



UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

Español

International Cooperation Project

En colaboración con:



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

Prevention Strategy and Policy Makers

“A solidarity consortium”

Roma 9–10 de octubre de 2012

Sala “A. De Gasperi” – Scuola Superiore di Polizia
Via Pier della Francesca, 3 – Roma



En colaboración y con el apoyo de:



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



unieri
United Nations
Interregional Crime and Justice
Research Institute

Delegaciones participantes

Roma 9-10 de octubre de 2012



Mohamed Zouggar, Graca Ana Da Conceicao, Claudia Rafiling, Paulina Duarte, Angelo Fernandes Gioia, Gen. Neak Yuthea, Aaron Coe, Carlos Vallejo, Rodrigo Velez Valarezo, Rafael Parreno Navas, Amr A. Osman, Ali Hassan Amer, Andres A. Ramirez Medrano, Daniel J. Menninger, Laura D'Arrigo, Minerva Melpomeni Malliori, Luky Veronica Lopez Angulo, Yair Geller, Akihiro Nakamura, Firas S. A. Al Khateeb, William Okedi, Alymbai Sultanov, Janis Bekmanis, Mounir Abdel Kalek, Adel Machmouchi, Auob Alashegam, Marilyn Clark, Brekke Torbjorn K., Safa Arafat, Ramon Bartoli, Rommel Garcia, Viveca Catalig, Jose Aurelio, Manuel Cardoso, Ana Sofia Santos, Mikhail Kiyko, Vladimir Vysotskiy, Platon Ratskevich, Alexander Zezulyn, Mauro Fiorini, Maria Sofia Aragon, Francisco de Asis Babin Vich, Ruth Jacoby, Emil Wannheden, Isabelle Widmer, Alisher K. Tashripov, Mammedurdy Sopyyev, Volodymyr Tymoshenko, Abdul Rahman Alowais, "Maj. Gen. Abdul Jaleel Mahdi", Mohammad Al Asmawi", Paul Chandwani, Bora Dushku, Richard Baum, Iladar R. Shigabudinov, Duc Nguyen Cuu, Viet Trung Tran, Kien Nguyen, Patrick Penninckx, Danilo Ballotta, Andrés Finguerut, Alessandra Liquori O'Neil, Daniela Salvati, Arthur T. Dean, Susan R. Thau, Giovanni Tamburino, Kjell Erik Oie, Viktor Ivanov, Jeffrey Lee, Zili Sloboda, Giovanna Campello, Yea - Rin Cha, Giovanni Tamburino, West Huddleston, Robert G. Rancourt, Douglas B. Marlowe, Lindsay Wood, Kevin Sabet, Raymond Yans, Jonathan Lucas, Yury Fedotov, Gilberto Gerra, Roberto Arbitrio

Bureau



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



Yury Fedotov

*Director Ejecutivo de la Oficina
ONU contra la Droga y la Delincuencia*



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga



Giovanni Serpelloni

*Jefe de Departamento de Políticas
Antidrogas/Presidencia del Consejo de Ministros*



unicri

United Nations
Interregional Crime and Justice
Research Institute



Jonathan Lucas

*Director de la Oficina Interregional
para la Investigación sobre la
Delincuencia y la Justicia*

Presentación



Andrea Riccardi

Ministro de Cooperación Internacional e Integración

La cooperación internacional, las colaboraciones y los hermanamientos todavía demuestran ser vencedores y fuente de buenas prácticas compartidas para un fin común. Mediante el patrimonio de experiencias y conocimientos disponibles en este congreso podrá crearse un verdadero “Consortio de solidaridad”, una serie de trayectos que pondrán en contacto a los forjadores de políticas de los distintos Países y les permitirán implementar sistemas de prevención nacional. Un País acompañará de esta manera a otro País, bajo una óptica solidaria, en la conciencia que el desafío que se coloca adelante es común. Porque la aproximación vencedora es la que se extrae de una visión de las cosas replegada en sí misma y limitada, es la que privilegia las sinergias operativas. Desde siempre los Países que cooperan, los Países que se unen en red, son aquellos capaces de sostener los problemas y las pruebas más difíciles. Unidos se gana, solos se pierde.



Introducción

Quiero recordar que el uso de cualquier droga lleva en sí una amplia serie de riesgos y daños que van desde el riesgo de muerte hasta el riesgo de invalidez temporarias o permanentes con un profundo trastorno de las capacidades y de la fisiológica madurez cerebral y cognoscitiva, en ciertas personas vulnerables más que en otras. Daños que involucran, en especial, la parte más importante de la sociedad: los jóvenes, los niños, nuestra fuerza y la capacidad más importante y valiosa para el futuro.

No podemos aceptar una sociedad en la que el uso de drogas sea considerado un estilo de vida. La prevención y las políticas contra el uso de drogas deben considerarse una prioridad tanto en el ámbito sanitario como social y económico. Debemos proteger de la oferta de droga a nuestros niños y jóvenes; y esta necesidad de tener a disposición varias opciones de prevención, de sentimiento común y de intercambio mutuo debe considerarse un derecho humano sobre el cual concentrar las políticas y las estrategias para el futuro. Para que esto se lleve a cabo, estamos creando un Consortio Internacional de Solidaridad que pretende ser ante todo un consorcio de propósitos. Sabemos que existen tantas diferencias políticas, culturales, de estrategia, de visión entre los distintos países que han participado en el encuentro, pero creo que sobre los propósitos generales podemos estar todos de acuerdo. Por lo tanto, el objetivo es encontrar el denominador común mínimo, valorizar lo que nos une y no lo que nos divide, y la prevención puede ser nuestro valor común.

Giovanni Serpelloni

Jefe de Departamento de Políticas Antidroga
Presidencia del Consejo de Ministros

El Proyecto



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

La prevención representa una inversión; no un gasto

A menudo, los forjadores de políticas tienen que afrontar problemas que involucran el bienestar de la sociedad, tratando temas que comprometen el campo de la salud pública. Sin embargo, la cuestión de la demanda de droga introduce desafíos constantemente nuevos y cada vez más complejos a los fines de una respuesta completa, en términos de salud pública, orientados a la prevención del uso de sustancias. Al afrontar estos desafíos, los forjadores de políticas deberían tener el apoyo de redes internacionales para el intercambio de ideas y buenas prácticas que guían el desarrollo de una legislación sensible, informada y aplicable.

Los forjadores de políticas en el plano gubernamental, que tratan temáticas relativas a la droga, a menudo provienen de un ambiente que no es técnico-científico. En consecuencia, su acercamiento cultural al problema puede sufrir la falta de información específica en cuestión, así como, en algunos casos, una interpretación parcial de la naturaleza y de la respuesta al problema. Este bagaje puede llevar, a veces, a los forjadores de políticas a subestimar las respuestas en términos de prevención, por ser actividades, quizás, demasiado poco valoradas y conocidas.

Problemas que afrontará el proyecto

Este proyecto quiere mejorar la comprensión, por parte de los forjadores de políticas, de la real naturaleza y etiología del uso de drogas y de la dependencia, así como enriquecer y reforzar su conocimiento con respecto a intervenciones eficaces y basadas sobre la evidencia para la prevención del uso de drogas. El proyecto en cuestión prevé que los forjadores de políticas se preparen sobre instrumentos específicos y que entren en contacto con los resultados tangibles alcanzados a través de programas basados sobre la evidencia y sobre el ahorro, gracias a una correcta aplicación de ellos.

Los forjadores de políticas objeto de dicha intervención se desempeñarán, para sus colegas, como promotores para un mayor conocimiento del argumento.

Además, este proyecto ayudará a los Estados Miembros en la planificación, el diseño, el desarrollo y la realización de sistemas nacionales de prevención basados en la evidencia científica de los beneficios y en la relación entre costos y eficacia.

Finalmente, este proyecto ayuda a los expertos comprometidos en las campañas de prevención y comunicación sobre el uso de sustancias a garantizar que dichas campañas estén diseñadas, desarrolladas y realizadas de la manera más eficaz posible.

Objetivo general de la intervención propuesta y resultados esperados

Comprensión por parte de los forjadores de políticas nacionales y regionales de la etiología del uso de drogas y de la dependencia a estas, relación en términos de costos-eficacia de las medidas de prevención, necesidad de desarrollar sistemas de prevención basados sobre la evidencia y sobre la eficacia.



Gilberto Gerra
*Jefe del Sector de
Prevención
de Drogas y Salud de la
UNODC*



Giovanna Campello
*Programme Officer
Prevención
de Drogas y Salud de la
UNODC*

Estrategia de Prevención y Forjadores de Políticas – Un Consorcio de Solidaridad

“Estrategia de Prevención y Forjadores de Políticas” es una iniciativa conjunta de la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el crimen (UNODC) y del Departamento de Políticas antidroga, cuyo fin es difundir los estándares internacionales de la UNODC en materia de prevención del uso de sustancias estupefacientes y de ayudar a los forjadores de políticas en la creación de un sistema de prevención nacional fundado en la salud y basado en la evidencia científica.

La iniciativa prevé la creación de centros de prevención regionales y la formación de forjadores de políticas a fin de suministrarles instrumentos concretos para el mejoramiento de su sistema nacional de prevención, proveyendo, entre otras cosas, un conjunto de programas y materiales eficaces en materia de prevención. La iniciativa se relacionará en un primer momento con América Central, África del Norte, Asia Central y Oriental.

El lanzamiento de este programa se realizó el día 9 de octubre de 2012, en Roma, con la participación de los jefes de las Agencias nacionales de control de droga interesados en adherirse a esta colaboración, cuyo objetivo es ayudar a los niños y jóvenes en la realización de sus capacidades plenas y ratificar su obligación en la creación de una sociedad, en la cual las drogas no son aceptadas como un estilo de vida.

El 10 de octubre, se invitó a los participantes a formar parte de dos eventos satélites, uno organizado por la Asociación nacional de expertos sobre las Cortes de droga (NADCP), que tienen por objeto la promoción de modelos judiciales alternativos para los delitos relacionados con la droga, y el otro organizado por el Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia (UNICRI), fundado en el mejoramiento de sus sistemas de supervisión de sustancias estupefacientes a fin de reforzar la capacidad de las administraciones nacionales de control.



“El concepto de cooperación representa el principio por el cual la obligación de varios estados debe servir para ser entendido como valor agregado de las iniciativas existentes. El intercambio de buenas prácticas debería ser la base de cualquier acción, de cada realidad institucional y configuración cultural, cualesquiera que sean las diferencias que existen entre institución y culturas.”

Elisabetta Simeoni

*Departamento de Políticas Antidroga – Presidencia del Consejo de Ministros
Directora General del Área Técnico Científica, Responsable de Relaciones Internacionales
Coordinadora para el DPA [N.d.T.: Alianza para las Políticas de Drogas]
del Proyecto Forjadores de Políticas*

Memorándum de intención para la PREVENCIÓN del uso de drogas



Roma 9 de octubre de 2012

Introducción y premisas

Este memorándum quiere definir y compartir algunos conceptos fundamentales y principios básicos para poder realizar estrategias e intervenciones de prevención tendientes a evitar el comienzo del uso de sustancias estupefacientes y el abuso de alcohol o demorar este comienzo en la población juvenil. Las estrategias y acciones de prevención pueden estar orientadas en modo diverso, y, dirigidas a prevenir los distintos niveles de riesgos vinculados con el uso de sustancias estupefacientes. Sin embargo, aquello sobre lo cual quisiéramos concentrar principalmente la atención para la prevención precoz es la fase preadolescente.

Algunas personas que utilizan drogas lo hacen por la existencia de motivos complejos que pueden corresponder a su genética y, por lo tanto, a sus sistemas neurobiológicos y cognitivos, su personalidad, su historia personal y de desarrollo afectivo, las condiciones sociales negativas de vida, como por ejemplo la desigualdad y la exclusión, así como la alta disponibilidad de sustancias en el territorio¹⁻⁴.

La prevención es un arma eficaz y sostenible y, para poder aumentar la eficacia y el impacto de las acciones preventivas, se considera conveniente y necesario adoptar, en su mayor medida posible, estrategias y métodos compartidos y orientados de modo científico. La prevención resulta efectiva en cuanto a costos⁵⁻¹⁰, y prevenir el uso de droga ayuda a prevenir también otros comportamientos de riesgo¹¹. Por lo tanto, la prevención debería ser vista dentro de la óptica de ayudar a los jóvenes a crecer sanos y seguros y de ayudar a los adultos a permanecer como tales. A fin de compartir estrategias comunes, es necesario considerar que el uso de sustancias, sin dependencia, es un comportamiento de alto riesgo para la salud y las condiciones sociales de la persona, que deberá evitarse o suspenderse, incluso, por los riesgos que esto implica para terceras personas como consecuencia del riesgo aumentado de accidentalidad relacionado con el uso de sustancias^{12,13}.

La toxicomanía y el alcoholismo son enfermedades del cerebro previsibles, que pueden tratarse y curarse, causadas por el uso prolongado y continuo de sustancias estupefacientes y alcohólicas y por la presencia combinada de factores genéticos, psíquicos y socio-ambientales¹⁴⁻¹⁶. El problema del uso de sustancias estupefacientes, del abuso de alcohol y de las dependencias que pueden derivar de ellos debe ser considerado, más allá de un problema social, sobre todo, como un problema de salud pública a la cual debe dedicarse especial atención e inversiones concretas para sostener programas e intervenciones preventivas permanentes y eficaces. Las habilidades de vida preventivas en relación con el uso de sustancias estupefacientes, con el abuso de alcohol y con el uso de fármacos no prescritos¹⁷ deberían formar parte del bagaje conductual de cada adolescente, además del de los adultos. Además, los padres, los docentes, los educadores y los forjadores de políticas deben concurrir, cada uno en lo que respecta a su competencia, a apoyar e incentivar el desarrollo precoz y el mantenimiento de estas importantes habilidades de vida en las generaciones jóvenes.

Para este fin es necesario desarrollar una conciencia común: es prioritario activar intervenciones precoces orientándolas para identificar, cuanto antes posible, dos condiciones principales en particular, es decir, la existencia de factores de vulnerabilidad (antes del comienzo del uso de sustancias) y el uso inicial ocasional de sustancias en la fase, en la cual todavía no se desarrolló una dependencia.

Las finalidades de las acciones de diagnóstico precoz son aquellas que implican no perder o demorar la oportunidad de prevenir la aparición de comportamientos o condiciones socio-relacionales capaces de aumentar el riesgo de uso de sustancias. En especial, nos proponemos los siguientes macro objetivos:

- Efectuar intervenciones de ayuda precoz a la familia con problemas de vulnerabilidad.
- Efectuar intervenciones educativas precoces y específicas de manera prioritaria sobre las personas vulnerables, en especial, niños y adolescentes.
- Reducir las probabilidades de comienzo de uso de sustancias en edad temprana y evitar, además, el uso experimental y, por lo tanto, la sensibilización cerebral a las sustancias y la posterior activación de trayectos evolutivos hacia el uso de cocaína, heroína y anfetaminas.
- Evitar las alteraciones de la madurez fisiológica cerebral luego del uso de sustancias durante la fase adolescente.
- Realizar en forma precoz las intervenciones terapéuticas si existiera un uso periódico o una dependencia, incluso, para reducir el riesgo de sobredosis o patologías infecciosas relacionadas.

- Reducir los riesgos de accidentes relacionados con la droga (accidentes viales, de trabajo, domésticos, violencias y abusos)
- Reducir los costos sanitarios, sociales e individuales que deriven del desarrollo de una dependencia.

Alguna información básica proveniente de las neurociencias para quien se ocupa de la prevención

La madurez cerebral

Los profesionales que se ocupan de la prevención del uso de sustancias deben tener en cuenta y ser conscientes que el cerebro completa su madurez alrededor de los 21-22 años con la consolidación, en especial, de la corteza prefrontal, lugar en el que se produce el control voluntario de los comportamientos y de los impulsos y de las funciones cognitivas importantes para los procesos de decisión, de coping (hacer frente) y la motivación¹⁸⁻²².

Esta fase de madurez comporta una modulación continua de las estructuras y de las redes neurales (neuroplasticidad)²³ con una remodelación también de los sistemas neurobiológicos de la gratificación y del control de los impulsos y una adaptación, al mismo tiempo, de los procesos cognitivos y de aprendizaje, que serán fundamentales en el futuro para la interpretación de la realidad para poder afrontar los transcurso de vida y desarrollar su propia autonomía²⁴⁻²⁶.

El proceso de madurez cerebral es un proceso complejo y sensible a los eventos externos (traumas y otros eventos negativos), a la influencia de las sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Los sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos y noradrenérgicos del GABA, pero también el sistema endorfinico y, sobre todo, el de los endocannabinoides son muy sensibles a la presencia de sustancias estupefacientes exógenas. En efecto, las drogas son capaces de hacer reaccionar de modo potente estos sistemas, y la continua hiperestimulación puede causar una transformación profunda, tanto de la estructura como de su funcionamiento fisiológico y regular. En consecuencia, también el funcionamiento cognitivo del individuo, su grado de conciencia, la capacidad de analizar, reconocer y afrontar los problemas, los niveles de gratificación fisiológica por objetivos normales de la vida diaria, la motivación para afrontar los problemas de la vida, la memorización y, por lo tanto, el aprendizaje más allá del cociente intelectual²⁷ sufrirán algunas alteraciones^{28,29}.

Todo esto resulta todavía más importante si se considera que el uso de sustancias se produce en una fase de la vida en donde se forman y se consolidan todos los modelos cognitivos y conductuales, las áreas del juicio y el cuadro de valores de las personas que influenciarán toda su vida. Si estos procesos se viven en un estado de percepción alterada y de una consecuente interpretación de la realidad, debido al uso de sustancias, no podrán tener un desarrollo correcto y fisiológico y comporta, así, una desviación con respecto al transcurso que hubieran tenido sin ese uso³⁰.

La sensibilización cerebral por el uso de sustancias

Otro concepto fundamental, que no deberá olvidar quien se ocupa de la prevención, es que el uso de sustancias en personas muy jóvenes (como por ejemplo el cannabis), al experimentar en forma precoz los efectos psicoactivos y las sensaciones de bienestar que derivan de ellas, es capaz de crear, más allá de una serie de daños neuro-cognitivos³¹⁻⁴⁰, una sensibilización cerebral que condiciona una mayor probabilidad de atracción y utilización posterior de otras sustancias como la cocaína y la heroína y, por lo tanto, hacerse dependientes de ellas. Por lo tanto, evitar la llamada “experimentación” para las personas vulnerables resulta extremadamente indicado^{41,42}.

La vulnerabilidad a las sustancias

Al definir las estrategias de prevención, es necesario considerar también que no todos los niños y los adolescentes se encuentran bajo un mismo riesgo con respecto al uso de sustancias y al desarrollo de la dependencia. Existen factores y condiciones capaces de diferenciar dicho riesgo. Esto comporta un grado distinto de vulnerabilidad en algunas personas⁴³⁻⁴⁶. No debe olvidarse, además, que las condiciones de vulnerabilidad para el uso de sustancias pueden aparecer también en los adultos y ancianos en relación con hechos de la vida que pueden ser estresantes, negativos o problemáticos, es decir, capaces de activar condiciones psíquicas que pueden llevar a la persona a tener un riesgo aumentado del uso de drogas o del abuso de alcohol⁴⁷. Los factores pueden ser de distinta clase: individuales como el genotipo y el consiguiente desarrollo de sistemas diversificados de la gratificación y del control de los impulsos con expresiones de comportamiento y, por lo tanto, sociales, a

menudo problemáticas. Otros factores importantes son los familiares y socio ambientales, sobre todo, los relacionados con la ausencia de tratamientos adecuados, ayuda y control parental, con la presencia de violencias, abusos y condiciones de carencia afectiva, pero también hechos y condiciones de vida estresantes. Estas personas pueden tener un riesgo aumentado tanto de investigar y experimentar sustancias como, una vez que las prueban, comenzar un camino de evolución hacia la dependencia. Sin embargo, debe recordarse y subrayarse que las condiciones de vulnerabilidad no representan una trayectoria y un destino obligado e inmodificable hacia la toxicomanía. Estas personas pueden ser colocadas en situación de protección y evitar el uso de drogas y el desarrollo de la dependencia mediante una buena y sinérgica acción de la familia, de la escuela y de la comunidad. La vulnerabilidad, por lo tanto, no es “predestinación”, sino solo un estado de riesgo aumentado de recurrir al uso de sustancias y desarrollar la toxicomanía que puede modificarse y prevenirse.

Principios para una prevención orientada en modo científico

La tabla siguiente muestra los principios que conviene seguir para definir las estrategias e intervenciones de prevención orientadas en modo científico.

1	Dépistage et intervention précoce	Promover la identificación precoz de los factores de vulnerabilidad y de los comportamientos de riesgo a fin de llevar a cabo intervenciones de igual manera precoces en el ámbito educativo en forma sinérgica e integrada en la familia, en la escuela y en los lugares de trabajo, y si fuera necesario, por la presencia de uso frecuente o dependencia, en el ámbito terapéutico ⁴⁸⁻⁵⁰ . Las intervenciones educativas son competencia de la familia y de la escuela que deben encontrar, por lo tanto, una perfecta sinergia y comunión de intenciones dirigidas a la promoción y al mantenimiento de habilidades de vida y de comportamientos de salud ⁵¹⁻⁵³ . Las intervenciones de prevención precoz deberían comenzar ya en la fase prenatal, desalentando el uso de sustancias por parte de las futuras madres, en cuanto se demostró que el consumo de drogas durante el embarazo puede inducir a un riesgo aumentado de usar drogas en la adolescencia a la persona por nacer y hacerse adicto a ellas ⁵⁴⁻⁶¹ . Además, para ser en verdad eficaces, las acciones de información y de habilidades de crianza sobre los padres y las acciones educativas sobre los niños deberían iniciarse en forma precoz y, para los niños, en una temprana edad, entre los 4 y 6 años y, por lo tanto, durante la infancia ^{62,63} , concentrando la intervención en la identificación y la gestión correcta de problemas de comportamiento y de la atención y, posteriormente, sobre los estilos de vida y los hábitos de salud para asegurar, sobre todo, un alto grado de tratamientos parentales.
2	Prévention globale envers les comportements à risque	Las intervenciones de prevención deberán estar orientadas a afrontar, al mismo tiempo y en forma global, el problema del uso de las distintas sustancias estupefacientes y psicotrópicas y del abuso de alcohol (alcohol, tabaco, drogas, fármacos no prescritos, sustancias para inhalar, etc.) ^{64,65} . Las intervenciones educativas/preventivas deberán afrontar de modo preferencial los comportamientos de riesgo y no cada una de las sustancias, en un contexto general de educación para la salud a fin de adquirir y mantener estilos de vida sanos ⁶⁶⁻⁶⁹ . La prevención universal basada en la comunidad es y continúa siendo importante ^{70,71} y no debe abandonarse, sino integrarse mediante formas más específicas e incisivas de prevención.
3	Prévention sélective et indiquée	Además de la universal, otros tipos de prevención que deben ser considerados como importantes son la prevención selectiva y la prevención indicada, dirigidas en especial a jóvenes con alto riesgo de uso de sustancias y de dependencia por la presencia de factores de vulnerabilidad ⁷²⁻⁷⁵ . Las acciones de prevención, además, deben estar diferenciadas teniendo en cuenta el género, el temperamento, la edad (fase de desarrollo) y las condiciones ambientales en las cuales se producen ⁷⁶⁻⁷⁹ .
4	Prévention permanente et périodique pour la perception du risque	Las intervenciones de prevención deben ser permanentes, periódicas y estructuradas en programas específicos. La información sobre los riesgos y daños producidos por las drogas debe suministrarse y adecuarse en forma constante a las capacidades de comprensión. Las acciones de prevención deben, además, tener como finalidad aumentar la percepción del riesgo, la auto eficacia, la autoestima y las capacidades de resiliencia, en cuanto dichos factores demostraron ser factores de protección en la mayor parte de los jóvenes. La percepción del riesgo, en efecto, es capaz de crear una motivación válida para la adquisición y mantenimiento de comportamientos de salud y de la no utilización de sustancias ⁸⁰⁻⁸⁹ . Los demás factores, además, contribuyen a desarrollar y mantener comportamientos de salud. Debe recordarse que las personas pueden tener reacciones distintas a mensajes de información de alerta, pero la gran mayoría de ellas modifica en forma positiva su comportamiento ^{90,91} . La información precoz de alerta (warning information) sobre posibles riesgos y daños que derivan del uso de sustancias estupefacientes será suministrada no solo por riesgos a la salud, sino también por las condiciones legales y sociales de las personas ⁹²⁻⁹⁵ .

5	Comunicación e información antidroga coherente y basada en la evidencia	Las intervenciones educativas de prevención y los distintos mensajes de información deben ser coherentes en los contenidos y en las finalidades entre todos los ambientes en los que se llevan adelante y entre todos los operadores comprometidos en tales actividades ⁹⁶ . Para esto, es importante tener referencias científicas y culturales unívocas y acreditadas, y evitar mensajes contradictorios con relación a la oportunidad de no usar nunca sustancia estupefaciente alguna ni abusar del alcohol. La información debe ser clara y explícita sin dejar dudas sobre posibles riesgos relacionados con el uso de las drogas y el abuso del alcohol ^{97,98} .
6	Desaprobación social	La información debe estar orientada también a promover y mantener la desaprobación social con respecto al uso de cualquier sustancia estupefaciente y psicoactiva, en especial el cannabis y el abuso de alcohol que presentan el grado de percepción del riesgo más bajo en la población juvenil y, en cambio, son a menudo las sustancias de acceso (gateway) capaces de aumentar el riesgo de comenzar un camino evolutivo hacia el uso de heroína o cocaína. La presencia de un alto grado de desaprobación social, demostró ser un factor científicamente eficaz para reducir los casos de inicio en el uso y consumo de sustancias ⁹⁹⁻¹⁰⁸ . Por lo tanto, a fin de mejorar la eficacia y el impacto correspondientes, las acciones de prevención deberían tener la ayuda de una explícita y clara desaprobación social con respecto al uso de todas las drogas y el abuso del alcohol que deben ser, en consecuencia, considerados y comunicados como “valores negativos” ¹⁰⁹⁻¹¹¹ .
7	Focalización sobre la familia, la escuela, los lugares de trabajo, la comunidad social e internet	Las actividades de prevención deberían estar principalmente focalizadas sobre la familia ¹¹² y sobre la escuela ¹¹³⁻¹¹⁸ , pero también deberían estar incluidas en forma absoluta las actividades de prevención sobre los lugares de trabajo ^{119,120} y la comunidad social ^{121,122} y sobre la red de internet. En efecto, la red se transformó y, continuará transformándose cada vez más en el futuro, en un punto de información que origina una comunidad social virtual (sobre todo, a través de las redes sociales, los blogs, las salas de chat, etc.) y de relación virtual muy importante y frecuentada en mayor medida por los jóvenes ¹²³⁻¹²⁶ . Además, muchas personas utilizan la red de internet tanto para descubrir e investigar nuevas sustancias como para su compra y venta. En especial, la familia debería colocarse en las condiciones necesarias para poder obtener información idónea, competencias y habilidades parentales, para realizar una ayuda educativa válida. En forma específica, la mujer, desde la fase del embarazo, debería conocer la necesidad de evitar cualquier uso de sustancias estupefacientes o abusos del alcohol para no exponer a la persona por nacer a un riesgo aumentado de vulnerabilidad por causa de las modificaciones cerebrales que las sustancias referidas pueden producir sobre el feto, y los padres deberían además poder disponer de un asesoramiento (counseling) apropiado y de puntos especializados para el desarrollo de idóneas habilidades parentales y de diagnóstico precoz (early detection). Es fundamental tener en cuenta la necesidad de diferenciar las estrategias y las intervenciones en base a las distintas franjas de edad y fases evolutivas de los niños/adultos, además de tomar como base a los distintos ambientes y niveles de vulnerabilidad y de características neuro-cognitivas y conductuales ¹²⁷⁻¹³³ .
8	Enfoque educativo y empoderamiento (empowerment) de los comportamientos responsables	Se demostró la eficacia de la prevención dirigida a los jóvenes y, en especial, a los muy jóvenes, sobre todo si se utiliza un enfoque precoz, además de una información de alerta sobre los riesgos y daños, de tipo educativo, en donde se privilegia la promoción de las relaciones y de los vínculos humanos, el cuidado cariñoso de sus hijos acompañado de un control y una supervisión constante y por reglas claras que se hacen respetar con autoridad, comprensión y ayuda en las dificultades y en las incomprensiones ¹³⁴⁻¹³⁷ . Esta orientación educativa prevé también el respeto y la aceptación de los chicos por parte de los padres y, sobre todo, la gratificación de sus conquistas de autonomía ¹³⁸ . Las evidencias científicas han demostrado que, incluso para las personas vulnerables, estas modalidades educativas (llevadas a cabo de manera coherente tanto en el ámbito familiar como en el ámbito escolar) pueden ser eficaces para reducir el riesgo de usar sustancias estupefacientes y su consiguiente desarrollo de la dependencia, aumentando la posibilidad de adquirir comportamientos y estilos de vida sanos y una buena resistencia al uso, incluso experimental, de drogas y al abuso de alcohol ¹³⁹⁻¹⁴¹ . Deberán incentivarse los programas para el desarrollo de empoderamiento (empowerment) en los jóvenes y la adquisición de comportamientos responsables, es decir, saber tomar decisiones racionales sobre su salud. Es importante y eficaz apuntar al desarrollo de la autoeficacia, del control de los impulsos y de las habilidades de vida. Todo esto, a fin de valorizar plenamente el potencial de los jóvenes, de aprender a ser respetuosos de sí mismos y de otras personas, de alcanzar el mejor nivel social posible, de poder contribuir con sus acciones y su propio trabajo al bienestar de su familia y de la comunidad, mediante el total respeto a la ley. El comportamiento responsable en los jóvenes adolescentes debe, por lo tanto, ser apoyado, incentivado y valorizado.

9	Orientación científica y valoración constante de los resultados	Las actividades de prevención deben utilizar metodologías basadas en las evidencias científicas capaces de asegurar la eficacia, pero también, al mismo tiempo, la seguridad de las intervenciones ¹⁴²⁻¹⁴⁴ . Es necesario recordar que deben diferenciarse las intervenciones propias, ya que las personas vulnerables en forma especial son diversamente sensibles a los estímulos de prevención con respecto a las personas que no presentan factores particulares de vulnerabilidad ¹⁴⁵⁻¹⁴⁷ . La orientación científica prevé también que las intervenciones de prevención deben ser valorizadas en forma constante mediante sistemas capaces de cuantificar los resultados correspondientes (outcome) y el impacto, así como los costos y beneficios en realidad ocasionados ¹⁴⁸⁻¹⁵³ .
10	Enfoque equilibrado	Las intervenciones de prevención, para ser en mayor medida eficaces, deben estar asociadas a intervenciones dirigidas a la reducción de la disponibilidad de drogas en el territorio mediante el mantenimiento del respeto a la ley y, en especial, mediante la represión del tráfico, de la venta, del cultivo y de la producción no autorizada. Además de estas acciones dirigidas a reducir la oferta, también es conveniente mantener factores y condiciones disuasivas del uso de drogas a través de reglamentaciones y legislación en el respeto de los derechos humanos. Todo ello dentro de un enfoque equilibrado que debe encontrar siempre el justo equilibrio entre las acciones de reducción de la demanda y las acciones de reducción de la oferta ¹⁵⁴⁻¹⁵⁶ .

Conclusiones

Es de esperar que muchos Estados puedan compartir estos principios y logren crear, en un futuro próximo, estrategias e intervenciones de prevención cada vez más eficaces de manera coordinada y diligente.

El presente memorándum de intención representa la propuesta italiana para crear un fundamento de sentimiento y acción común que pretende contribuir a aumentar la sensibilización, sobre todo, en los forjadores de políticas, con respecto a la necesidad de aumentar las intervenciones de prevención del uso de sustancias coordinadas en todo el mundo, sobre todo, en los jóvenes.

El futuro de todos los países depende de lo que logremos construir para nuestros jóvenes y de cuanto logremos promover y proteger su salud física, mental y la integridad social a fin de poder hacer que expresen de la mejor manera posible su potencial creativo, intelectual, profesional y espiritual.

Consideramos que poder disponer de opciones y medidas de prevención de la oferta de drogas constituye un derecho humano que deberá asegurarse a las generaciones de jóvenes. En especial, estar protegidos de la oferta de drogas es un derecho de los niños^{157,158}. No podemos aceptar una sociedad en la cual el uso de drogas es considerado un estilo de vida. La libertad de utilizar drogas no puede ser considerada un derecho humano.

Las políticas para la prevención del uso de drogas deben considerarse una prioridad para las políticas sanitarias, sociales y económicas de los países.

Se considera además¹⁵⁹⁻¹⁶⁵ que todas las condiciones legislativas que puedan comportar un aumento de la disponibilidad, y, por lo tanto, del acceso para la población, sobre todo, vulnerable al uso de sustancias estupefacientes -en la actualidad ilegales (incluso para fines de uso recreativo o auto prescripto de sustancias estupefacientes, en primis el cannabis¹⁶⁶⁻¹⁶⁸)-, son medidas capaces de provocar el aumento en el tiempo de los consumos de drogas, de provocar la disminución de la desaprobarción social¹⁶⁹ en relación con su uso, de hacer disminuir la percepción del riesgo¹⁷⁰ y de aumentar el riesgo de una sensibilización cerebral precoz hacia las drogas y, por lo tanto, de una evolución hacia la adicción, sobre todo, para las personas jóvenes y vulnerables¹⁷¹⁻¹⁷⁴. Por lo tanto, estas medidas no deberán considerarse en un futuro como apoyadas científicamente, válidas y aceptables y, por lo tanto, no deberán ser utilizadas en las estrategias de prevención modernas, que podrían quedar mayormente comprometidas por la inserción de políticas orientadas en este sentido.

No creemos que la sociedad del mañana tenga que ser una sociedad libre de drogas, del abuso del alcohol y del tabaco y que esto sea posible y marche mediante el compromiso y el trabajo constante de todos nosotros.

Bibliografía

- Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D., Addiction circuitry in the human brain, *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2012 Feb 10;52:321-36. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010611-134625. Epub 2011 Sep 27.
- Uhart M, Wand GS. Stress, alcohol and drug interaction: an update of human research, *Addict Biol.* 2009 Jan;14(1):43-64. Epub 2008 Oct 9.
- Gardner EL. Addiction and brain reward and antiward pathways, *Adv Psychosom Med.* 2011;30:22-60. Epub 2011 Apr 19.
- Somaii L, Donnini C, Manfredini M, Raggi MA, Saracino MA, Gerra ML, Amore M, Leonardi C, Serpelloni G, Gerra G., Adverse childhood experiences (ACEs), genetic polymorphisms and neurochemical correlates in experimentation with psychotropic drugs among adolescents. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011 Aug;35(8):1771-8. Epub 2010 Dec 8.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in Behavioral Healthcare, 2011.
- Gentilello LM. Confronting the obstacles to screening and interventions for alcohol problems in trauma centers. *J Trauma.* 2005 Sep;59(3 Suppl):S137-43; discussion S146-66.
- Miller T, and Hendrie, D. Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis, DHHS Pub. No. (SMA) 07-4298. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008.
- Spoth RL, Guyll M, Day SX. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. Iowa State University, Institute for Social and Behavioral Research, Ames 50010-8296, USA. *J Stud Alcohol.* 2002 Mar;63(2):219-28.
- Goler NC, Armstrong MA, Osejo VM, Hung YY, Haimowitz M, Caughey AB. Early start: a cost-beneficial perinatal substance abuse program. Department of Obstetrics, The Permanente Medical Group, Vallejo, California, USA. *Obstet Gynecol.* 2012 Jan;119(1):102-10.
- Gentilello LM, Ebel BE, Wickizer TM, Salkever DS, Rivara FP. Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: a cost benefit analysis. Department of Surgery, Division of Burns, Trauma and Critical Care, Parkland Memorial Hospital, University of Texas Southwestern Medical School, 5323 Harry Hines Boulevard, MC 9158, Dallas, Texas, USA. *Ann Surg.* 2005 Apr;241(4):541-50.
- Simkin DR. Adolescent substance use disorders and comorbidity, *Pediatr Clin North Am.* 2002 Apr;49(2):463-77.
- Goullé JP, Verstraete A, Boulu R, Costentin J, Foucher JP, Raes E, Tillement JP., Illicit drugs, medications and traffic accidents, *Ann Pharm Fr.* 2008 Aug;66(4):196-205. Epub 2008 Aug 23.
- Vitale S, van de Mheen D., Illicit drug use and injuries: A review of emergency room studies, *Drug Alcohol Depend.* 2006 Mar 15;82(1):1-9. Epub 2005 Sep 23.
- Volkow ND., Fowler JS, Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex, *Cereb. Cortex.* 2000 10 (3): 318-325.
- Leshner AI, Addiction Is a Brain Disease, and It Matters, *Science* 3 October 1997: Vol. 278 no. 5335 pp. 45-47.
- Dackis C, O'Brein C. Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications., *Nat Neurosci.* 2005 Nov; 8(11): 1431-6. Review.
- Gilbert J Botvin, Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors, Volume 25, Issue 6, November–December 2000, Pages 887–897.
- Paus T, Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence, *Trends in Cognitive Sciences.* Vol 9(2), Feb 2005, 60-68.
- Beatriz Lunaa, Keith R. Thulborn, Douglas P. Munoz, Elisha P. Merriam, Krista E. Garver, Nancy J. Minshew, Matcheri S. Keshavan, Christopher R. Genovese, William F. Eddy, John A. Sweeney, Maturation of Widely Distributed Brain Function Suberves Cognitive Development, Volume 13, Issue 5, May 2001, Pages 786–793.
- Giedd JN, et al. (1999) Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nat Neurosci* 2:861–863.
- Paus T, op. cit.
- Jager G, Ramsey NF (2008) Long-term consequences of adolescent cannabis exposure on the development of cognition, brain structure and function: An overview of animal and human research. *Curr Drug Abuse Rev* 1:114–123
- Rubino T, et al. (2009) Changes in hippocampal morphology and neuroplasticity induced by adolescent THC treatment are associated with cognitive impairment in adulthood. *Hippocampus* 19:763–772.
- Paus T, op. cit.
- Serpelloni G, Bricolo F, Mozzoni M, Elementi di Neuroscienze e Dipendenza, Verona, 2008.
- Alberta, Longitudinal development of Human Brain Wiring Continues from Childhood into Adulthood, Edmonton, Alberta T6G 2V2, Canada, th Journal of Neuroscience, July 27, 2011.
- Meier MH, Caspia A, Ambler A, Harrington HL, Houts R, Keefe RSE, McDonald K, Ward A, Poulton R, and Moffitt TE, Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Edited by Michael I. Posner, University of Oregon, Eugene, OR, and approved July 30, 2012 (received for review April 23, 2012).
- Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice? *Am J Psychiatry* 2005; VOL. 162: 1403-1413. No 8, 2005.
- Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex, *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1642-1652
- Goldstein RZ, Volkow ND, op. cit.
- Gruber SA, Sagar KA, Dahlgren MK, Racine M, Lukas SE (2011) Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychol Addict Behav.* 10.1037/a0026269.
- Harvey MA, Sellman JD, Porter RJ, Frampton CM (2007) The relationship between non-acute adolescent cannabis use and cognition. *Drug Alcohol Rev* 26:309–319.
- Medina KL, et al. (2007) Neuropsychological functioning in adolescent marijuana users: Subtle deficits detectable after a month of abstinence. *J Int Neuropsychol Soc* 13:807–820.
- Solowij N, et al. (2011) Verbal learning and memory in adolescent cannabis users, alcohol users and non-users. *Psychopharmacology (Berl)* 216:131–144.
- Ehrenreich H, et al. (1999) Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology (Berl)* 142:295–301.
- Fontes MA, et al. (2011) Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning. *Br J Psychiatry* 198:442–447.
- Solowij N, Pesa N (2010) [Cognitive abnormalities and cannabis use]. *Rev Bras Psiquiatr* 32(Suppl 1):S31–S40.
- Wilson W, et al. (2000) Brain morphological changes and early marijuana use: A magnetic resonance and positron emission tomography study. *J Addict Dis* 19:1–22.
- Hanson KL, et al. (2010) Longitudinal study of cognition among adolescent marijuana users over three weeks of abstinence. *Addict Behav* 35:970–976.
- Jager G, Block RI, Luijten M, Ramsey NF (2010) Cannabis use and memory brain function in adolescent boys: A cross-sectional multicenter functional magnetic resonance imaging study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49:561–572, 572, e1–e3.
- Hyman SE, Malenka RC, Addiction and the brain: the Neurobiology of compulsion and its persistence, *Nature reviews*, Volume 2, October 2001.
- Ashtari M, et al. (2011) Medial temporal structures and memory functions in adolescents with heavy cannabis use. *J Psychiatr Res* 45:1055–1066.
- Goldstein RZ, Volkow ND, op. cit.
- Everitt BJ, Belin D, Economidou D, Pelloux Y, Dalley JW, Robbins TW. Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2008 Oct 12;363(1507):3125-35.
- Vanderschuren LJ, Everitt BJ, Behavioral and neural mechanisms of compulsive drug seeking. *Eur J Pharmacol.* 2005 Dec 5;526(1-3):77-88. Epub 2005 Nov 28.
- Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L (2008) Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev* 32:777–810.
- Low NC, Dugas E, O'Loughlin E, Rodriguez D, Contreras G, Chaiton M, O'Loughlin J. Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. *BMC Psychiatry.* 2012 Aug 17;12:116. doi: 10.1186/1471-244X-12-116.
- Kalivas PW, Ph.D., Volkow ND, M.D., The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice, *The American Journal of Psychiatry*, VOL. 162, No. 8, 2005.
- Nielsen DA, Utrankar A, Reyes JA, Simons DD, Kosten TR. Epigenetics of drug abuse: predisposition or response, *Pharmacogenomics.* 2012 Jul;13(10):1149-60.
- Robison AJ, Nestler EJ., Transcriptional and epigenetic mechanisms of addiction, *Nat Rev Neurosci.* 2011 Oct 12;12(11):623-37. doi: 10.1038/nrn3111.
- Spoth RL, Redmond C, Trudeau L Shin C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs., *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 16(2), Jun 2002, 129-134.
- Weissberg RP, Kumpfer KL, Seligman, MEP, Prevention that works for children and youth: An introduction., *American Psychologist*, Vol 58(6-7), Jun-Jul 2003, 425-432.
- Slater MD, Kelly KJ, Edwards RW, Thurman PJ, Plested BA, Keefe TJ, Lawrence FR and Henry KL., Combining in-school and community-based media efforts: reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents, *Health Education Research Theory & Practice* Vol.21 no.1 2006 Pages 157–167.
- Chia-Shan Wu, Jew CP & Hui-Chen Lu. Lasting impacts of prenatal cannabis exposure and the role of endogenous cannabinoids in the developing brain. *Future Neurol.* (2011) 6(4), 459–480.
- Jutras-Aswad D, Di Nieri JA, Harkany T, Hurd YL. Neurobiological consequences of maternal cannabis on human fetal development and its neuropsychiatric outcome. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* Volume 259, Number 7 / October, 2009.
- Hurt H, Giannetta JM, Korczykowski M, Hoang A, Tang KZ, Belancourt L, Brodsky NL, Shera DM, Farah MJ, Detre JA: Functional magnetic resonance imaging and working memory in adolescents with gestational cocaine exposure. *J Pediatr* 2008; 152: 371–377.
- Richardson CA, Goldschmidt L, Larkby C. Effects of prenatal cocaine exposure on growth: a longitudinal analysis. *Pediatrics* 2007;120:1017–1027.
- Volpe JJ: Effect of cocaine use on the fetus. *New Engl J Med* 1992; 327: 399–407.
- Zabaneh R, Smith LM, LaGasse LL, et al. The effects of prenatal methamphetamine exposure on childhood growth patterns from birth to three years of age [published ahead of print on August 4, 2011]. *Am J Perinatol.*
- Eriksson M., Billing L., Steneroth G., Health and development of 8-year-old children whose mothers abused amphetamine during pregnancy. *Acta Paediatr Scand* (1989) 78 : pp 944-949.
- Mattson SN, Riley EP. A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:279-94.
- Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP. The relationship between services delivered and substance use outcomes in New Mexico's Screening, Brief Intervention, Referral and Treatment (SBIRT) Initiative. *Drug Alcohol Depend.* 2011 Nov 1;118(2-3):152-7. Epub 2011 Apr 9.
- Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., Evaluation of the Washington state screening, brief intervention, and referral to treatment project: cost outcomes for Medicaid patients screened in hospital emergency departments. *Med Care.* 2010 Jan;48(1):18-24.
- Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP, op. cit.
- Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., op. cit.
- Botvin, Gilbert J.; Baker, Eli; Dusenbury, Linda; Tortu, Stephanie; Botvin, Elizabeth M., Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Vol 58(4), Aug 1990, 437-446.
- Dishion T, Kavanagh K, Schneiger AKJ, Nelson S, and Kaufman N. Preventing early adolescent substance use., *Prevention Science* 3(3):191–202, 2002.
- Gerstein DR and Green LW, eds. *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press, 1993.
- Hansen WB, Giles SM and Fearnow-Kenney, M.D. *Improving Prevention Effectiveness.* Greensboro, NC: Tangcwood Research, 2000.
- Skara S, Sussman S., A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations, *Prev Med.* 2003 Nov;37(5):451-74.
- Chou CP, Montgomery S, Pentz MA, Rohrbach LA, Johnson CA, Flay BR, and MacKinnon DP, Effects of a community-based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents, *Am J Public Health.* 1998 June; 88(6): 944-948.
- Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP, op. cit.
- Swendsen J, Le Moal M., Individual vulnerability to addiction., *Ann N Y Acad Sci.* 2011 Jan;1216:73-85.
- National Institute on Drug Abuse., *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction.* 2007.
- Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, Vol 112(1), Jul 1992, 64-105.
- Schwinn TM, corresponding author Schinke SP, and Di Noia J. *Preventing Drug Abuse Among Adolescent Girls: Outcome Data from an Internet-Based Intervention.* *Prev Sci.* 2010 March; 11(1): 24.
- Sabet KA, Gender-based Approaches to Drug Prevention, Treatment, and Rehabilitation: From Research to Practice, presentation at the DAdnet 2012 meeting, Rome, 2012.
- Moon D, Hecht M, Jackson K and Spellers R. Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Substance Use and Misuse*, 34(8):1059–1083, 1999.
- Demarsh J, PhDa, & Kumpfer KL, PhD, Family-Oriented Interventions for the Prevention of Chemical Dependency in Children and Adolescents, *Journal of Children in Contemporary Society*, Volume 18, Issue 1-2, 1986
- Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., op. cit.
- Sussman S, Dent CW and Stacy AW. Project Toward No Drug Abuse: A review of the findings and future directions. *American Journal of Health Behavior* 26(5):354–365, 2002.
- Spoth RL, Redmond D, Trudeau L and Shin, C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*

83. Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. *Addiction*. 2011 May 6.
84. Andreasen A, Marketing social change: Changing behavior to promote health, social development, and the environment. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.
85. Lorch E, Palmgreen P, Donohew L, Helm D, Baer SA, & Dsilva MU. (1994) Program context, sensation seeking and attention to televised anti-drug public service announcements. *Human Communication Research*, 20, 390-412.
86. Maibach, Parrott, Designing health messages approaches from Communication theory and public health practice. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.
87. University of Toronto, Overview of health communication campaigns. Toronto, Canada: Health Communication Unit, Centre for Health Promotion, University of Toronto, 1999.
88. Xiao Z. Sensation seeking and impulsivity: The direct and indirect effects of adolescent marijuana use. *Journal of Substance Use* 13, 415-433, 2008.
89. Zollo P. Wise up to teens. Insights into marketing and advertising to teenagers. Ithaca, NY: New strategist Publication., 1995.
90. Xiao Z., op. cit.
91. Zollo P., op. cit.
92. Palmgreen P, Lorch EP, Stephenson MT, Hoyle RH, Donohew L. Effects of the Office of National Drug Control Policy's Marijuana Initiative Campaign on High-Sensation-Seeking Adolescents. *American Journal of Public Health* 2007;97(9):1644-9.
93. Agostinelli G, and Grube JW. (2002). 'Alcohol counter-advertising and the media – a review of recent research', *Alcohol research and health* 26 (1), pp. 15-21.
94. Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL., Thompson RS, Rajab W, & Task Force on Community Preventive Services. (2004).
95. National Cancer Institute (2008). 'The role of the media in promoting and reducing tobacco use', *Tobacco Control Monograph No 19*, NIH Pub No 07-6242. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute.
96. Hawkins JD, Catalano RF and Arthur M. Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 90(5):1-26, 2002.
97. Slater MD, Kelly KJ, Edwards RW, Thurman PJ, Plested BA, Keefe TJ, Lawrence FR and Henry KL, op. cit.
98. Wakefield MA, Loken B and Hornik RC (2010), 'Use of mass media campaigns to change health behaviour', *Lancet*; 376: 1261-71.
99. Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., op. cit.
100. Andreasen A, op. cit.
101. Kumar R, O'Malley PM, Johnston LD, Schulenberg JE, Bachman JG., Effects of school-level norms on student substance use., *Prev Sci*. 2002 Jun;3(2):105-24.
102. Stoddard SA, Bauermeister JA, Gordon-Messer D, Johns M, Zimmerman MA., Permissive norms and young adults' alcohol and marijuana use: the role of online communities., *J Stud Alcohol Drugs*. 2012 Nov;73(6):968-75.
103. Biglan A, Duncan, TE, Ary, DV & Smolkowski, K., Peer and parental influences on adolescent tobacco use, *J Behav Med*, 18, 315-30., 1995.
104. Wang J, Simons-Morton BG, Farhat T & Luk JW. Socio-Demographic Variability in Adolescent Substance Use: Mediation by Parents and Peers. *Prev Sci*, 2009.
105. Bachman JG, Johnston LD, O'Malley PM & Humphrey RH. (1988), Explaining the recent decline in marijuana use: differentiating the effects of perceived risks, disapproval, and general lifestyle factors, *J Health Soc Behav*, 29, 92-112.
106. Fishbein M & Ajzen I. Beliefs, attitude, intention, and behavior (Reading, MA, Addison Wesley), 1975.
107. Diez Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here?, *Rev Epidemiol Sante Publique*, 55, 13-21., 2007.
108. Brown TN, Schulenberg JE, Bachman JG, O'Malley PM & Johnston LD. (2001) Are risk and protective factors for substance use consistent across historical time? National data from twenty-two consecutive cohorts of high school seniors, *Prev Sci*, 2, 29-43.
109. Diez Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here?, *Rev Epidemiol Sante Publique*, 55, 13-21., 2007.
110. Brown TN, Schulenberg JE, Bachman JG, O'Malley PM & Johnston LD. (2001) Are risk and protective factors for substance use consistent across historical time? National data from twenty-two consecutive cohorts of high school seniors, *Prev Sci*, 2, 29-43.
111. Musick K, Seltzer JA & Schwartz CR. Neighborhood Norms and Substance Use among Teens, *Soc Sci Res*, 37, 138-155., 2008.
112. Kumpfer KL, Alvarado R, Smith P and Bellamy N. Cultural sensitivity in universal family-based prevention interventions. *Prevention Science* 3(3):241-246, 2002.
113. UNODC, Guide to implementing family skills programmes for drug abuse prevention, 2009.
114. Ashery RS, Robertson EB, and Kumpfer KL, eds. *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*. NIDA Research Monograph No. 177. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1998.
115. August GJ, Realmuto GM, Hektner JM and Bloomquist ML. An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children: The Early Risers Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(4):614-626, 2001.
116. Battistich V, Solomon D, Watson M and Schaps E. Caring school communities. *Educational Psychologist* 32(3):137-151, 1997.
117. Dishion T and Kavanagh KA. Multilevel approach to family-centered prevention in schools: Process and outcome. *Addictive Behaviors* 25:899-911, 2000.
118. MacKinnon DP, Johnson CA, Pentz MA, Dwyer JH, Hansen WB, Flay BR, Wang EY-I. Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: First-year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychology* 1991;10(3):164-72.
119. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Making Your Workplace Drug-Free, 2007.
120. Aguirre-Molina M, and Gorman DM. Community-Based Approaches for the Prevention of Alcohol, Tobacco, and Other Drug Use, *Annual Review of Public Health*, Vol. 17: 337-358, 1996.
121. Caplan YH, Huestis MA, Drugs in the workplace, in Karch S.B., *Workplace drug testing*, 2007.
122. Hawkins JD and Catalano RF. *Communities That Care: Action for Drug Abuse Prevention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1992.
123. Hawkins JD and Catalano RF, op. cit.
124. Champion KE, Newton NC, Barrett EL, Teesson M., A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet, *Drug Alcohol Rev*. 2012 Oct 8.
125. Newton NC, Teesson M, Vogl LE, Andrews G., Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction*. 2010 Apr;105(4):749-59. Epub 2010 Feb 9.
126. EU Kids Online: Final Report September 2011.
127. Mann T, Sherman D, and Updegraff J. Dispositional Motivations and Message Framing: A Test of the Congruency Hypothesis in College Students. *Health Psychol*. Author manuscript; available in PMC 2008 October 30. Published in final edited form as: *Health Psychol*. 2004 May; 23(3): 330-334. doi: 10.1037/0278-6133.23.3.330.
128. Sherman DK, Mann T, Updegraff JA. Approach/Avoidance Motivation, Message Framing, and Health Behavior: Understanding the Congruency Effect. Department of Psychology, University of California, Santa Barbara, California. *Motiv Emot*. 2006 Jun;30(2):165-169.
129. Sherman DK, Updegraff JA, Mann T. Improving oral health behavior: a social psychological approach. Department of Psychology, University of California, Santa Barbara, Santa Barbara, Calif. 93106, USA.
- J Am Dent Assoc. 2008 Oct;139(10):1382-7.
130. Gerend MA, Shepherd JE, Monday KA. Behavioral frequency moderates the effects of message framing on HPV vaccine acceptability. Department of Medical Humanities and Social Sciences, Florida State University College of Medicine, 1115 West Call Street, Tallahassee, FL 32306-4300, USA. *Ann Behav Med*. 2008 Apr;35(2):221-9. Epub 2008 Mar 12.
131. Gray JB, Harrington NG. Narrative and framing: a test of an integrated message strategy in the exercise context. Department of Communication, Appalachian State University, Boone, North Carolina 28608, USA. *J Health Commun*. 2011 Mar;16(3):264-81.
132. Rothman AJ, Salovey P. Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing. Department of Psychology, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota 55455, USA. *Psychol Bull*. 1997 Jan;121(1):3-19.
133. Fukunaga R, Bogg T, Finn PR, Brown JW. Decisions During Negatively-Framed Messages Yield Smaller Risk-Aversion-Related Brain Activation in Substance-Dependent Individuals. *Psychol Addict Behav*. 2012 Nov 12. [Epub ahead of print]. Advance online publication. doi: 10.1037/a0030633.
134. Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., op. cit.
135. Kumpfer KL, Molgaard V, Spoth RP, Ray DeV. (Ed); McMahon, RJ(Ed). *The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use*. Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency., Banff international behavioral science series, Vol. 3., pp. 241-267, 1996.
136. Kumpfer KL, Johnson JL. Strengthening family interventions for the prevention of substance abuse in children of addicted parents, *Addictions*. 2007;19(1):13-25.
137. Deborah A. Cohen A1 and Kathryn L. P. Linton A, Parent Participation in An Adolescent Drug Abuse Prevention Program, *Journal of Drug Education*, Volume 25, Number 2, pp. 159 – 169, 1995.
138. Kumpfer KL, Johnson JL., op. cit.
139. Schuck S. A unique school intervention model for children "at risk", II^o Congresso Nazionale - Neuroscience of addiction, Verona 2010.
140. Angela JY, Liang MA. Parent training and Multiple Family Groups, II^o Congresso Nazionale - Neuroscience of addiction, Verona 2010.
141. Polzonetti CM. Organization and dissemination of evidence based research in neurodevelopmental disorders, II^o Congresso Nazionale - Neuroscience of addiction, Verona 2010.
142. Linney JA, Wandersman A. Prevention Plus III: Assessing Alcohol and Other Drug Prevention Programs at the School and Community Level. A Four-Step Guide to Useful Program Assessment., 1991.
143. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, A participatory handbook for youth drug abuse prevention programmes. A guide for development and improvement, United Nations, New York, 2002.
144. National Institute on Drug Abuse, Preventing Drug Use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders, 2003.
145. Kalivas PW, Ph.D., Volkow ND, M.D., op. cit.
146. Nielsen DA, Utrankar A, Reyes JA, Simons DD, Kosten TR., op. cit.
147. Robison AJ, Nestler E.J., op. cit.
148. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Tortu S, Botvin EM., op. cit.
149. Linney JA, Wandersman A., op. cit.
150. <http://www.drugabuse.gov/publications/topics-in-brief/drug-abuse-prevention>
151. <http://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents/prevention-principles>
152. <http://www.whitehouse.gov/ondcp/prevention-intro>
153. French MT, Roebuck MC, McLellan AT, Sindelar JL. Can the Treatment Services Review be used to estimate the costs of addiction and ancillary services?, *J Subst Abuse*, 2000; 12(4): 341-61.
154. White House Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy, 2010 e 2012.
155. <http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/consult-paper-toc-consult-paper-pol-consult-paper-pol-pri-consult-paper-pol-pri-bal>
156. French MT, Roebuck MC, McLellan AT, Sindelar JL., op. cit.
157. Convention on the Rights of the Child, Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989, art. 33.
158. United Nations Office on Drugs and Crime, Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem, High-level segment Commission on Narcotic Drugs, Vienna, 11-12 Marzo 2009.
159. Dipartimento Politiche Antidroga, Main principles of the Italian position against drug use - The reasons for saying NO to the legalisation of drugs, Rome, 1 November 2011.
160. Caulkins JP, Kilmer B, MacCoun RJ, Pacula RL, Reuter P. Design considerations for legalizing cannabis: lessons inspired by analysis of California's Proposition, *Addiction*. 2012 May;107(5):865-71. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03561.x. Epub 2011 Oct 10.
161. Cerdá M, Wall M, Keyes KM, Galea S, Hasin D. Medical marijuana laws in 50 states: investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2012 Jan 1;120(1-3):22-7. Epub 2011 Nov 17.
162. Svrakic DM, Lustman PJ, Mallya A, Lynn TA, Finney R, Svrakic NM. Legalization, decriminalization & medicinal use of cannabis: a scientific and public health perspective. Washington University School of Medicine, St Louis, USA.
163. Amirav I, Luder A, Viner Y, Finkel M. Decriminalization of cannabis—potential risks for children? *Acta Paediatr*. 2011 Apr;100(4):618-9. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.02081.x. Epub 2010 Dec 1.
164. Joffe A, Yancy WS. American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Legalization of marijuana: potential impact on youth. *Pediatrics*. 2004 Jun;113(6):e632-8.
165. DEA - Drug Enforcement Administration, SPEAKING OUT Against Drug Legalization, 2010.
166. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use, *Lancet*, 2009; 374: 1383-91.
167. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis, *BMJ* 2012;344:e536 doi: 10.1136/bmj.e536 (Published 9 February 2012).
168. LaBrie JW, Hummer JF, Lac A., Comparing injunctive marijuana use norms of salient reference groups among college student marijuana users and nonusers., *Addict Behav*. 2011 Jul;36(7):717-20. Epub 2011 Feb 12
169. Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., op. cit.
170. Joffe A, Yancy WS, op. cit.
171. Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP., op. cit.
172. Swendsen J, Le Moal M., op. cit.
173. National Institute on Drug Abuse., op. cit.
174. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY., op. cit.

Memorándum de intención para la activación de medidas alternativas a la cárcel para las personas toxicómanas que cometen delitos



Roma 9 de octubre de 2012

Introducción y premisas

Con frecuencia, las personas toxicómanas cometen delitos que están relacionados con su estado de enfermedad y de necesidad para la obtención de la droga. Por este motivo, las cárceles de muchos países presentan en su interior un importante porcentaje de personas toxicómanas. Esta importante presencia genera problemas de superpoblación, además de dificultades relacionadas con la existencia de programas de escasa eficacia de rehabilitación y verdadera recuperación de la persona drogadicta. Ya en la Single Convention on Narcotics Drugs (Convención Única sobre Narcóticos) del año 1961, modificada en el año 1972, en el art. 36, inciso 1 letra b, se establece que es posible prever medidas de tratamiento, formación, cura, rehabilitación y reintegración social de la persona¹.

Sin embargo, es necesario pensar en un nuevo enfoque orientado a personas toxicómanas que cometen delitos, aprovechando la oportunidad que la restricción de su libertad otorga y transformándola en caminos para una verdadera recuperación, aun fuera de la cárcel, en trabajos útiles para la sociedad, por medio de una mayor inserción de las personas detenidas.

Por lo tanto, es oportuno considerar la necesidad de volver a encaminar el sistema de justicia penal, invirtiendo, principalmente, en la recuperación y en la rehabilitación de las personas toxicómanas fuera de la cárcel, incluso, previendo una mayor participación y compromiso por parte de las organizaciones de la sociedad civil.

Este documento pretende sensibilizar a la opinión pública y a los forjadores de políticas sobre la oportunidad de incrementar las medidas alternativas a la cárcel, ofreciendo caminos terapéuticos y de rehabilitación alternativos al encarcelamiento, que se han mostrado mucho más eficaces respecto de la detención, para reducir o hacer que cese el uso de las drogas y los comportamientos delictivos relacionados con las drogas.

Además, no debe subestimarse el valor económico de estas medidas que son aptas para crear beneficios y ahorros de dinero para la comunidad entera, haciendo, por otro lado, que estas personas sean autónomas, productivas y capaces de sostener a su propia familia y, principalmente, que se integren en la sociedad.

Este documento no quiere entrar en la discusión de la despenalización del uso de sustancias estupefacientes, dejando en claro dichas elecciones a la autonomía incuestionable de cada Estado en particular, pero sí focalizar la atención, cualquiera que sea la legislación vigente en los diferentes países, sobre el hecho que pueden existir oportunidades y soluciones diferentes y, tal vez, más convenientes que la cárcel para las personas drogadictas que han cometido delitos relacionadas con su estado. Este enfoque, por lo tanto, no debe confundirse con una especie de pedido de "amnistía incondicional" para todos aquellos que usan drogas y que han cometido delitos, sino solo una posible alternativa al encarcelamiento que permita utilizar tratamientos terapéuticos y de rehabilitación, apropiados y eficaces, para aquellas personas que tengan realmente derecho a ello, en virtud de su estado de enfermedad relacionado con la drogadicción.

La venta, la producción no autorizada, el cultivo, el tráfico de sustancias estupefacientes son acciones y conductas punibles en lo que se refiere a la capacidad de destruir la salud y la estabilidad de toda la comunidad. Ser toxicómano no justifica dichos comportamientos que permanecen socialmente lesivos y censurables en cada caso.

Principios para la activación de medidas alternativas a la cárcel

La siguiente tabla transcribe los principios que son convenientes compartir para definir las estrategias e intervenciones con el fin de facilitar el acceso de las medidas alternativas a la cárcel para las personas toxicómanas que han cometido delitos.

1 Dependier de sustancias es una enfermedad

La toxicomanía y la dependencia del alcohol son enfermedades del cerebro que pueden prevenirse, tratarse y curarse, son causadas por el uso prolongado y continuo de sustancias estupefacientes o alcohólicas y por la presencia combinada de factores genéticos, psíquicos y socioambientales²⁻⁸.

2	El uso de drogas (sin dependencia)	<p>Usar drogas de forma ocasional o periódica (sin dependencia) es un comportamiento de alto riesgo para la salud que puede ser evitado voluntariamente y debería ser considerado un ilícito administrativo que deberá sancionarse en el ámbito civil^{9,10} con el fin de crear una fuerte disuasión y proteger también a la población de eventuales daños que estas personas podrían provocar a terceros (accidentes viales, laborales, etc.) como consecuencia del déficit del rendimiento de la atención y de la psicomotricidad que el uso de drogas conlleva¹¹⁻¹⁴.</p>
3	La persona toxicómana no es un delincuente por el solo hecho de usar sustancias	<p>Ninguna persona, por el solo hecho de usar sustancias estupefacientes o alcohol y por depender de ellos, puede ser considerada un delincuente sino, por el contrario, debe entenderse en su enfermedad, soportada, motivada y ayudada a emprender y mantener (aun a través de la aplicación de la ley) un serio camino de cura mediante tratamientos eficaces, seguros y orientados hacia la recuperación total de la persona y de su autonomía¹⁵⁻¹⁸. La dependencia a las drogas, por lo tanto, siendo una condición de enfermedad, no puede ser considerada un crimen, es decir: ser considerada un delito y, por ende, penalizada con penas o detenciones.</p> <p>Ninguna persona puede ser discriminada por ser drogadicta, al mismo tiempo es necesario tener presente que las personas en estado de detención, deben ser tratadas respetando los derechos del hombre¹⁹⁻²².</p> <p>Las evidencias demuestran que quien usa drogas o abusa del alcohol tiene una probabilidad mayor de estar involucrado en acciones delictivas (venta, tráfico, hurto, robo, violencia, etc.), y esto puede depender de la falta y las necesidades de dinero para la adquisición de la droga o para entablar relaciones con personas traficantes que pertenecen al sistema criminal. Es preciso considerar también que esto podría depender de elecciones de vida antisociales de la persona que decide no querer aceptar las normas y las reglas sociales de convivencia y de procurarse una renta permaneciendo en la legalidad, independientemente del uso de sustancias²³⁻²⁷. El comportamiento criminal además puede estar incentivado, no solo por las condiciones mencionadas en los párrafos anteriores, sino también por los efectos de las mismas drogas, entre las que se encuentran en primer lugar la cocaína y la anfetamina, utilizadas a menudo también por los delincuentes no drogadictos para mantenerse en el cumplimiento de las acciones delictivas²⁸⁻³⁰.</p>
4	Toxicomanías y Delincuencia: no sólo represión, sino también una oportunidad de rehabilitación y recuperación social	<p>Algunas personas toxicómanas cometen actos delictivos de diferente tipo y, a veces, sin relación con su enfermedad y necesidades que derivan de ella.</p> <p>En cada caso, estos comportamientos pueden entenderse humanamente, pero no justificarse social ni legalmente y, por lo tanto, deben ser castigados de acuerdo con la ley, dando sin embargo la posibilidad de transformar las penas en caminos alternativos de tratamiento y de rehabilitación y de poder resolver, no sólo el estado de enfermedad neuropsíquica, sino también la desviación social que deriva en consecuencia³¹⁻³⁴.</p> <p>La ley debería prever, en realidad, que quienes cometen actos delictivos (no violentos o contra la persona) por necesidades relacionadas con la presencia de una toxicomanía pueda conmutar las penas por vías alternativas de tratamiento y de rehabilitación y trabajos socialmente útiles. Esta condición puede representar una oportunidad de rehabilitación y recuperación del sujeto³⁵⁻³⁸.</p>

5	<p>La cárcel no es un lugar apto para la cura de las toxicomanías y la rehabilitación</p>	<p>La cárcel no es un lugar de rehabilitación para los drogadictos. Una pena exclusivamente aflictiva puede devolver a la sociedad personas en peor condición con respecto a sus problemáticas de carácter psicoconductual y sociales. Solo un encarcelamiento convertido en camino terapéutico-de rehabilitación, capaz –es decir de acompañar y mantener al detenido durante toda la expiación de la pena– permite concretar, con éxito, la plena recuperación. Es sólo en estos casos que la pena se transforma, entonces, en ocasión de cura para el sujeto y de ganancia para la sociedad que recupera un miembro con todas sus potencialidades³⁹⁻⁴².</p> <p>Debe recordarse, por otro lado, una cosa muy importante y es que utilizar el condicionamiento positivo, que puede derivar de la aplicación de las penas alternativas, a los caminos de tratamiento y rehabilitación, es racional y oportuno⁴³⁻⁴⁵, precisamente, en el interés del paciente afectado por una enfermedad que además del organismo, mina y altera la capacidad de decisión, la motivación y, por lo tanto, la voluntad de salir de manera autónoma de la dependencia si no es apoyado y ayudado en el momento oportuno, respetando, de cualquier modo, sus derechos humanos⁴⁶⁻⁴⁹.</p>
6	<p>Mayor promoción del recurso a las medidas alternativas a la cárcel y caminos terapéutico-de rehabilitación para los toxicómanos</p>	<p>Existe, por lo tanto, la necesidad también de promover nuevos procedimientos para poder disminuir la presencia de personas drogadictas en la cárcel e incentivar la aplicación de vías alternativas de tratamiento y de rehabilitación^{50,51}.</p> <p>Por lo tanto, es necesario promover formas de pena alternativas para evitar, ya sea la entrada en la cárcel de los toxicómanos que cometen delitos (conmutando, de forma inmediata, la pena de detención en caminos asistidos fuera de la cárcel), ya sea, de forma contemporánea, incentivando la salida de los drogadictos presentes en la cárcel a través de la activación de programas de rehabilitación⁵²⁻⁵⁴.</p> <p>Es muy conveniente y eficaz el empleo de los toxicómanos en trabajos sociales útiles, en contacto con las organizaciones de voluntariado.</p>
7	<p>Ingreso en la cárcel y el diagnóstico de drogadicción: intervención rápida y basada en la evidencia</p>	<p>Con el fin de poder aplicar de forma correcta las medidas alternativas a la cárcel a las personas con necesidades reales socio-sanitarias, evitando por parte de algunas personas detenidas un uso instrumental y manipulador de esta oportunidad, es preciso que se realice siempre en el ingreso a la cárcel un diagnóstico correcto especializado para verificar la existencia de la drogadicción, a través de la utilización de criterios estándares que hacen referencia, por ejemplo, al DSM IV [N.d.T.: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales] y al ICD [N.d.T.: Clasificación Internacional de Enfermedades] 10⁵⁵⁻⁵⁹. En este contexto, es oportuno verificar la existencia de enfermedades infecciosas relacionadas con la droga, las cuales deben tenerse en cuenta también en la estructuración de programas de rehabilitación personalizados^{60,61}.</p>
8	<p>Mayor integración entre operadores de la justicia, de la salud y de la parte social: una sinergia eficaz y en beneficio de cada individuo y de la comunidad</p>	<p>La justicia puede desarrollar una importante tarea de rehabilitación y no solo de represión.</p> <p>Las plantillas de diputados para activar y agilizar la utilización de las medidas alternativas deben estar principalmente integradas, compuestas por magistrados y operadores de la salud –sociales y penitenciarios– unidos por la misma intención de rehabilitación y de recuperación de las personas drogadictas⁶²⁻⁶⁴.</p> <p>Las plantillas deben estar bien formadas, motivadas y apoyadas en sus acciones por parte de las autoridades competentes. La formación de base debería ser común y multidisciplinaria y guardar relación ya sea con los aspectos neurocientíficos, terapéuticos, de rehabilitación, cognitivo conductual y legales⁶⁵⁻⁶⁸.</p>

9	Vías alternativas eficaces, sostenibles y menos costosas	<p>Las vías terapéuticas alternativas a la cárcel son sostenibles y permiten ahorrar dinero a la comunidad y sufrimiento al individuo y a su familia.</p> <p>Una persona drogadicta en la cárcel cuesta más que una persona en tratamiento de rehabilitación alternativo⁶⁹. La medida alternativa produce un doble beneficio: para el sujeto, que se cura y recupera y, para la sociedad, que se enriquece con un componente rehabilitado, nuevamente insertado y productivo. La medida alternativa es la principal forma de contraste con las reincidencias del delito.</p>
10	Necesidad de introducir sistemas permanentes de evaluación de resultados, de costos y beneficios	<p>Las intervenciones terapéuticas-de rehabilitación precisan de acciones irrenunciables y sistemas de evaluación ya sea de resultados, con indicadores concretos y que pueden evidenciarse (ejemplo: porcentaje de sujetos no reincidentes en la actividad delictiva, porcentaje de sujetos no reincidentes en el uso de sustancias y en la dependencia, tiempo de reincidencia), ya sea de costos (costos de los programas activados con relación a eficacia real) y beneficios directos (ahorro de costos de la presencia de personas drogadictas en la cárcel, rentas productivas reactivadas con los programas de rehabilitación)⁷⁰⁻⁷².</p>
11	Garantizar vías alternativas a la cárcel con especial atención para las mujeres	<p>Es necesario poner una adecuada y particular atención al problema de la detención por actos delictivos relacionados con la utilización de sustancias estupefacientes y el abuso de alcohol de las mujeres y prever para ellas medidas específicas⁷³⁻⁷⁵. Las exigencias de prever desde un principio vías de recuperación alternativas a la cárcel para las mujeres es imperioso también y, sobre todo, por la responsabilidad familiar que ellas a menudo tienen con relación a los hijos y por el hecho que muchas veces son el único progenitor con la tenencia de los niños⁷⁶⁻⁷⁸. Efectivamente, además de las consecuencias que derivan de la detención para la mujer, se debe tener en cuenta que la separación de una madre de su hijo puede provocar traumas también graves en el crecimiento y desarrollo de los mismos niños⁷⁹. Por lo tanto, la medida alternativa para ellas y sus hijos debería ser considerada fundamental.</p>

Conclusiones

Es el deseo que muchos Estados puedan compartir estos principios y logren, en un futuro cercano, crear cada vez más estrategias eficaces y vías alternativas a la cárcel de forma coordinada y diligente de acuerdo con estos principios generales.

El presente memorándum de intención representa una base común de sentir y actuar para todos aquellos que lo quieran compartir y suscribir y pretende contribuir al aumento de la sensibilización, sobre todo en los forjadores de políticas (siempre en el respeto y en la autonomía de las elecciones legislativas de cada país en particular), hacia la necesidad de incrementar de manera coordinada en todo el mundo la aplicación de las medidas terapéuticas-de rehabilitación alternativas a la cárcel para las personas toxicómanas que han cometido delitos no violentos.

Finalmente, nosotros consideramos que al incentivar las medidas alternativas se respetan los derechos humanos, se valorizan las convenciones internacionales y se ofrece un beneficio a toda la comunidad.

Bibliografia

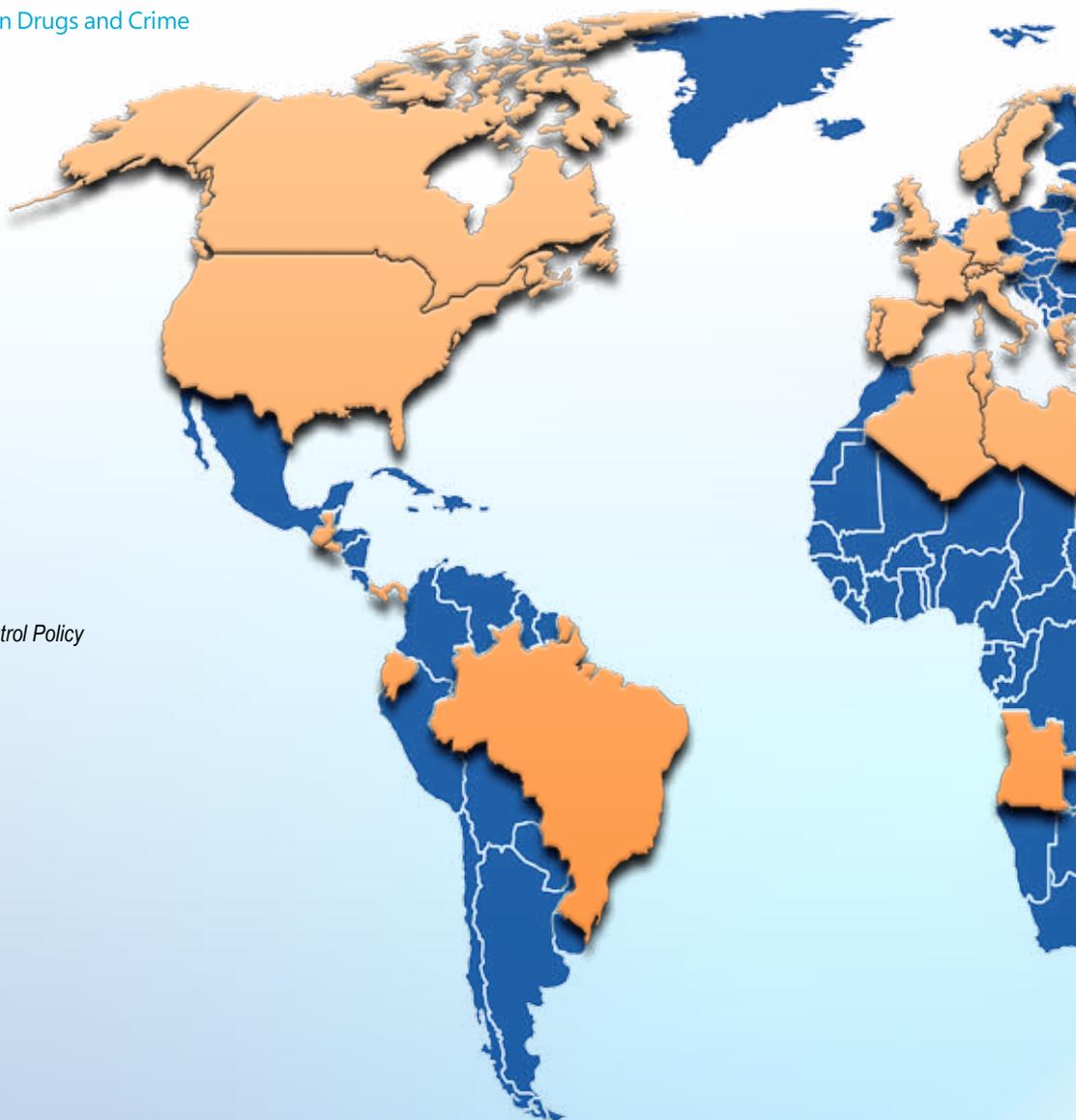
1. United Nations, Single Convention on Narcotics Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotics Drugs, 1961, art. 36, 38.
2. National Institute of Drug Abuse, monograph "Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction", Bethesda, 2007.
3. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry*. 2002 Oct;159(10):1642-52.
4. Vetulani J. Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. *Pol J Pharmacol*. 2001 Jul-Aug;53(4):303-17.
5. Feil J, Sheppard D, Fitzgerald PB, Yücel M, Lubman DI, Bradshaw JL. Addiction, compulsive drug seeking, and the role of frontostriatal mechanisms in regulating inhibitory control. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010 Nov;35(2):248-75. Epub 2010 Mar 17.
6. American Society of Addiction Medicine, Public Policy Statement: definition of addiction, ASAM, August 2011.
7. Le Moal M, Koob GF. Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007 May-Jun;17(6-7):377-93. Epub 2006 Dec 12.
8. Koob GF. The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis, *Addiction*, Volume 101, Issue Supplement s1, pages 23-30, September 2006.
9. White House Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy, 2010 e 2012.
10. Harrell A, Roman J, Reducing Drug Use and Crime among Offenders: The Impact of Graduated Sanctions, *Journal of Drug Issues* January 2001 vol. 31 no. 1 207-231.
11. Blows S, Ivers RQ, Connor J, Ameratunga S, Woodward M, Norton, Marijuana use and car crash injury. *Addiction*. 2005 May;100(5):605-11.
12. Bolla KI, et al., 2003. Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. *Neuroimage*19(3): 1085-1094.
13. Bosker WM, Kuypers KP, Conen S, Kauerer GF, Toennes SW, Skopp G, Ramaekers JG. MDMA (ecstasy) effects on actual driving performance before and after sleep deprivation, as function of dose and concentration in blood and oral fluid. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011 Sep 28.
14. Eldreth DA, Matochik JA, Cadet JL, Bolla KI. Abnormal brain activity in prefrontal brain regions in abstinent marijuana users, *NeuroImage* Volume 23, Issue 3, November 2004, Pages 914-920.
15. Koob GF., op. cit.
16. National Institute on Drug Abuse, Relapse and recovery in drug abuse, Research Monograph, 1986.
17. <http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction/treatment-recovery>.
18. National Institute on Drugs Abuse. "Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction", op. cit.
19. United Nations, General Assembly, Basic Principles for Treatment of Prisoners, A/RES/45/111, 14 December 1990.
20. United Nations, Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolutions 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977, www.ohchr.org/english/law/pdf/treatmentprisoners.pdf, last visit december 2012.
21. European Parliament, The rights of prisoners in the European Union, European Parliament recommendation to the Council on the rights of prisoners in the European Union (2003/2188(INI)), P5_TA(2004)0142. http://www.europarl.europa.eu/sides_getDoc.do?lang=EN&docId=10142, last visit december 2012.
22. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies) <http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/PRISONS/EPR/Regole%20Penitenziarie%20Europee%20ITALIANO.pdf>
23. Turan R, Yargic I. The relationship between substance abuse treatment completion, sociodemographics, substance use characteristics, and criminal history. *Subst Abuse*. 2012;33(2):92-8.
24. Albrecht H. Addiction, intoxication, criminal law and criminal justice: an introduction. *Eur Addict Res*. 1998 Sep;4(3):85-8.
25. Ferrario F. Le dimensioni dell'intervento sociale, Carocci, Roma, 2004.
26. Olivetti Manoukian F. "Progettare l'inserimento lavorativo", in AA.VV., L'integrazione socio-lavorativa. Dal progetto individuale alla organizzazione che cura, ed. Gruppo Abele, Torino, 2000.
27. World Health Organization, The Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
28. Harrison L, Groerger J. The Intersection of Drug Use and Criminal Behavior: Results from the National Household Survey on Drug Abuse Crime & Delinquency October 1992 38: 422-443.
29. Miller NS, Gold MS, Mahler JC. Violent Behaviors Associated With Cocaine Use: Possible Pharmacological Mechanisms, *International Journal of the Addictions* Volume:26 Issue:10 Dated:(1991) Pages:1077-1088.
30. Brower MC, Price BH. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review, Review series, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:720-726.
31. Koob GF., op. cit.
32. Chandler RK, Fletcher BW, Volkow ND. Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety., *JAMA*. 2009 Jan 14;301(2):183-90.
33. Taxman FS, Perdoni ML, Harrison LD., Drug treatment services for adult offenders: the state of the state. *J Subst Abuse Treat*. 2007 Apr;32(3):239-54. Epub 2007 Mar 9.
34. Pelissier B, Jones N, Cadigan T. Drug treatment aftercare in the criminal justice system: a systematic review. *J Subst Abuse Treat*. 2007 Apr;32(3):311-20. Epub 2006 Dec 8.
35. Koob GF., op. cit.
36. Access to Recovery (ATR) Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care: Three Case Studies, Abt Associates Inc., August 2009.
37. White WL. Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries, *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 33, Issue 3, October 2007, Pages 229-241.
38. Center for Substance Abuse Treatment. Screening for Infectious Diseases Among Substance Abusers. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 6, 1993.
39. Koob GF., op. cit.
40. National Institute on Drug Abuse, Relapse and recovery in drug abuse, op. cit.
41. Access to Recovery (ATR), op. cit.
42. White WL., op. cit.
43. United Nations Office on Drugs and Crime, Custodial and non-custodial measures. Alternatives to Incarceration, New York, 2006.
44. Single E, Wortley S. A comparison of alternative measures of alcohol consumption in the Canadian National Survey of alcohol and drug use. *Addiction*. 1994 Apr;89(4):395-9.
45. Belgian science policy, Effects of alternative measures for drug users, http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/Drug/rDR16r_en.pdf
46. National Institute on Drugs Abuse, op. cit.
47. Ries RK. Principles of Addiction Medicine, Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
48. Kuhn CM and Koob GF. Advances in the Neuroscience of Addiction, CRC Press, 2010.
49. Brown R, Lo R. The physical and psychosocial consequences of opioid addiction: an overview of changes in opioid treatment., *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 2000 Jun;9(2):65-74.
50. Access to Recovery (ATR), op. cit.
51. United Nations Office on Drugs and Crime, op. cit.
52. Mee-Lee D. ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised, April, 2001.
53. Zaller N. Drug court as an alternative to incarceration. *Med Health R I*. 2007 May;90(5):154-6.
54. Hynes CJ. DTAP (Drug Treatment Alternative to Prison) offers model for helping offenders. *Behav Healthc Tomorrow*. 2000 Dec;9(6):SR23-5.
55. Access to Recovery (ATR), op. cit.
56. Ries RK., op. cit.
57. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder. Fourth Edition. Text Revision. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, 2000.
58. World Health Organization, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2001.
59. Mee-Lee D., op. cit.
60. United Nations Office on Drugs and Crime, op. cit.
61. Mee-Lee D., op. cit.
62. Access to Recovery (ATR), op. cit.
63. Zaller N., op. cit.
64. <http://www.nadcp.org/nadcp-home/>
65. Hynes CJ., op. cit.
66. Torgensen K, Buttars DC, Norman SW. How drug courts reduce substance abuse recidivism. *J Law Med Ethics*. 2004 Winter;32(4 Suppl):69-72.
67. <http://www.nadcp.org/nadcp-home/>, op. cit.
68. Naegle MA, Richardson H, Morton K. Rehab instead of prison: drug courts provide opportunities for nurse practitioners. *Am J Nurs*. 2004 Jun;104(6):58-61.
69. United Nations Office on Drugs and Crime, op. cit.
70. Mee-Lee D., op. cit.
71. McLellan T, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring, *Addiction*, Volume 100, Issue 4, pages 447-458, April 2005.
72. Cohen MA. Measuring the Costs and Benefits of Crime and Justice, Measurement and analysis of crime and justice, Volume 4, 2000
73. Resolution 2010/16. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules), www.un.org/en/ecosoc/docs/2010/res2010-16.pdf, last visit december 2012.
74. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers, op. cit.
75. Commission on Narcotic Drugs Fifty-fifth session Vienna, 12-16 March 2012 Agenda item 6 (a) Implementation of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem: demand reduction and related measures. Albania, Croatia, Denmark, El Salvador, Israel, Peru, Philippines, Thailand, Ukraine and United States of America: revised draft resolution Promoting strategies and measures addressing specific needs of women in the context of comprehensive and integrated drug demand reduction programmes and strategies.
76. Van Den Bergh BJ, Moller LF, World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health. Copenhagen, 2009. WHO Regional Office for Europe and Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2009.
77. Van Den Bergh BJ, Gatherer A, World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, Women's health in prison Action guidance and checklists to review current policies and practices. WHO Regional Office for Europe, Tomris Atabay and Fabienne Hariga United Nations Office on Drugs and Crime. 2011, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf, last visit december 2012.
78. Van Den Bergh BJ, Gatherer A, Moller LF, Women's health in prison: urgent need for improvement in gender equality and social justice, World Health Organization Regional Office for Europe, Bulletin of the World Health Organization 2009; 87: 406-406. doi: 10.2471/BLT.09.066928. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-06628/en>, last visit december 2012.
79. Van Den Bergh BJ, Moller LF, World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health, op. cit.

Países y organizaciones participantes en la reunión

Roma 9-10 de octubre de 2012



En colaboración con:



- | | | | |
|---|--|---|--|
|  Argelia |  Angola |  Austria |  Brasil |
|  Egipto |  El Salvador |  Filipinas |  Francia |
|  Grecia |  Guatemala |  Israel |  Italia |
|  Líbano |  Libia |  Malta |  Noruega |
|  Fed. de Rusia |  Reino Unido |  San Marino |  España |
|  Tayikistán |  Turkmenistán |  Ucrania |  Uzbekistán |



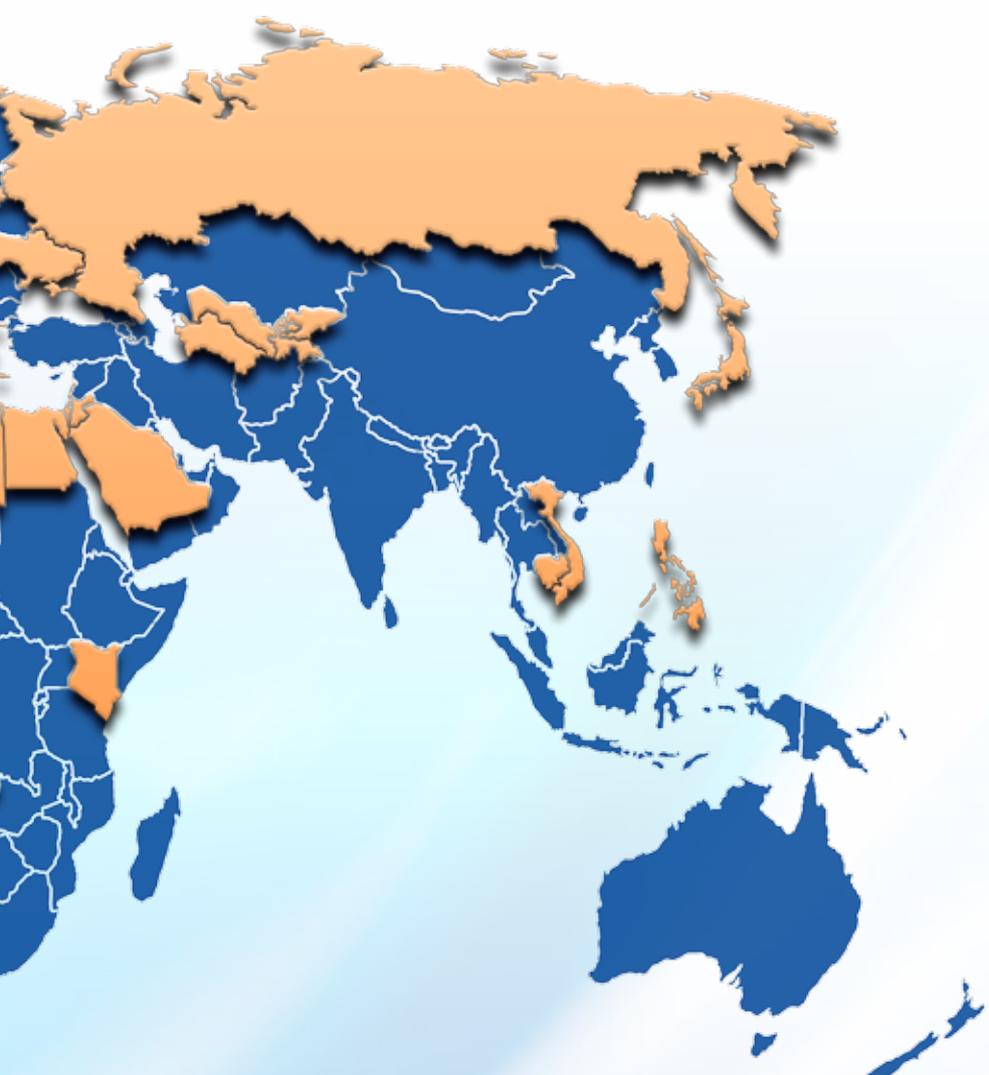
Consortio Internacional de Solidaridad para la Prevención Precoz

No existe una solución "única" para todos los países, sino la solución "justa" para cada situación, en base a las diferentes condiciones ambientales y culturales, a la sustentabilidad, a la evolución del fenómeno, a los sistemas de salud, a las estructuras sociales y a la presencia de organizaciones criminales.

- La solidaridad es una necesidad, no sólo una obligación moral;
- Es un valor positivo para aquellos que creen en el futuro;
- Es el principio básico para una globalización inteligente y humana.

Los objetivos del Consorcio

- Promover la cooperación internacional y la coordinación de propósitos en el ámbito de la prevención;
- Activar una colaboración real para el futuro, con todos los países interesados y dispuestos a compartir el entusiasmo y la pasión para preservar las futuras generaciones;
- Compartir las estrategias, los materiales, los métodos, las buenas prácticas (científicamente orientadas) en el campo de la prevención.



 Camboya

 Canadá

 Ecuador

 Japón

 Jordania

 E. Árabes Unidos

 Kenia

 Kirguistán

 Letonia

 A. N. Palestina

 Panamá

 Portugal

 EE.UU.

 Suiza

 Suecia

 Vietnam

9 de octubre



Andrea Riccardi
Ministro de Cooperación
Internacional e Integración



Yury Fedotov
Director Ejecutivo de la Oficina
ONU contra la Droga y la
Delincuencia (UNODC)



Sandro De Bernardin
Director General de
Asuntos Políticos y de Seguridad
Ministerio del Interior



Raymond Yans
Presidente del Órgano
Internacional de Control
de Estupefacientes (INBC)



Giovanni Serpelloni
Jefe de Departamento de Políticas
Antidrogas Presidencia del
Consejo de Ministros



Gilberto Gerra
Jefe del Sector de Prevención
de Drogas y Salud de la
UNODC



Viktor Ivanov
Director del Servicio Federal
para el Control de Drogas
(Federación Rusa)



Kjell Erik Øie
Secretario de Estado. Ministerio
de Salud y Servicios de
Tratamiento (Noruega)



R. Gil Kerlikowske
Director, Oficina Nacional de
Políticas de Control de
Drogas (ONDCP – USA)



Yea-Rin Cha
UNODC,
iniciativa para jóvenes



Zili Sloboda
Director, Investigación y
Desarrollo,
JSB International Inc.
Consultor USA y UNODC



Jeffrey Lee
Director Ejecutivo
Fundación Mentor (EE.UU.)



Arthur T. Dean
Consultor de Políticas Públicas,
Comunidad Coaliciones
Anti-Droga de América (EE.UU.)



Susan R. Thau
Consultor de Políticas Públicas,
Comunidad Coaliciones
Anti-Droga de América (EE.UU.)



Patrick Penninckx
Secretario Ejecutivo del Grupo
Pompidou, UE



Danilo Ballotta
Representante Observatorio
Europeo de las Drogas y las
Toxicomanías (EMCDDA)
del Consejo de Ministros UE

10 de octubre



Giovanni Tamburino
Jefe del Departamento
de la Administración Penitenciaria
Ministerio de Justicia



West Huddleston
Jefe de la Oficina Ejecutiva de la
Asociación Nacional
de Profesionales del Tribunal de
Droga (NADCP – EE.UU.)



Douglas B. Marlowe
Jefe de Ciencia, Derecho y Política,
Director de la División Legal e
Investigación Ética
(NADCP – EE.UU.)



Robert G. Rancourt
Juez, Asociación Nacional
de Profesionales del Tribunal de
Drogas (NADCP – EE.UU.)



Lindsay Wood
Jefe de Policía y Vicepresidente
Scotland Sheriffs' Association,
Resident Sheriff de Glasgow,
(Reino Unido)



Jonathan Lucas
Director de la Oficina
Interregional
para la Investigación sobre la
Delincuencia y la
Justicia (UNICRI)



Kevin A. Sabet
Director del Instituto de Políticas
de Droga,
Universidad de Florida (EE.UU.)

* Présentés dans l'ordre de leur conférence.

Galería fotográfica del evento

Intervención del Ministro Andrea Riccardi



Andrea Riccardi, Yury Fedotov y Giovanni Serpelloni



Apertura de los trabajos de la primera jornada



Conferencia de prensa



Yury Fedotov



Patrick Penninckx, Danilo Ballotta, Giovanni Serpelloni, Yury Fedotov, Raymond Yans, Jonathan Lucas y Gilberto Gerra.

Andrea Riccardi y Gilberto Gerra



Vista de la sala con las delegaciones presentes



Intervención de Giovanni Serpelloni



Intervención de Raymond Yans



Algunos oradores de la primera jornada



Intervención de Elisabetta Simeoni



Declaración de las delegaciones



Intervención de Giovanni Tamburino



Declaración de las delegaciones



Algunos oradores de la segunda jornada



Jonathan Lucas, Kevin Sabet y Gilberto Gerra



Algunas de las delegaciones presentes en el evento

Discusión entre las delegaciones



Intervención de Jonathan Lucas



Gilberto Gerra, Giovanna Campello y Elisabetta Simeoni



West Huddlestoni introduce las Drug Courts



West Huddleston, Douglas B. Marlowe y Robert G. Rancourt



Intervención de Kevin Sabet



Intervenciones en la sala



Equipo de organización y colaboradores del DPA (Alianza para las Políticas de Drogas)

Área Administrativa: **Mauro Papi**

Gianluca Amico, Nadia Balestra, Paolo Berretta, Iliaria Bulla, Vittorio Cajola, Fiorella Calò, Patrizia Carnevale, Iulia Alexandra Carpignano, Arianna Cioffi, Giorgia Costa, Veronica D'Ambrosio, Riccardo de Conciliis, Massimo De Giorgi, Carlo De luca, Angelina De Simone, Luciano Del Mastro, Raffaella Esposito, Carmela Danila Facchini, Carolina Faiella, Anna Maria Fanfarillo, Sara Fanfarillo, Alessandra Fraschini, Barbara Gagliassi, Bruno Genetti, Andrea Giovannelli, Cinzia Grassi, Sabrina Liberatori, Luigi Paolo Marafico, Francesca Marazzi, Nicoletta Marconi, Marilisa Marianella, Giulia Marino, Andrea Martena, Roberto Mollica, Daniela Morrone, Renata Pace, Sara Piilucci, Sonia Principe, Andrea Ricci, Silvia Romano, Placido Maria Signorino, Manuela Svampa, Roberta Tito, Lorenzo Tomasini, Andrea Toraldo, Maria Alessandra Tullio, Fedele Tullio, Eugenio Francesco Valenzi, Luisa Vecchiocattivi, Marisa Verdi, Giulia Vinciguerra, Silvia Zanone.



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

Via dei Laterani, 34 - 00184 - Roma
Tel. 06/67796350 - Fax 06/67796843
e-mail: dipartimentoantidroga@governo.it

Siti istituzionali:

<http://www.politicheantidroga.it>
<http://www.allertadroga.it>
<http://www.droganograzie.it>
<http://cocaina.dronet.org>
<http://drugsonstreet.it>
<http://www.drogaedu.it>
<http://italianjournalonaddiction.it>
<http://cannabis.dronet.org>

<http://www.dronet.org>
<http://www.droganews.it>
<http://www.drugfreedu.org>
<http://www.neuroscienzedipendenze.it>
<http://alcol.dronet.org>
<http://www.dreamonshow.it>
<http://www.dpascientificcommunity.it>
<http://www.drogaprevenzione.it>