acción será aprobado mediante Decisión del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores y tendrá carácter bienal.

2. El Comité Ejecutivo establecerá los Planes Operativos para la ejecución del Programa de Acción y propondrá cada dos años, al Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, la actualización de dicho programa.

3. Será responsabilidad del Comité Ejecutivo la coordinación, seguimiento y evaluación del Programa de Acción, con el apoyo de la Secretaría General.

PROGRAMA DE ACCION

I. FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES

A. Control de la producción y el contrabando y desvío de precursores químicos

1. Implementar el mecanismo de notificaciones previas a la exportación de sustancias químicas controladas y las respectivas respuestas oportunas a las que recibiere el país, en aplicación del artículo 12 de la Convención de Viena de 1988.

2. Reforzar los controles a las empresas que producen, utilizan y/o comercializan las sustancias químicas controladas, con el fin de evitar su desvío hacia la producción de drogas ilícitas.

3. Fortalecer los mecanismos para la detección de las sustancias químicas controladas y capacitar a los funcionarios pertinentes en la identificación de las mismas.

4. Reforzar los dispositivos que permitan controlar la producción ilícita y el contrabando de sustancias químicas controladas.

5. Establecer y/o fortalecer los mecanismos de control al transporte y desvío de sustancias químicas en el territorio nacional, mediante, entre otros:

- a) Documentación aduanera para el comercio de insumos químicos controlados que contenga el nombre genérico y el código arancelario correspondiente.
- b) Establecer un sistema de etiquetado y precintado de seguridad que dificulte el desvío por medio de la sustitución del producto envasado.

6. Crear y/o actualizar el registro nacional de empresas importadoras y exportadoras de sustancias químicas controladas. Esta información será puesta a disposición de quien lo solicite.

7. Identificar las necesidades de la industria lícita del permanganato de potasio y del anhídrido acético y de las sustancias comprendidas en el marco de las operaciones de control acordadas en la Comunidad Andina.

8. Desarrollar la coordinación intersectorial destinada a identificar nuevas sustancias utilizadas en la producción de drogas, para su eventual incorporación en la lista de sustancias controladas, previo análisis de su nivel de uso.

B. Erradicación técnica de cultivos para fines ilícitos

1. Fortalecer, en los países que así lo requieran, las capacidades nacionales para la implementación de los programas para la erradicación técnica de los cultivos para fines ilícitos en forma manual o aérea, tomando en cuenta las normas ambientales establecidas por las autoridades competentes.

2. Identificar zonas de cultivos para fines ilícitos, su extensión, evolución, caracterización, zonas de incidencia y otro tipo de información relevante.

3. Promover la coordinación entre las autoridades encargadas del desarrollo de los programas de erradicación y los programas de desarrollo alternativo.

4. Fomentar acuerdos entre las comunidades locales y autoridades públicas, como medio para reducir los cultivos para fines ilícitos y la introducción de productos alternativos.

C. Desarrollo Alternativo

1. Generar condiciones económicas, sociales y culturales que hagan viable la sustitución de la economía basada en la producción de cultivos para fines ilícitos y la incorporación del campesino en la economía lícita.

2. Identificar y caracterizar a las poblaciones de las zonas de cultivos para fines ilícitos y de sus zonas de influencia.

3. Diseñar e implementar instrumentos financieros, económicos y tecnológicos de apoyo a los programas nacionales de desarrollo alternativo, incluyendo el fomento de la inversión privada, la apertura de mercados y la incorporación de mayor valor agregado a la producción alternativa.

4. Fomentar el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias y apoyarlas a través de procesos de sensibilización, capacitación y comunicación.

5. Fortalecer la capacidad nacional para ofrecer servicios sociales básicos y desarrollar la infraestructura económica en las zonas de cultivos para fines ilícitos y en las zonas de influencia.

6. Diseñar y ejecutar estrategias de comunicación social para desestimular la vinculación de familias campesinas e indígenas a los cultivos para fines ilícitos y promover los cultivos alternativos.

D. Desmantelamiento de la infraestructura y organizaciones de producción y transporte

1. Reforzar los mecanismos de coordinación entre las fuerzas policiales, militares y organismos de seguridad del Estado, el Ministerio Público y/o la Fiscalía, y el Poder Judicial.

2. Potenciar la capacidad de acción de las unidades de inteligencia especializadas en la lucha contra el narcotráfico y asegurar el intercambio oportuno de información entre las diferentes autoridades nacionales competentes.

3. Incrementar los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos de las unidades especializadas encargadas de combatir las redes de narcotraficantes.

4. Fortalecer mecanismos para detectar laboratorios de producción de drogas ilícitas y pistas de aterrizaje clandestinas.

5. Fortalecer el sistema de control para combatir el tráfico de drogas ilícitas a través de vías marítimas, fluviales, aéreas y terrestres.

6. Crear y/o fortalecer los mecanismos de control para impedir el tráfico ilícito de armas, municiones, explosivos y otros materiales relacionados.

E. Lavado de activos

1. Crear y/o fortalecer las unidades nacionales de inteligencia y análisis financiero.

2. Identificar las tipologías o modalidades sobre el lavado de activos y establecer los mecanismos de control correspondientes.

3. Capacitar personal especializado en las entidades responsables de la detección y control de las operaciones de lavado de activos.

4. Investigar los sectores susceptibles de ser empleados para actividades relacionadas con el lavado de activos, y vincularlos a las unidades de inteligencia y análisis financiero.

5. Diseñar e implementar mecanismos de control administrativo de transacciones internacionales de cambio.

6. Tipificar como delito autónomo el lavado de activos, de manera tal que incluya otras conductas delictivas (robo de vehículos, extorsión, secuestro, trata de blancas, tráfico de órganos y tráfico de armas).

7. Fortalecer la aplicación de las normas sobre confiscación de bienes procedentes del narcotráfico o delitos conexos.

8. Crear regulaciones en materia de prevención del lavado de activos en zonas francas y puertos libres.

F. Reducción de la demanda

1. Detener la tendencia creciente de consumo de drogas ilícitas, especialmente en niños y jóvenes, escolarizados y no escolarizados, mediante programas dirigidos a la familia, comunidad y escuela.

2. Desarrollar una estrategia de comunicación masiva que informe, sensibilice y eduque a la juventud sobre las consecuencias del consumo de las drogas, con especial énfasis en las drogas sintéticas o de diseño de reciente aparición.

3. Fortalecer la incorporación de contenidos de prevención en la estructura curricular de los

diversos niveles de educación y capacitar a los padres de familia y agentes educativos sobre las nuevas tendencias de consumo de drogas ilícitas.

4. Promover programas de rehabilitación y reinserción social de drogo dependientes.

5. Implementar mecanismos que permitan realizar un seguimiento y evaluación de los programas de reducción de la demanda.

6. Diseñar y poner en marcha programas para la capacitación y formación de recursos humanos en prevención y rehabilitación.

7. Impulsar y apoyar la participación de organizaciones de la sociedad civil en las actividades de prevención y rehabilitación.

II. FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS BINACIONALES

1. Evaluar los acuerdos bilaterales existentes en materia de lucha contra las drogas ilícitas, actualizarlos, perfeccionarlos y promover su aplicación.

2. Promover y fortalecer mecanismos bilaterales, tales como las comisiones mixtas, talleres fronterizos y comisiones de vecindad, con el fin de formular planes de acción fronterizos para:

- a) Combatir el tráfico de drogas ilícitas y sustancias químicas controladas.
- b) Capacitar a las autoridades fronterizas en los temas relativos a la lucha contra el narcotráfico.
- c) Realizar operativos combinados de interdicción.
- d) Fortalecer el intercambio de información y coordinación logística de las autoridades de frontera.
- e) Combatir el tráfico ilícito de armas de fuego, municiones y otros materiales relacionados.

3. Incorporar proyectos de desarrollo alternativo en las Zonas de Integración Fronteriza (ZIF) e incluirlos en el Banco de Proyectos a ser ejecutados en el marco de la Política Andina de Integración y Desarrollo Fronterizo.

4. Instrumentar, a través de los Centros Nacionales y Binacionales de Atención en Frontera (CENAF y CEBAF), mecanismos efectivos de control del tráfico ilícito de drogas, sustancias químicas controladas, armas, municiones y otros materiales relacionados.

5. Examinar y evaluar, de manera periódica, la ejecución y eficacia de las acciones de cooperación binacional que se desarrollen en el marco del presente Plan Andino de Cooperación.

III. ESTRATEGIA COMUNITARIA

1. Establecer un mecanismo andino de intercambio de información a través de la Página Web de la Comunidad Andina sobre modalidades de tráfico y desvío de sustancias químicas controladas, uso de nuevas sustancias, operaciones exitosas de control, registros nacionales actualizados sobre empresas importadoras y exportadoras de sustancias químicas controladas y cambios en la incidencia de uso de puntos fronterizos para el tráfico ilícito de dichas sustancias, y fomentar el uso de otros portales nacionales, regionales e internacionales, tales como Unidos contra Drogas (UCD) y los observatorios venezolano, interamericano y europeo sobre drogas.

2. Fortalecer el intercambio de inteligencia entre las autoridades competentes de los países andinos, entre otros, potenciando el uso de mecanismos de comunicación existentes, tales como las Oficinas Regionales de Enlace de la Organización Mundial de Aduanas (RILO) y la Red Interamericana de Telecomunicaciones para el Control de Drogas (RETCOD), a fin de apoyar las acciones regionales de lucha contra las drogas ilícitas, delitos conexos y tráfico de armas.

3. Estrechar la coordinación entre las autoridades nacionales responsables de la lucha contra las drogas ilícitas de cada País Miembro, entre otras, mediante la designación de funcionarios nacionales de enlace en las respectivas entidades, así como la asignación de nuevas funciones, a las agregadurías policiales y/o militares, según corresponda, en apoyo del presente Plan Andino de Cooperación.
4. Promover la capacitación en común de los funcionarios nacionales responsables de la lucha contra las drogas ilícitas a través, entre otras, de la Escuela Regional de la Comunidad Andina de Inteligencia Antidrogas (ERCAIAD), asegurando su adecuado financiamiento y adaptando su currícula a las prioridades de la Estrategia Andina, y apoyando la creación y activación de la Escuela Andina de Entrenamiento Canino Antidrogas.
5. Propiciar acuerdos de asistencia judicial en materia penal e impulsar la ejecución de los existentes, incluyendo los procedimientos de extradición de enjuiciados por tráfico ilícito de drogas y delitos conexos de acuerdo a los convenios vigentes.
6. Designar en cada País Miembro fiscales o jueces de instrucción de enlace, con facultades para dar cumplimiento a las solicitudes de asistencia judicial recíproca en materia de tráfico ilícito de drogas o transmitirlos a las autoridades competentes para su ejecución.
7. Promover la armonización de las legislaciones nacionales en materia de derecho penal y procesal penal a través de reuniones periódicas de los Ministros de Justicia de la Comunidad Andina, tomando en cuenta los trabajos que se vienen realizando en el seno del mecanismo de coordinación y cooperación en materia de drogas entre la Unión Europea y América Latina.
8. Fomentar el intercambio de experiencias y emprender acciones conjuntas en apoyo a los programas de desarrollo alternativo, incorporando, a tal fin, al Comité Andino para el Desarrollo Alternativo (CADA) como instancia especializada del presente Plan Andino de Cooperación en esa materia y apoyar sus trabajos.
9. Fortalecer la cooperación para la prevención y control del lavado de activos a nivel andino, a través del intercambio de experiencias y la articulación de las Unidades de Análisis e Inteligencia Financiera de los países de la subregión y otras entidades competentes.
10. Poner en marcha los lineamientos establecidos por el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC) y encomendar el análisis al Convenio Hipólito Unanue (CONHU) de manera que la Comunidad Andina pueda contar con información que le permita formular estrategias de prevención acordes con su realidad.
11. Desarrollar una estrategia conjunta para la prevención del consumo y la producción y el combate al tráfico de drogas sintéticas y de diseño.
12. Identificar los requerimientos y capacidades de cooperación técnica internacional y establecer un mecanismo de cooperación horizontal entre los Países Miembros.
13. Diseñar y ejecutar estrategias conjuntas para la captación de cooperación técnica y financiera internacional en apoyo de las acciones contempladas en la Estrategia Andina para la lucha contra las drogas ilícitas y delitos conexos, así como esquemas de canje de deuda en apoyo de programas de desarrollo alternativo.
14. Gestionar la renovación y ampliación de los programas de preferencias comerciales en apoyo a la lucha contra las drogas ilícitas que benefician a los Países Miembros, y lograr condiciones preferenciales de acceso a otros mercados, así como la eliminación de las restricciones que afectan su aprovechamiento.



15. Promover la captación de cooperación internacional para programas de prevención y mitigación del impacto ambiental por el problema de las drogas ilícitas, incluyendo la recuperación de ecosistemas y conservación de la biodiversidad.

16. Propiciar la cooperación internacional, particularmente a través de la organización de mesas de donantes, para impulsar el desarrollo alternativo, así como la generación de empleo productivo y alivio de la pobreza en las zonas afectadas por los cultivos con fines ilícitos, en las zonas expulsoras de mano de obra y aquellas altamente potenciales de ser utilizadas para dichos cultivos.

17. Coordinar posiciones conjuntas en materia de lucha contra las drogas ante terceros países así como en foros y organismos internacionales, en el marco de la Política Exterior Común andina.

18. Actualizar el Convenio “Rodrigo Lara Bonilla” sobre cooperación para la prevención del uso indebido y la represión del tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, para adecuarlo a las necesidades que se desprenden del presente Plan Andino de Cooperación.

19. Examinar y evaluar, de manera comunitaria, la ejecución y eficacia de las acciones que se desarrollen en el marco del presente Plan Andino de Cooperación.





Con el apoyo de:



www.comunidadandina.org

