



Boletín EPIDEMIOLOGICO

Instituto Mexiquense contra las Adicciones



Justicia Terapéutica

**I Congreso Internacional
II Congreso Nacional**

Comparativo de mortalidad
por envenenamiento
accidental o autoinflingido
por drogas en el
Estado de México,
2006-2010.

Consumo de drogas
en menores infractores,
Consejo Tutelar,
Estado de México.

Detección del consumo
de drogas, en la Unidad
Nezahualcóyotl de la
Universidad Autónoma
del Estado de México

Directorio

Eruviel Ávila Villegas
Gobernador Constitucional del Estado de México

Cesar Nomar Gómez Monge
Secretario de Salud y Presidente

Sergio Carlos Rojas Andersen
Director del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones

Representantes que integran el Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA).

Consejo Editorial:

Cesar Nomar Gómez Monge
Sergio Carlos Rojas Andersen

Comité Editorial:

Carlos Colín Marín
Alonso Gutiérrez Novelo
Estela Rincón Hernández
Xochitl Ramírez Ramírez
Ma. del Carmen Gutiérrez Vázquez
Coordinadora Editorial
Ma. del Carmen Gutiérrez Vázquez
Diseño e Imagen y Corrección de estilo
Ma. del Carmen Gutiérrez Vázquez
Josué García Vilchis

Publicación del Instituto Mexiquense contra las Adicciones del Estado de México "BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO", AÑO I, No 2, Julio-Diciembre 2013. Publicación semestral, Editada y distribuida por el Instituto Mexiquense Contra las Adicciones, Isabel la Católica No 211 Col. Santa Clara, C.P. 50070, Toluca, Estado de México, teléfonos (01722) 2 13 22, 2 13 50 63, 213 49 08, <http://salud.edomex.gob.mx/imca/>; imca.adicciones@gmail.com.

Editor responsable E.S.P. Ma. del Carmen Gutiérrez Vázquez. Certificado de Reserva de Derechos:
Otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas de la Secretaría de Gobernación, impresa por:
Toluca, Estado de México, este número se termino de imprimir el
de 2014, con un tiraje de ejemplares. **Distribución gratuita.**

Contenido

- 2 **Justicia Terapéutica:** Definición de David B. Wexler
- 3 **Introducción**
- 5 **Justicia Terapéutica:** Una Visión General
- 12 **Tribunales de Tratamiento de Drogas:** Justicia Terapéutica Aplicada
- 18 **Tribunales de Adicciones en México**
- 22 **Instalacion de los Comites Municipales contra las Adicciones**
- 27 **I Congreso Internacional**
II Congreso Nacional
Justicia Terapeutica “Hacia un enfoque integral de atención a las adicciones”
- 30 • Sistema de Justicia Penal y Tribunales de Tratamiento de Adicciones
- 34 • Alternativas al Encarcelamiento: Un Enfoque para el Hemisferio.
- 41 • Tribunales para tratamiento de adicciones: Un nuevo enfoque en las políticas públicas.
- 46 • Alcances de la Vinculación Delito-Droga en la implementación de los modelos de justicia alternativas para personas con adicciones.
- 48 • Relación entre la comisión de conductas delictivas y el consumo de drogas.
- 58 • Tratamiento de las personas con adicciones en conflicto con la ley.
- 62 **Participación del Instituto Mexiquense contra las Adicciones con 3 investigaciones epidemiologicas en la Reunion Anual de Salud Pública**
- 63 • Comparativo mortalidad por envenenamiento accidental o autoinflingido por drogas en el Estado de México, 2006 - 2010.
- 72 • Consumo de drogas en menores infractores, Consejo Tutelar, Estado de México.
- 79 • Detección de consumo drogas, unidad Netzahualcóyotl Universidad Autónoma Estado de México.

JUSTICIA TERAPÉUTICA

“La justicia terapéutica es el estudio del rol de la ley como agente terapéutico”.
Se centra en el impacto de la ley, en el espectro emocional y en el bienestar psicológico de las personas.

David B. Wexler

La justicia terapéutica, un método cuyo padre es David B. Wexler, director de la International Network on Therapeutic Jurisprudence.

INTRODUCCIÓN

La drogodependencia puede ser considerada como el mayor reto que ha enfrentado la sociedad moderna por sus repercusiones sociales, económicas y política. Ha sido catalogada como uno de los problemas SOCIALES y de SALUD PÚBLICA mayor del siglo XX, no sólo por las implicaciones en la salud física y mental sino también por los aspectos legales, y criminales que presenta. Está asociada a actos como: crímenes contra las personas y la propiedad, tráfico ilegal, asesinatos por el control de los “puntos”, prostitución, disfunción familiar, así como violencia doméstica, maltrato de niños, suicidio; y en la transmisión del VIH (SIDA), Hepatitis B y C a través del intercambio de jeringuillas y otras conductas de alto riesgo y en la transmisión de enfermedades sexuales. Es por ello que la drogodependencia tiene un alto costo no solo para los individuos y las familias víctimas del crimen, sino para la sociedad en general (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adicción como un estado de intoxicación periódica o crónica, nocivo para el individuo y la sociedad, provocado por el consumo repetido de un fármaco natural o sintético, cuyas características son: un afán exagerado por la droga, la tendencia a elevar la dosis, la dependencia psíquica y física del fármaco, y la aparición de síntomas al suprimir la droga (1).

La Estrategia Hemisférica sobre Drogas (aprobada por la Asamblea General de la OEA en junio de 2010) reconoce que la drogodependencia es una enfermedad crónica y recurrente que debe ser considerada y tratada como un asunto de salud pública. La estrategia llama a los

estados miembros a “explorar vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad”. (2).

A lo largo de la historia también vemos el uso de sustancias que alteran el estado de conciencia, relacionadas con la magia, la religión y con la medicina. Muchas sustancias que mezclaban opio o sus derivados fueron producidos con propósitos médicos y una variedad de aplicaciones (1). A finales del 1800 y los inicios de 1900 el alcohol, la cocaína y los opiáceos eran usados comúnmente para propósitos médicos y eran productos patentizados. Al principio del siglo XX había un alto consumo de estas drogas para propósitos médicos y recreativos. Para esa época el uso de estas sustancias era visto con tolerancia y cierta simpatía, mientras que la dependencia del alcohol era rechazada. Sin embargo, las actitudes hacia las drogas y el alcohol fueron cambiando gradualmente y el alcohol llegó a ser socialmente aceptado, mientras que el uso de estas sustancias fue rechazado al ver los efectos adictivos y asociarse la adicción con el crimen, prostitución y los grupos socioeconómicos bajos. Esto resultó en una percepción del usuario de drogas como un grupo temido y rechazado de la sociedad (1).

La Justicia Terapéutica es el estudio del impacto de la ley en el bienestar psicológico. Es un enfoque interdisciplinario del conocimiento legal que tiene una agenda de reforma legal. La Justicia Terapéutica busca evaluar las consecuencias terapéuticas y anti-terapéuticas de la ley y como ésta se aplica. También, busca influir en

un cambio legal diseñado para aumentar las consecuencias terapéuticas y disminuir las anti-terapéuticas. Puede considerarse como un enfoque sobre salud mental de la ley que utiliza herramientas de las ciencias del comportamiento para evaluar el impacto terapéutico de la ley, y cuando es consistente con otros valores legales importantes, para reformar la ley, y los procesos legales en forma que puedan mejorar la función psicológica y el bienestar emocional de los afectados. (3).

Los Tribunales de Tratamiento de Drogas fueron pioneros a fines de la década de los años ochenta a la vez se desarrollaba la “Justicia Terapéutica” como enfoque interdisciplinario de conocimiento legal y reforma de la ley. Aunque los Tribunales de Tratamiento de Drogas se desarrollaron independientemente, puede decirse que toman el enfoque de la Justicia Terapéutica para procesar los casos de drogas puesto que su objetivo es la rehabilitación del infractor. Utilizan el proceso legal y el rol del juez en particular para lograr este objetivo. Los tribunales de tratamiento de Drogas fueron una respuesta al reconocimiento al procesar a infractores no violentos imputados por posesión o consumo de drogas a través de los tribunales

penales, y que procesarlos para encarcelarlos no cambiaría su comportamiento adictivo. Al contrario llevaba al infractor a una “puerta giratoria” en el que los infractores continuaban consumiendo drogas luego de ser puestos en libertad. Así la intervención de los tribunales no podía tratar de manera efectiva el problema subyacente y en esta sentido se podría decir que eran anti-terapéuticos. (3).

“La justicia, que es la esencia misma del Derecho, para ser plena, ha de ir acompañada de la equidad, y ésta no se concibe sin un sentido de humanidad”. (Castan Tobeñas, 1962: 128)

Referencias Bibliograficas

1. Lopez Beltran Ana Maria, Ph.D., MTS.- Las Cortes de Drogas Bajo el Enfoque de Justicia Terapéutica: Evaluación de Programas en Puerto Rico .
2. Paul E. Simons Embajador de la Organización de los Estados Americanos, Tribunales de Tratamiento de Drogas, Una Respuesta Internacional para Infractores Dependientes de Drogas.
3. Bruce J. Winick, David B. Wexler.- Tribunales de Tratamiento de Drogas Justicia Terapéutica Aplicada

Justicia Terapéutica: Una Visión General

Artículo de Revisión

E.S.P. María del Carmen Gutiérrez Vázquez*

¿Que es la justicia Terapéutica?

La Justicia Terapéutica es el “Estudio del rol de la ley como agente Terapéutico”. Se centra en el impacto de la ley, en el espectro emocional y en el bienestar psicológico de las personas. Hasta ahora, la ley no había puesto mucha atención en esta área, centra nuestra atención en este aspecto subestimado anteriormente, humanizando la ley y preocupándose del lado psicológico, emocional y humano de la ley y el proceso legal.

Básicamente, la justicia terapéutica es una perspectiva que considera la ley como una fuerza social que produce comportamientos y consecuencias. A veces, estas consecuencias caen dentro del área que denominamos “terapéutica”; en otras oportunidades, se producen consecuencias anti terapéuticas.

La justicia terapéutica quiere que estemos conscientes de esto y que veamos si la ley puede realizarse o aplicarse de una manera más terapéutica, respetando al mismo tiempo, valores como la justicia y el proceso en sí.(1)

Es importante reconocer que la justicia terapéutica no sugiere por sí misma que las metas terapéuticas deben derribar otras. No apoya el paternalismo, la coerción, etc. Es simplemente una forma de ver la ley de una manera más enriquecedora y así traer a la discusión aspectos que no han sido considerados anteriormente. La justicia terapéutica simplemente sugiere que pensemos en estos aspectos y veamos si pueden ser tomados en cuenta

en la creación de leyes, el ejercicio del derecho y el procedimiento penal. (1).

La Jurisprudencia Terapéutica se manifiesta fundamentalmente en los diferentes métodos de solución de conflictos interpersonales y sociales, y se nutre, principalmente, de los conocimientos de la psicología clínica, de la psicología jurídica, la psiquiatría y el derecho. Uno de los objetivos principales de la TJ es llegar al fondo del conflicto, para con ello resolver de raíz las problemáticas que pudieran ser la causa por la que se comete un delito o una falta.

La base primordial es fomentar el desarrollo de leyes, procedimientos y roles legales que contribuyan al bienestar emocional y psicológico de los actores implicados. Es decir, que la Ley y la aplicación de la misma sean una oportunidad para la ciudadanía, pero especialmente para los usuarios de la Justicia, tanto para los demandados como para quienes demandan, para las víctimas y para los agresores.(1)

La TJ surge a finales de los años ochenta en Estados Unidos y su filosofía ha sido asumida por los poderes judiciales tanto de la Unión Americana como de Canadá, Australia y algunos países de Europa.(1)

La justicia terapéutica surgió de la Ley de Salud Mental, ha sido el tema principal del Simposio sobre las “Leyes de la Discapacidad” de Thomas M. Cooley Law Review, del cual se extraen estos comentarios. La justicia Terapéutica adquirió

experiencia del compromiso civil, de la defensa por demencia y la incapacidad de enfrentar el juicio. También observo la forma en que un sistema diseñado para ayudar a que las personas se recuperen o consigan salud mental a menudo fracasa o causa lo contrario. (1)

Por otro lado, la ciencia ha establecido que el abuso de drogas es más un problema de SALUD que SOCIAL. Los avances científicos en las neurociencias y en las ciencias del comportamiento han revolucionado los conocimientos sobre el abuso y la adicción a drogas. Los científicos han identificado circuitos neurales

envueltos en el abuso de drogas y han encontrado que existen diferencias en el cerebro del adicto al compararse con los no adictos.(Fig.1). Estas diferencias se manifiestan por cambios en la actividad metabólica del cerebro, habilidad receptiva, expresión genética y sus respuestas al medio ambiente. Estos cambios han podido detectarse a través de la tecnología desarrollada como la tomografía de emisión de positrones. Los cambios estructurales y funcionales que se evidencian en el cerebro por la adicción han llegado a concluir que ésta es una enfermedad del cerebro (Fig.2). (Leshner, 1997).(3).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Principios básicos del tratamiento de la drogodependencia: Perspectiva de la salud pública

La drogodependencia es una enfermedad, es un trastorno complejo que obedece a numerosos factores culturales, biológicos, sociales y ambientales. La drogodependencia es un trastorno del cerebro al igual que cualquier otro trastorno neurológico o psiquiátrico. El Informe Mundial sobre Drogas (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2009) estima que 38 millones de personas de entre 15 y 64 años son personas con dependencia de drogas, pero sólo 4,9 millones recibieron

tratamiento y atención basados en evidencia científica. La drogodependencia requiere un tratamiento con un enfoque multidisciplinario e integral, que comprenda intervenciones farmacológicas y psicosociales.

La drogodependencia se considera un problema de salud crónico causado por múltiples factores que a menudo se presenta como una enfermedad con recaídas y remisiones.

En muchas sociedades, la drogodependencia aún no está reconocida como un problema de la salud, y gran cantidad de personas que la sufren son estigmatizadas y no tienen acceso al tratamiento y la atención necesarios.

Los trastornos de consumo de drogas también están asociados con un incremento del riesgo de adquirir otras enfermedades, como virus de transmisión del (VIH/SIDA), hepatitis B y C, tuberculosis, suicidio por sobredosis (intencionales y accidentales), daños auto-infligidos y enfermedades cardiovasculares. (3).

Tratamiento de la drogodependencia:

Dado que la drogodependencia es similar a otras enfermedades crónicas, debería responder al tratamiento con medicamentos y otras intervenciones. Se han publicado numerosos estudios sobre los resultados del tratamiento de la drogodependencia (DATOS9, DORIS10 y NTORS11). Pese a las evidencias, muchos países aún brindan un tratamiento que resulta más adecuado para los trastornos agudos, como la desintoxicación. Al igual que en otras enfermedades crónicas, los efectos del tratamiento de la drogodependencia se optimizan cuando los pacientes se someten a un tratamiento y un monitoreo continuos sin límites ni restricciones.

Otro factor clave para el éxito de los TTD es contar con una buena gestión clínica y cumplir los indicadores clave de desempeño. Los tratamientos farmacológicos deben ser seguros, basarse en la evidencia científica y estar a cargo de personal capacitado y que posea las habilidades necesarias. De ser posible, el tratamiento también debería estar integrado a las clínicas, instalaciones y sistemas de salud existentes para que la drogodependencia sea vista como una enfermedad más y así evitar la estigmatización.

Atención de las personas con necesidades especiales:

Tal como se menciona en los principios clave de la ONUDD y la OEA, el tratamiento debe estar al alcance de todos, y se requieren servicios especializados para las personas con necesidades especiales, como los jóvenes, las mujeres infractoras y los enfermos mentales. Éste será un requisito extra en materia de recursos y capacitación. El tratamiento debe asimismo respetar plenamente los derechos humanos de todos los participantes, sin discriminarlos por su edad, género, raza, religión o afiliación política. Los servicios de tratamiento de la drogodependencia deben ser integrales y atender las necesidades holísticas del individuo. El resultado de los servicios de tratamiento depende de la calidad de la atención. Los tratamientos supervisados por un tribunal aplican los principios de la justicia terapéutica y se concentran en ayudar a los infractores a resolver sus problemas y su dependencia de drogas subyacente. Les ofrecen alternativas al encarcelamiento y más posibilidades en su proceso hacia una vida productiva, de buena calidad y sin drogas. (3).

Los tratamientos de las adicciones tienen cuatro metas principales:

1. Reducción del consumo de drogas y alcohol;
2. Mejora de la salud personal;
3. Mejora de la función social; y
4. Reducción de las amenazas contra la salud y la seguridad públicas

Atención de calidad y componentes de los servicios de tratamiento:

Los servicios de tratamiento deben comprender combinaciones de servicios que cubran los aspectos bio-psicosociales del participante para ser lo más eficaces que se pueda. Los servicios de tratamiento

son ambulatorios y/o de internamiento, y están bajo supervisión del tribunal. Los servicios de tratamiento deben contemplar una amplia gama de trastornos mentales y otros problemas de salud, así como las necesidades en materia social, de alfabetización, vocacional, financiera, de situación de calle, de vivienda, espiritual y de asistencia legal. Hay servicios de tratamiento específicos, como orientación, prevención de recaídas y continuidad de la atención. Los programas de tratamiento deben asimismo prever la intervención en casos de crisis y la desintoxicación, de resultar necesarias. La intervención en casos de crisis comprende la atención de intoxicaciones agudas, la atención de sobredosis y síndromes de abstinencia, y la atención de complicaciones médicas y psiquiátricas.

Perspectiva de la salud pública: Estudios llevados a cabo en América del Norte y Europa muestran el vínculo que existe entre la drogodependencia y la criminalidad (Hubbard¹³, Gossop¹⁴ y McKegany¹⁵). Sin embargo, como ya hemos dicho, la drogodependencia es una enfermedad con múltiples causas y consecuencias, no sólo relacionadas con la salud. La drogodependencia y el consumo de drogas ilícitas están asociados con los problemas de salud, la pobreza, la violencia, las conductas delictivas y la exclusión social y marginación social. Resulta difícil estimar sus costos totales para la sociedad. (Fig.4)

Además de los costos en términos de salud y los costos asociados con las consecuencias del consumo de drogas, la drogodependencia tiene otros costos sociales, entre ellos, pérdida de productividad e ingresos familiares, violencia, problemas

de seguridad, accidentes de tránsito y laborales, y vínculos con la corrupción, (Fig.5). Todo ello se traduce en un costo monetario astronómico y un desperdicio inaceptable de recursos humanos. (3)

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) de Estados Unidos ha demostrado que el costo de la drogodependencia es comparable con el costo de otras enfermedades, como el cáncer o la diabetes: un monto estimado de USD 484 mil

millones frente a USD 131.700 millones y USD 171.600 millones, respectivamente. La cifra correspondiente a la drogodependencia incluye gastos de atención médica, lucro cesante, costos de accidentes y delitos asociados. Este enorme costo económico afecta a todos los miembros de la sociedad.

El Trabajo social forense y el enfoque de Justicia Terapéutica aplicado a los menores transgresores

Al igual que otras instituciones sociales, el Sistema Judicial ha venido experimentado una transformación durante las pasadas décadas, reenfocando los procedimientos judiciales a la luz de nuevas tendencias no adversativas y conciliatorias. Estos cambios en el modo de aplicar la justicia son el resultado de la insatisfacción de la ciudadanía con los procedimientos en los tribunales (la tardanza en la adjudicación de dichos casos y el alto costo de su litigación), el aumento de la



Fig.4 *Exclusión y marginación social*

criminalidad y el efecto de la reincidencia o “puerta giratoria” (Fig.6), el reconocimiento de que el modelo adversativo no es la solución para resolver los problemas relacionados con el uso de drogas y la reincidencia criminal; ni para otros problemas



Fig.5 Grupos marginados que tienen vínculos con la corrupción

relacionados con ff A estas cortes especializadas se les han dado diversos nombres, tales como: Dirigida a Solución de Problemas, Rendir Cuentas, Justicia Colaborativa, Orientada a Problemas, Justicia de Comportamiento y Justicia Terapéutica.

Esta última surge como una corriente filosófica jurídica propuesta por el Dr. David Wexler y el Prof. Bruce Winick, y se desarrolla dentro



Fig.6 Puerta giratoria.

de la academia para promover la exploración de formas en que las disciplinas relacionadas con la salud y las ciencias sociales pueden ayudar en el desarrollo del Derecho, esto, sin menoscabar o afectar los valores modulares de la justicia. (4)

La teoría Jurídica Terapéutica postula humanizar la ley focalizando en el lado humano, emocional y psicológico de la ley y los procesos legales, para así promover el bienestar

de las personas que impacta. Bajo este concepto la misión de impartir justicia se replantea desde un enfoque más humanista, donde las ciencias de la conducta, las teorías sociales y el conocimiento científico se incorporan en el proceso para una intervención con fines terapéuticos (Wexler & Winick, 1996, 2003; Fulton, Schma & Rosenthal, 1999, Wexler, 2000).

La figura del juez(a) en su rol protagónico, deja de ser un mero adjudicador de la controversia y se convierte en un agente de cambio en el proceso de rehabilitación. Estrategias como: reconocimiento de logros, aplausos, propiciar la participación de familiares y amigos en las vistas de seguimiento, ceremonia de graduación; son ejemplos de acciones que puede propiciar el juez para estimular cambios en la conducta del participante y contribuir a su progreso y rehabilitación.

Ejemplo de estas cortes especializadas orientadas a la solución de problemas: son las Cortes de Drogas, las Cortes de Violencia Doméstica, así como las Salas Integradas para atender los Asuntos de Familia y los Menores. Todas estas tienen en común el enfoque terapéutico que ha sido adoptado por la Rama Judicial para atender estos problemas sociales de manera integral y sistemática enfocando los aspectos legales y biosociales de la familia y sus miembros. Como parte de este enfoque se propone el trabajo interdisciplinario y la coordinación interagencial de servicios gubernamentales y no gubernamentales como elementos esenciales para el logro de las metas de rehabilitación.

La equidad como principio fundamental en la aplicación de la justicia equivale a un trato justo. De acuerdo al Diccionario

de la Lengua Española, equidad significa: “Modo de actuar de las personas justas, que dan a cada uno lo que le corresponde o se merece”. En el Informe oficial presentado por los jueces Kevin Burke y Steve Leben a la Asociación de Jueces y Juezas de los Estados Unidos bajo el título Equidad Procesal: Elemento principal en la satisfacción de la ciudadanía (2007), se evalúa la insatisfacción del público con la Rama Judicial. Se pretende concienciar a los/las jueces(as) sobre la disparidad entre su percepción del proceso judicial y la percepción del público y apoyar cambios que mejoren la labor realizada por los tribunales. Se recomienda a los/las jueces(as) continuar dedicados a lograr resultados justos, pero también ceñir sus acciones, su lenguaje y sus reacciones a las expectativas de equidad procesal de la ciudadanía. Se destaca que la equidad procesal aumenta el nivel de cumplimiento del ofensor con las órdenes de los tribunales e incluso reduce el nivel de reincidencia. Citando los trabajos de investigación del psicólogo Tom Tyler, se presentan como elementos principales de la equidad procesal los siguientes:

- Voz: La capacidad de participar en el caso y expresar su punto de vista
- Neutralidad: Consistencia en la aplicación de principios jurídicos;
- Imparcialidad de quienes toman decisiones y “trasparencia” en la manera de tomarlas;
- Trato respetuoso: Que las personas sean tratadas con dignidad y que sus derechos sean protegidos;
- Autoridades confiables: Autoridad benévola, conscientes, que traten de ayudar a las personas litigantes.

Estos principios fundamentales, encarnan los postulados de justicia social y respeto a la dignidad humana que constituyen la

razón de ser de la profesión de Trabajo Social, “Modo de actuar de las personas justas, que dan a cada uno lo que le corresponde o se merece”.(4). (Fig7).

“La justicia que es la esencia misma del Derecho, para ser plena, ha de ir acompañada de la equidad, y esta no se concibe sin un sentido de humanidad”. (Castan Tobeñas, 1962: 128).

Conclusión: Muchos países buscan alternativas al encarcelamiento por el consumo de drogas y los delitos relacionados entre sí. La Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito comento lo siguiente: El tratamiento de los TTD como alternativa a las sanciones penales se recomienda expresamente en las convenciones internacionales sobre control de drogas y ha resultado ser más eficaz que el encarcelamiento, para promover la recuperación de los dependientes de drogas y reducir los delitos relacionados con las drogas. Según Marlowe, se logra una reducción significativamente mayor en el consumo de drogas, la reincidencia en el delito y el desempleo en los usuarios de los TTD, en comparación con los individuos sometidos a un sistema de libertad condicional estándar o intensivo. El principio central de un TTD es que, si los entes de justicia penal colaboran con los servicios de asistencia social, de salud y de atención de las adicciones, pueden ocuparse de manera más eficaz de los responsables de delitos relacionados con las drogas.



Fig.7

Referencias Bibliograficas

1. David B. Wexler.- Justicia Terapeutica: Una Visio9n General; Profesor de investigación de Derecho y Profesor de la Universidad de Arizona; Profesor de Derecho y Director de la Red Internacioonal de Justicia Terapeutica en la Universidad de Puerto Rico.
2. David B. Wexler, Universidad de Puerto Rico y Universidad de Arizona, y Juez de Primera Instancia Michael S. King, Tribunal de Primera Instancia Australia Occidental. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una Respuesta internacional para infractores dependientes de drogas: Un enfoque práctico de los Tribunales de Tratamiento de Drogas para los responsables de políticas. v.; cm. (OEA documentos oficiales; OEAWSer. LW I.6.10). ISB 978X0X8270X6057X9
3. Dra. Grace Campbell, Directora Médica y Jefe de Justicia Penal de los Servicios para personas dependientes de drogas, de Glasgow. PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA: DOS PERSPECTIVAS PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA.- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una Respuesta internacional para infractores dependientes de drogas: Un enfoque práctico de los Tribunales de Tratamiento de Drogas para los responsables de políticas. v.; cm. (OEA documentos oficiales; OEAW Ser. LW I6.10) 4.-Ana M. Lopez Beltran, MTS,Ph.D.- El trabajo social forense y el enfoque de justicia terapéutica aplicado a los menores transgresores.

Tribunales de Tratamiento de Drogas: Justicia Terapéutica Aplicada

Se ha descrito la Justicia Terapéutica como uno de los principales “vectores” de un movimiento cada vez mayor en la ley “hacia un objetivo en común de una manera más comprensiva, humana y Psicológicamente óptima de manejar los asuntos legales”. Además de la Justicia Terapéutica, estos vectores incluyen la Ley preventiva, la Justicia Restaurativa, la Mediación Facultativa, la Ley Integral, el Divorcio Colaborativo y los Tribunales Especializados de Tratamiento. Estos tribunales especializados, conocidos como “justicia orientada a la resolución de problemas” incluyen los Tribunales de Tratamiento de Drogas, los Tribunales de Violencia Intrafamiliar y los Tribunales de Salud Mental.(1)

Los Tribunales Especializados, como los Tribunales de Tratamiento de Drogas, están relacionados con la Justicia Terapéutica, pero no comparten semejanza con el concepto.

Estos tribunales pueden considerarse como aplicaciones de la Justicia Terapéutica. Buscan solucionar una gran variedad de problemas particulares, mediante el uso de los principios de la Justicia Terapéutica. De hecho la Conferencia de Presidentes de tribunales y la Conferencia de Administradores de Tribunales Estatales aprobaron una resolución que apoya “la justicia orientada a la resolución de problemas”, y el uso de los principios de la justicia terapéutica para poder llevar a cabo sus funciones. Estos principios incluyen intervención

en el juicio en curso, supervisión directa del comportamiento y una respuesta inmediata, integración de los servicios de tratamiento en los procesos de casos Judiciales, participación multidisciplinaria y colaboración con organizaciones comunitarias y gubernamentales. (1).

Los Tribunales de Tratamiento de Drogas fueron pioneros a fines de la década de los ochenta y al mismo tiempo se desarrollaba la Justicia Terapéutica como enfoque interdisciplinario del conocimiento legal y reformar la ley. Aunque los Tribunales de Tratamiento de drogas se desarrollaron independientemente, puede decirse que toman el enfoque de la Justicia Terapéutica para procesar los casos de drogas puesto que su objetivo es la rehabilitación del infractor, utilizan el proceso legal y el rol del juez en particular para lograr este objetivo. Los Tribunales de Tratamiento de Drogas fueron una respuesta al reconocimiento de procesar a infractores no violentos imputados por posesión o consumo de drogas a través de los tribunales penales, que procesarlos para encarcelarlos no cambiaría su comportamiento adictivo, toda vez que los conduciría al efecto llamado “puerta giratoria”, en el que los infractores continúan consumiendo drogas luego de ser puestos en libertad. En lugar del enfoque tradicional de la justicia penal, los Tribunales de Tratamiento de drogas enfatizan la rehabilitación del infractor y explícitamente hacen que el juez sea miembro del equipo de tratamiento.

Los infractores que aceptan ser derivados a un Tribunal de Tratamiento de Drogas están de acuerdo en permanecer libres de drogas, participar en un curso obligatorio sobre tratamiento de drogas, someterse a tests de drogas periódicamente para supervisar que cumplan con lo acordado, e informar con frecuencia a la corte sobre su progreso, esto como forma de supervisión judicial. Los jueces de estos programas reciben capacitación especial sobre la naturaleza y el tratamiento de la adicción a las drogas, y también mediante la supervisión que hacen del progreso del tratamiento del infractor, su propia función como agentes terapéuticos.

En 2013, siguiendo el mandato de la VI Cumbre de las Américas, la OEA finalizó su Informe sobre el Problema de las Drogas en las Américas. El informe analizó un sinnúmero de alternativas potenciales y reales que permitieran fortalecer las políticas antidrogas, incluyendo aquellas relacionadas con la forma en la que los sistemas judiciales tratan a los infractores dependientes de drogas. Algunas de las alternativas evaluadas varían en su alcance y aplicación, incluyendo los tribunales de tratamiento de drogas (TTD) como

una posible alternativa que requiere sin duda una mayor investigación e inversión.

Una y otra vez, en los tribunales de la mayoría de los países concurre un alto porcentaje de individuos dependientes de drogas con perfiles, problemas e historial de traumas similares. Cometen diversos delitos, son condenados a prisión y/o a un establecimiento de tratamiento sin un seguimiento significativo. Poco tiempo después, estos individuos regresan al tribunal, cruzando el mismo umbral; es posible que se enfrenten al mismo juez, quien nuevamente le impone una condena que suele ser ordenarle que siga un curso similar de tratamiento además de la pena de prisión que se le haya impuesto.

Rara vez se hace un seguimiento e incluso si el infractor inicia algún tipo de tratamiento, generalmente no resulta adecuado para tratar sus años de adicciones y el impacto socio-económico, sobre la salud pública y otro impacto que la adicción le ha causado. La persona se ve perdida en un ciclo de recaída, reincidencia y prisión, y el ciclo empieza otra vez, y el público afronta el embate social de este enfoque problemático. (7)

Tribunales de tratamiento en las Américas

Alternativas de tratamiento al encarcelamiento para infractores dependientes de drogas involucran la desviación de los delincuentes de la cárcel al tratamiento y la rehabilitación bajo supervisión judicial. (Fig.1) Al aumentar la supervisión directa de los delincuentes, la coordinación de los recursos públicos, y de acelerar el procesamiento de casos, las alternativas de tratamiento a la encarcelación pueden ayudar a romper el ciclo vicioso

de conductas delictivas, consumo de alcohol y drogas, y el encarcelamiento. En varios países se ha comprobado que los tribunales de tratamiento de drogas reducen: el delito; la recaída del consumo de drogas; la población penitenciaria; representan una inversión eficiente. (7).

El tratamiento de drogas bajo supervisión judicial no sólo contribuye a una disminución de la reincidencia delictiva, sino que

además arroja resultados positivos en la relación costo-beneficio. De acuerdo con la Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Tratamiento de Drogas de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés NADCP), la modalidad de estos tribunales, como alternativa de tratamiento al encarcelamiento para infractores dependientes de drogas, supone un retorno en la inversión al sistema de justicia de una media de \$2,21 por cada dólar gastado, y hasta \$12 en impacto comunitario por cada dólar invertido.

Según NIDA, no tratar a las personas dependientes de drogas dentro del sistema judicial, contribuye al mantenimiento del ciclo continuo de abuso de drogas y delito. No tratar adecuadamente el abuso de sustancias supone un importante coste añadido a las comunidades, en cuanto al número de delitos violentos y de propiedad, gastos penitenciarios, costos de los tribunales y del sistema penal en general, gastos en las salas de urgencia de los hospitales, abuso y negligencia con la población infantil --así como pérdida de custodias en ese mismo ámbito--, gastos en el sistema de seguridad social. En definitiva, baja productividad, desempleo, y victimización.

Búsqueda de soluciones

Las acciones de prevención del delito, la violencia y el consumo de drogas, son igual de importantes para el bien comunitario que las aquellas dirigidas al

cumplimiento de la ley. En este sentido, y según la NADCP, los tribunales de tratamiento de drogas han demostrado dar respuesta concreta a cuatro grandes problemas, ya que contribuyen a:

- La reducción del delito
- La disminución en la recaída del consumo de drogas
- Una menor población penitenciaria
- La eficiencia en el uso de los recursos: son una inversión (en la relación costo-beneficio)

La dependencia de drogas es una enfermedad crónica y recurrente y debe ser tratada como un tema de salud pública. La OEA, a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Secretaría de Seguridad Multidimensional, viene trabajando para promover a los tribunales de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial como una alternativa al encarcelamiento en las Américas.

Por medio de un programa de tres años, la OEA está apoyando a los países interesados en promover o consolidar esta modalidad en el Hemisferio.(7).

Historia sobre los tribunales de tratamientos de drogas en las Américas

El primer tribunal de tratamiento de drogas fue creado en Miami en 1989, como respuesta judicial al ciclo de ingreso y egreso del sistema judicial de los mismos infractores dependientes de drogas por

los mismos tipos de delitos. Estados Unidos actualmente cuenta con más de 2.700 TTD. Canadá, Chile, Australia, Escocia (Glasgow y Fife), Eire (Dublín y Cork), Bermuda, Jamaica (Kingston y



Fig.1: *Infractores desarrollando labores comunitarias por orden judicial. Midtown Community Court. Nueva York. Fuente: Center for Court Innovation.*

Montego Bay), las Islas Caimán, Bélgica (Ghent y Liège), Noruega (Oslo) y México (Nuevo León) siguieron este camino implementando el modelo de TTD a través de proyectos piloto de TTD. Desde que la OEA lanzó el Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas para las Américas en 2010, República Dominicana (Santo Domingo), Costa Rica (San José/Pavas), Trinidad y Tobago (San Fernando) y Argentina (Salta) también han creado programas de tratamiento de drogas similares, supervisados por tribunales. Otros países como Panamá, Perú, Colombia y Barbados actualmente están explorando el modelo. Es posible esperar que lancen sus primeros proyectos piloto en 2014. Estos países enfrentan desafíos similares y encuentran soluciones comunes en la implementación del modelo. Como se describió en la publicación de 2010, Creación de Tribunales de Tratamiento de Drogas: estrategias, experiencias y resultados preliminares, los tribunales de tratamiento de drogas han demostrado adaptarse a los diferentes entornos legales y de salud pública de distintos países. (7).

La OEA es parte de un conjunto de organizaciones que procuran identificar buenas e innovadoras prácticas que permitan dar respuesta a las necesidades de los dependientes de drogas, tanto a través de los tribunales de tratamiento de drogas, como por medio de otros enfoques holísticos que traten al individuo, a su familia, su entorno laboral, sanitario y social, como un todo, garantizando al mismo tiempo la seguridad y las necesidades de la comunidad. Esta búsqueda de buenas prácticas cubre experiencias en varios países: desde los más de 19 tribunales de esta naturaleza que existen en Chile, las nuevas experiencias dentro

de esta modalidad en Nuevo León (México), los dos proyectos piloto en Jamaica, las más de 2.500 cortes de droga en los Estados Unidos, y el creciente número de estos tribunales y experiencias en Canadá (para mayor información, visite el sitio de la Asociación Canadiense de Tribunales de Tratamiento de Drogas, por sus siglas en inglés **CADTC**). Desde el punto de vista de la investigación, el Programa de Justicia de la **School of Public Affairs, of American University** junto con la Secretaría Ejecutiva de la CICAD y otras instituciones académicas de ambos lados del Atlántico, han llevado a cabo distintas **publicaciones**. (Para más información sobre tribunales de tratamiento de drogas en todo el mundo, diríjase a **International Association of Drug Treatment Courts** (IADTC).

Con el fin de prestar una mayor atención a distintos enfoques judiciales y terapéuticos ante delitos cometidos en la comunidad, funcionarios de la Secretaría Ejecutiva de la CICAD visitaron el **Center for Court Innovation** en Nueva York. Los centros y programas que incluidos en esta institución están enfocados en acciones desarrolladas por los tribunales en los vecindarios y en las comunidades a las cuales pertenecen. Estos centros utilizan el poder del sistema judicial para tratar problemas locales, entre los cuales se incluyen la comisión de delitos bajo la influencia de las drogas. A través de la creación de acuerdos y acciones dirigidas a la resolución de problemas (PROBLEM SOLVING), el CENTER FOR COURT INNOVATION colabora con el sistema judicial, los vecinos, empresarios, iglesias, y escuelas, para buscar soluciones y mejorar, en definitiva, la seguridad comunitaria.

Es posible esperar que lancen sus primeros proyectos piloto en 2014. Estos países enfrentan desafíos similares y encuentran soluciones comunes en la implementación del modelo. Como se describió en la publicación de 2010, Creación de Tribunales de Tratamiento de Drogas: estrategias, experiencias y resultados preliminares, los tribunales de tratamiento de drogas han demostrado adaptarse a los diferentes entornos legales y de salud pública de distintos países. (7)

La seguridad del individuo es tan importante como la seguridad del estado. Las políticas que ayudan a prevenir la delincuencia, la violencia y las drogas son tan vitales para el bienestar de la comunidad como son las acciones de aplicación de la ley. La drogadicción es considerada dentro de la nueva Estrategia Hemisférica (aprobado por los Estados miembros de la OEA) como un trastorno crónico recurrente que debe ser abordado y tratado como un asunto de salud pública, a la par con el tratamiento de otras enfermedades crónicas.(5)

En varios países los Tribunales de Tratamiento de Drogas han demostrado reducir de forma efectiva: (1) delitos, (2) la recaída en el consumo de drogas; (3) la población penitenciaria, y además han demostrado que también son rentables.(5).

Algunos de los problemas que deben abordarse a través de este proyecto son:

- Altos niveles de consumo de drogas entre la población reclusa
- Los delincuentes drogodependientes suelen volver a la Corte con los mismos problemas (debido a una recaída en el consumo de drogas)
- Falta de seguimiento y evaluación de los infractores dependientes de drogas que pasan por el sistema judicial actual
- Una importante porción de la

población carcelaria en muchos de nuestros Estados miembros se debe a delitos relacionados con drogas

- Altos costos de prisión contra un menor costo de los tribunales de tratamiento de drogas

La falta de respuesta adecuada a los infractores dependientes de drogas “desintoxicación solo en la cárcel o prisión no es un tratamiento... sino que se debe realizar un tratamiento probado y terapéutico con seguimiento en un entorno comunitario. Los delincuentes adictos se encuentran en alto riesgo de recaída a pesar de verse sometidos a un largo período de sobriedad forzada”. (5).

Este proyecto presenta la modalidad de tribunales de tratamiento de drogas, que ya han sido probados en países como Chile, Canadá y Estados Unidos, entre otros, con resultados positivos. A través de esta iniciativa, los países interesados en los tribunales de drogas encuentran una gran variedad de actividades y estrategias que llevarán a cabo de acuerdo a sus prioridades, necesidades y nivel de compromiso, de modo que puedan implementar o consolidar el modelo de tratamiento de drogas a nivel judicial en las Américas.

Sólo unas pocas instituciones y organizaciones están trabajando en la actualidad en el apoyo a esta modalidad a nivel internacional, y sólo la OEA lo está haciendo desde una perspectiva hemisférica. Esta iniciativa es consecuencia de las acciones previas llevadas a cabo por la OEA (a través de la CICAD / SMS) durante los últimos tres años, y se basa en los resultados y las discusiones iniciadas a través de el proyecto EU-LAC Alianza de Ciudades de Tratamiento de Drogas. Esta propuesta incluye actividades dirigidas a la obtención de resultados que se indican a continuación:



Los 35 países independientes de las Américas han ratificado la Carta de la OEA y son miembros de la Organización.

Directorio de Estados Miembros y Representantes en América Latina



Antigua y Barbuda



Argentina



Barbados



Belize



Bolivia



Brasil



Canada



Chile



Colombia



Costa Rica



Ecuador



El Salvador



Estados Unidos



Grenada



Guatemala



Guyana



Haiti



Honduras



Jamaica



México

Fuente:

David B. Wexler.- Justicia Terapeutica: Una Visio9n General; Profesor de investigación de Derecho y Profesor de la Universidad de Arizona; Profesor de Derecho y Director de la Red Internacional de Justicia Terapeutica en la Universidad de Puerto Rico.

Tribunales de tratamiento de adicciones en México



México impulsará la creación de tribunales de tratamiento de adicciones, en los que los adictos acusados de delitos menores podrán participar en un programa para no ir a prisión.

En Estados Unidos existen más de 2 mil 700 tribunales especializados que tratan a más de 120 mil estadounidenses y en México en 2009 se inauguró el primer tribunal de este tipo de Guadalupe, Nuevo León.

En el marco del Día Internacional de la “Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas”, Roberto Campa Cifrián, subsecretario de Prevención y Participación Ciudadana de la Secretaría de Gobernación, anunció que existen al menos 9 entidades donde ya se está trabajando para replicar el concepto y que este mismo año se comenzará a desarrollar en el Distrito Federal y el Estado de México. “Creemos que los primo - delincuentes que han cometido delitos no graves bajo el influjo de una droga merecen una oportunidad de ser tratados antes que ir a prisión,

estaremos así evitando que primo - delincuentes interactúen con homicidas, con secuestradores, con narcotraficantes y al mismo tiempo les ofreceremos una segunda oportunidad para hacer una vida en sociedad”, dijo.

Esto además representa un ahorro en términos económicos ya que una persona en reclusión cuesta, en promedio, entre 250 y 350 mil pesos anuales mientras que una persona en tratamiento de adicciones incluyendo el costo en términos de aparato de justicia y de salud va entre 25 mil y 60 mil pesos. Al respecto el embajador de Estados Unidos en México, Anthony Wayne, detalló que por medio de la “Iniciativa Mérida”, el gobierno de su país aportará en esta tarea con asistencia técnica así como financiamiento. Consideró que los tribunales son un método innovador de tratamiento para las adicciones y la reducción del delito y significan una esperanza para los adictos y sus familias.

Avance en la implementación de tribunales en los estados

Situación actual del Sistema de Justicia Penal Acusatorio Adversarial en las Entidades Federativas	Número de entidades federativas	Entidades Federativas
En Operation Total.	3	Chihuahua, Morelos y Estado de México.
En Operation Parcial.	13	Oaxaca, Zacatecas, Durango, Baja California, Guanajuato, Yucatán. Nuevo León, Chiapas, Tabasco, Puebla, Veracruz, Coahuila y Tamaulipas.
Entrará en Operación Parcial en el 2013. (Último trimestre)	1	Sinaloa.
Entrará en Operación Parcial en el 2014.	7	Tlaxcala, Michoacán, San Luís Potosí, Aguascalientes, Querétaro, Baja California Sur y Quintana Roo.
Entrará en Operación Parcial en el 2015.	1	Distrito Federal.
Entrará en Operación Parcial en el 2016.	1	Sonora.
El Código de Procedimientos Penales se aprobó y publicó, está pendiente definir fecha de entrada en vigor.	1	Hidalgo.
Con motivo de la reforma al artículo 73 constitucional (legislación única en materia procedimental penal, de ejecución de penas y de medios alternativos de solución de controversias) es innecesaria la aprobación de los códigos de procedimientos penales y as leyes locales.	5	Campeche*, Colima, Guerrero, Jalisco y Nayarit.

**El 8 de noviembre de 2013 se publicó el Código de Procedimientos Penales que establece el 31 de marzo 2015 como fecha de entrada en vigor; sin embargo, el Estado no tiene atribuciones para emitir dicho cuerpo normativo, por lo que el acto es contrario a la reforma constitucional de la fracción XXI del artículo 73, publicada el 8 de octubre de 2013.*

Nuevo León, Mexico. Septiembre, 2013

El Estado de Nuevo León, México lanza su primer Estudio Diagnostico de Tribunales de Tratamiento de Drogas



El Estado de Nuevo León, México lanza su primer Estudio Diagnostico de Tribunales de Tratamiento de Drogas, la SE-CICAD, en colaboración con investigadores del Centro de Innovación de Corte de Nueva York, NY, y en cooperación con el Instituto Nacional de Psiquiatría de México, llevó a cabo una investigación en la primera fase del “Estudio Diagnostico de Guadalupe, Nuevo León sobre Tribunales de Tratamiento de Drogas” en Nuevo León, México. Este estudio es el primero de su tipo en América Latina, y sus resultados aportarán observaciones y recomendaciones que tendrán un impacto no solamente en el futuro de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en México, ya que contempla la expansión del modelo, pero también en los tribunales de tratamiento de drogas de todo el hemisferio entero.

Fase I

La primera fase del estudio se realizó a través de entrevistas individuales con las autoridades de los sectores de la Judicatura y de la Salud del Estado de Nuevo León, el equipo del tribunal de tratamiento de drogas de Guadalupe, el equipo del centro de tratamiento, y con grupos de enfoque de los participantes actuales y anteriores. Además de las entrevistas y grupos focales, dos personas del staff y sesiones del tribunal se observaron así como también una visita de libertad condicional. Las perspectivas recibidas a través de las entrevistas y observaciones serán analizadas y presentadas en un informe creado por los investigadores del Centro para la Corte de Innovación en coordinación con la SE-CICAD.



Fase II

La segunda fase de este proyecto va a sintetizar la información obtenida de este estudio y otras experiencias en todo el hemisferio, haciendo que los resultados estén disponibles para su revisión e implementación para los funcionarios del gobierno mexicano. La OEA / SE-CICAD tomarán la delantera en la segunda fase, utilizando su experiencia en las políticas hemisféricas y nacionales para apoyar el desarrollo de las recomendaciones. Como resultado, las recomendaciones relativas a estos hallazgos, podrían ser aplicables a los tribunales de todo el hemisferio. Este diagnóstico es financiado por el Gobierno de los EE.UU., solicitada por el Gobierno Federal de México, en colaboración con el Estado de Nuevo León. Esta iniciativa se inscribe en el marco de Tribunales de Tratamiento de Drogas de la CICAD en el Programa de las Américas.

Después de que el estudio se llevó a cabo, la SE-CICAD también mantuvo reuniones con el subsecretario Roberto Campa, con el Comisionado de CONADIC, Dr. Fernando Cano Valle, y sus equipos. Ambos expresaron su interés en seguir adelante con el proceso de implementación de TTD, así como su intención de llevar a cabo un taller de cuatro días para algunos otros estados que están considerando la implementación del modelo. Este esfuerzo

no hubiese sido posible sin la coordinación y cooperación de CONADIC y el Poder Judicial de Nuevo León.

El Tribunal de Tratamiento de Drogas es una alternativa al encarcelamiento para infractores dependientes de drogas envolviendo la desviación de infractores de abuso de sustancias desde la prisión al tratamiento y rehabilitación bajo supervisión judicial. Al aumentar la supervisión directa de los delincuentes, la coordinación de los recursos públicos, y al acelerar el procesamiento de casos, las alternativas de tratamiento al encarcelamiento pueden ayudar a romper el ciclo de la conducta delictiva, consumo de alcohol y drogas, y el encarcelamiento. En varios países los Tribunales de Tratamiento de Drogas han demostrado reducir de forma efectiva: (1) la delincuencia, (2) la recaída en el consumo de drogas, (3) la población carcelaria; y también son rentables.

Este programa se está explorando e implementando en varias fases en Argentina (Provincia de Salta), Bahamas, Barbados, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Jamaica, México, Panamá, Perú y Trinidad y Tobago. El programa opera con fondos del Gobierno de los Estados Unidos de América, Gobierno de Canadá, y Gobierno de Trinidad y Tobago.



Instalacion de los Comites Municipales contra las Adicciones

Comité Municipal contra las Adicciones (COMCA)

El Instituto Mexiquense Contra las Adicciones contempla dentro de las estrategias de operación de los programas el “Fortalecimiento de la Atención a las Adicciones en el Estado”, de tal forma que se ha instaurado el “Comité Municipal Contra las Adicciones”, con la finalidad de coordinar acciones, actividades y sobre todo estrategias que coadyuven en la prevención, control y la reinserción social de los pacientes que de alguna forma sufren de alguna adicción.

La importancia en el desarrollo del Comité es que las 125 Autoridades Municipales tomen el rol importante que les compete como órgano de gobierno Municipal, claro siempre en coordinación e integración con el Instituto Mexiquense Contra las Adicciones y los 33 Centros de Atención Primaria a las Adicciones instalados en el estado.

¿Que es un Comité Municipal contra las Adicciones (comca)?

- Instancia colegiada, de coordinación y concertación en el que se establecen acuerdos para impulsar esfuerzos dirigidos a la atención de las adicciones.
- Promueve una interacción dinámica, el intercambio de experiencias y propuestas concretas relacionadas con su problemática particular.
- Operación no onerosa para los Ayuntamientos, no requiere de una estructura burocrática ex profeso, permite una mayor cobertura y calidad de las acciones
- La fortaleza de los Municipios en la lucha contra las adicciones dependerá de las acciones efectivas al vincular la salud de la población con el desarrollo económico y social.



Objetivo: Coadyuvar y fortalecer acciones que fortalezcan las estrategias de atención a las Adicciones en coordinación con los 125 municipios

Objetivos Específicos:



Fortalecer la coordinación de acciones

- Fortalecer la coordinación entre autoridades municipales y organismos de los sectores público, social y privado para la conducción de los Planes de Desarrollo y programas contra las Adicciones.
- Coadyuvar a la reducción de la demanda de sustancias adictivas y en la atención de los problemas derivados de su uso y consumo.

- Fortalecer coordinación de acciones para la vigilancia y cumplimiento de las reglamentaciones vigentes en cada en cada caso.
- Ampliar la cobertura de los servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, mediante el desarrollo de la infraestructura para la atención.
- Propiciar medidas para facilitar la detección y atención oportuna y con calidad, de los pacientes consumidores de sustancias adictivas así como a sus familiares.

Beneficios generados:

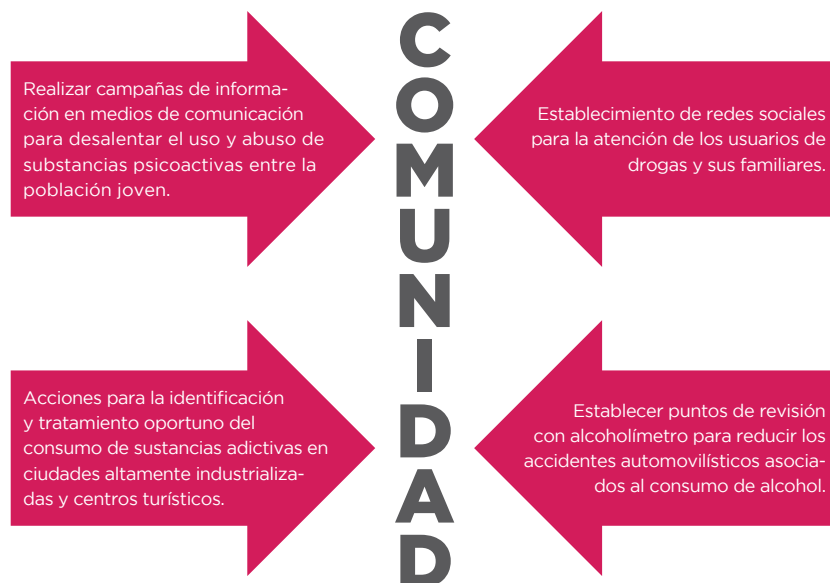
- Atender oportunamente la problemática de las adicciones toda vez que se consideran un problema de Salud Pública y Social en todos los niveles.
- Realizar acciones preventivas permanentes coordinadas, incluyendo a la población.
- Reducir la demanda de sustancias adictivas a través de estrategias de prevención, sobre todo en la población en riesgo (jóvenes).
- Fortalecer los factores protectores y disminuir los de riesgo que intervienen en el consumo de sustancias adictivas.
- Ampliar la cobertura de los servicios de tratamiento y reinserción social de los pacientes adictos



Toma de Protesta del Comité Municipal Contra las Adicciones, del Municipio de Metepec

¿Como se realizan estas acciones?

A traves de estrategias de prevención



El Instituto Mexiquense Contra las Adicciones ha mantenido una estrecha relación de fortalecimiento con los 125 Municipios del Territorio Mexiquense con el objetivo de llevar a cabo las estrategias y el fortalecimiento de las acciones que se llevan a cabo en cada Municipio a través de los 33 Centros de Atención Primaria Contra las Adicciones.

El pasado 27 de Enero de 2014, se instala y es la toma de protesta del COMITÉ MUNICIPAL CONTRA LAS ADICCIONES del Municipio de Toluca, el cual estuvo presidido por el Dr. Sergio Carlo Rojas Andersen, Director del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones y la Lic, Martha Hilda González Calderón, presidenta Municipal de Toluca, así como el Gabinete del municipio de Toluca. La Lic. González Calderón manifestó el gran compromiso que se tiene con la ciudadanía pero sobre todo con los jóvenes quienes realmente son la población más vulnerable.

Así mismo con la finalidad de Fortalecer estrategias en los 3 niveles de Gobierno el pasado 23 de Abril de 2014 quedo instaurado el COMITÉ MUNICIPAL CONTRA LAS ADICCIONES en el Municipio de Metepec, ante la presencia del Cabildo de dicho Municipio, el Dr. Sergio Hernández Arellano y del Dr. Sergio Carlo Rojas Andersen, Director del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones.



Firma del convenio del Comité Municipal Contra las Adicciones, del Municipio de Toluca

Convenio de colaboración interinstitucional entre las instituciones educativas del sector público y privado y el Instituto Mexiquense contra las Adicciones

La importancia sustantiva de la Atención Primaria de las Adicciones como eje rector de las acciones a desarrollar frente al consumo de drogas legales e ilegales por población escolar sobre todo en los grupos de edad de 12 a 25 años, es primordial de manera importante fincar las bases para contar con un acervo probado de modelo que reproduzca experiencias exitosas a fin de que, los niños, niñas y jóvenes aumenten su percepción de riesgo con respecto a las drogas y tomen la mejor de las decisiones. De tal forma que estamos actuando con acciones preventivas en espacios de socialización, fortaleciéndolos con pláticas para que sepan como “decir no” cuando les ofrezcan drogas.

Además del núcleo familiar, la escuela constituye un espacio muy importante en el desarrollo de los estudiantes del nivel básico, medio y superior para impulsar la prevención mediante la educación, la promoción para la salud y habilidades para la vida, y la formación de actitudes y valores en pro de una cultura libre de drogas y a favor de la salud.

MISION: Propiciar una mayor efectividad en la aplicación de las políticas y actividades relacionadas con la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la reinserción social la investigación, la aplicación de la normatividad en la materia y sobre todo la participación social en torno al uso y consumo de drogas, sus riesgos y consecuencias. El objetivo principal es propiciar una coordinación permanente y efectiva entre las instituciones, organismos

públicos, privados y sociales, que lleven a cabo acciones a nivel educativo que estén orientadas a reducir la demanda de las drogas, atender la problemática social y de salud derivado del uso y consumo de estas, atender la problemática social y de salud derivada de su consumo, y coadyuvar para elevar la calidad de vida en las comunidades, impactando positivamente en el desarrollo de los jóvenes a nivel medio, medio superior y superior.

Asimismo es importante llevar a cabo objetivos y estrategias acordes con la problemática social de acuerdo a la zona que estamos coordinando en coordinación con las Autoridades Académicas para llevar a cabo programas, acciones y actividades de promoción para la disminución del riesgo relativo de que nuestra población joven del estado pueda ser inducido al uso y consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas.

De tal forma que el Instituto Mexiquense Contra Las Adicciones “IMCA”, ha trazado los siguientes objetivos específicos:

- Atender las zonas de alto riesgo y los grupos de población mayormente expuestos.
- Organizar a las instituciones y grupos sociales para implementar acciones preventivas y conjuntar esfuerzos hacia objetivos concretos.
- Informar a la población estudiantil sobre el riesgo de consumir drogas presionados por personas adictas o que están relacionadas con el narcotráfico.

El titular del Instituto Mexiquense Contra Las Adicciones Dr. Sergio Carlos Rojas Andersen en conferencia de prensa brindada en la Universidad Siglo XXI refirió que en el caso del Estado de México, el consumo en zonas rurales y marginadas socialmente los solventes y inhalantes son una de las drogas de mayor consumo toda vez que por su costo es de fácil adquisición y con graves consecuencias para la Salud Mental.

A partir del 2013 se inicio la firma de los Convenios de Colaboración Interinstitucional con Universidades Públicas y Privadas en el territorio Mexiquense a la fecha se han firmado 16 Convenios.



Firma de Convenio con el Coordinador de la Unidad Académica Profesional Netzahualcóyotl M.EN.D.R. Luis Ramón López Gutiérrez y el Director del Instituto Mexiquense Contra Las Adicciones Dr. Sergio Carlos Rojas Andersen.



I Congreso Internacional
II Congreso Nacional

Justicia Terapéutica

Hacia un enfoque integral de atención a las adicciones



Toluca anfitrión de profesionales de la justicia, de la salud y de la Organización de los Estados Americanos para el apoyo de Tribunales de Justicia

La OEA apoya la expansión de Tribunales de Tratamiento de Adicciones en México. Toluca, Estado de México. 21 al 24 de noviembre de 2013

Más de 300 profesionales del ámbito de la justicia y la salud se reunieron en el Estado de México para explorar medidas alternativas al encarcelamiento para infractores dependientes de drogas dentro del modelo de “Tribunales de Tratamiento de Adicciones” (TTA). Según la evidencia científica disponible sobre la aplicación de este modelo en otros países del Hemisferio, la correcta aplicación de un tribunal de esta naturaleza, en el que prima un enfoque multidisciplinario e integral entre profesionales del poder judicial y del ámbito de la salud, contribuye a la reducción del índice de delito, una menor reincidencia en el consumo, y una disminución de población penitenciaria. Además, este modelo ha demostrado ser rentable desde el punto de vista económico y social en países donde ya es una realidad. El día 21 de noviembre de 2013, se inauguró el comienzo de una intensa jornada de trabajo de cinco días, en la que jueces, fiscales, abogados defensores, médicos, psicólogos y proveedores de tratamiento de varias Entidades Federativas entre ellas el Estado de México, Estado de Nuevo León, Durango, Morelos, DF, y Baja California, pudieron adentrarse en el concepto de la Justicia Terapéutica (coincidiendo con el Primer Congreso Internacional sobre Justicia Terapéutica

en México), para aterrizar en el detalle de cómo poner en marcha este modelo a través de un taller de capacitación especializado ofrecido a través de la OEA y con la participación de expertos de Estados Unidos, Canadá, México, Chile y Bélgica.

El acto inaugural fue presidido por el Mtro, Efrén Tiburcio Rojas Dávila, Secretario General de Gobierno en reemplazo del Dr. Eruviel Ávila Villegas, Gobernador del Estado de México; Roberto Campa Cifrián, Subsecretario de la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana, quien mencionó que “los Tribunales de Tratamiento para las Adicciones serán un nuevo enfoque para las personas

dependientes de drogas como una alternativa al encarcelamiento y serán de suma importancia para fomentar la integración de estas personas en la sociedad.”; Dr. Fernando Cano Valle, Comisionado Nacional de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) de la Secretaría de Salud afirmando que “el trabajo de los tribunales de adicciones es una resolución inédita para todos los problemas sociales que provienen de esta enfermedad. Estamos abiertos a aprender de otras experiencias como la de Chile, los Estados Unidos o Canadá”; el Embajador Paul E. Simons, Secretario



Ejecutivo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA) quien destacó que “hace 5 años, solo 4 países de este hemisferio disponían de este modelo. Ahora con la OEA estamos trabajando con 14 Estados Miembros y México es uno de los más comprometidos”; y la Dra. María de los Ángeles Fromow Rangel, Secretaria Técnica del Consejo de Coordinación para la Implementación del Sistema de Justicia Penal, Secretaría de Gobernación. El taller de capacitación consistió en una jornada intensa de 5 días. A partir del día viernes los participantes de los distintos Estados tuvieron la oportunidad de formarse con los puntos fundamentales y



básicos del modelo a través de expertos de las diferentes áreas de los TTD. Esta actividad formativa-informativa está siendo organizada por la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Salud (a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones, CONADIC), el Gobierno del Estado de México, la Secretaría de Salud del Estado de México (a través del Instituto Mexiquense contra las Adicciones), y Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (OEA). La realización de esta actividad ha sido posible al apoyo financiero del Gobierno de Estados Unidos.

Sistema de Justicia Penal y Tribunales de Tratamiento de Adicciones

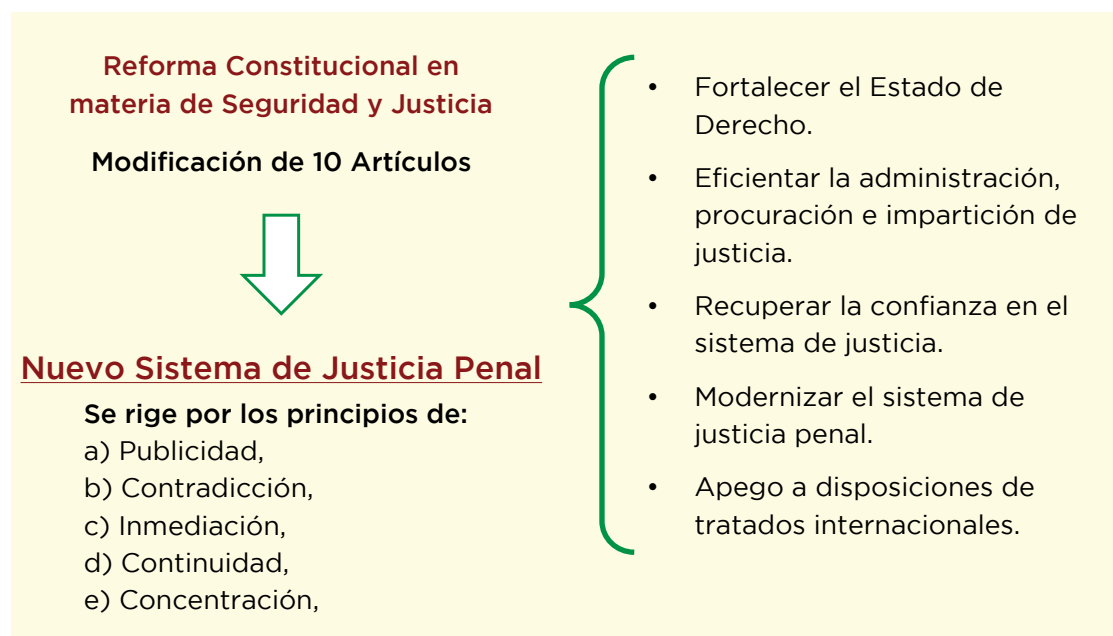
Secretaría Técnica del Consejo de Coordinación para la Implementación del Sistema de Justicia Penal.

Dra. Maria de los Angeles Fromow Rangel

Noviembre 21, 2013

Reforma Constitucional

En 2008 el Congreso de la Unión y Congresos Locales aprobaron una de las reformas más importantes en un siglo de historia jurídica.



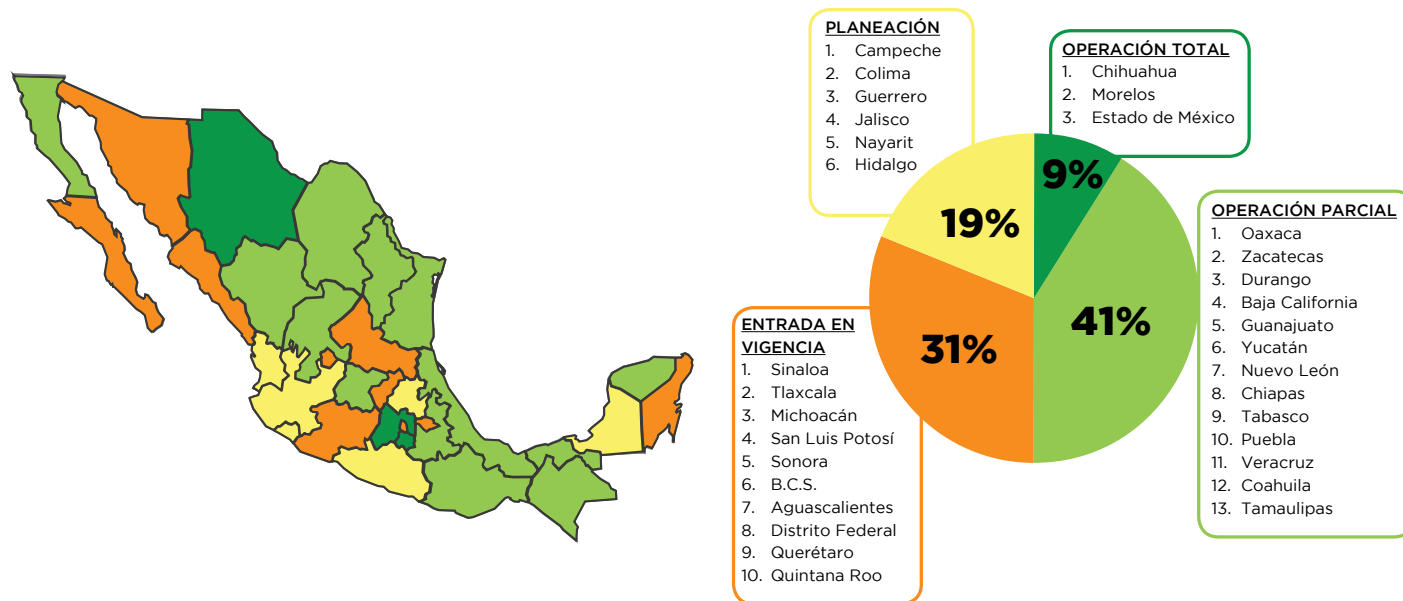
Las disposiciones contenidas en la Reforma Penal y el proceso de implementación del Sistema Acusatorio facilitan la creación y operación de los Tribunales de Tratamiento de Adicciones.

El avance en la implementación es el siguiente:

Situación actual del Sistema de Justicia Penal Acusatorio Adversarial en las Entidades Federativas	Número de entidades federativas	Entidades federativas
En Operación Total.	3	Chihuahua, Morelos y Estado de México.
En Operación Parcial.	13	Oaxaca, Zacatecas, Durango, Baja California, Guanajuato, Yucatán, Nuevo León, Chiapas, Tabasco, Puebla, Veracruz, Coahuila y Tamaulipas.
Entrará en Operación Parcial en el 2013. (Último trimestre)	1	Sinaloa.
Entrarán en Operación Parcial en el 2014.	7	Tlaxcala, Michoacán, San Luís Potosí, Aguascalientes, Querétaro, Baja California Sur y Quintana Roo.
Entrará en Operación Parcial en el 2015.	1	Distrito Federal.
Entrará en Operación Parcial en el 2016.	1	Sonora
El Código de Procedimientos Penales se aprobó y publicó, está pendiente definir fecha de entrada en vigor.	1	Hidalgo.
Con motivo de la reforma al artículo 73 constitucional (legislación única en materia procedimental penal, de ejecución de penas y de medios alternativos de solución de controversias) es innecesaria la aprobación de los códigos de procedimientos penales y las leyes locales.	5	Campeche*, Colima, Guerrero, Jalisco y Nayarit.

* El 8 de noviembre de 2013 se publicó el Código de Procedimientos Penales que establece el 31 de marzo 2015 como fecha de entrada en vigor; sin embargo, el Estado no tiene atribuciones para emitir dicho cuerpo normativo, por lo que el acto es contrario a la reforma constitucional de la fracción XXI del artículo 73, publicada el 8 de octubre de 2013.

De acuerdo a la Metodología para la Clasificación aprobada por el Consejo de Coordinación, las entidades de encuentran en:



Reforma Constitucional

En la reforma constitucional de 2008, en el artículo 20 Apartado A, Fracción VII, se consagró la posibilidad de establecer mecanismos de terminación anticipada del proceso. Uno de estos mecanismos es la “Suspensión Condicional del Proceso”. Bajo este instrumento procesal pueden operar los Tribunales de Tratamiento de Adicciones.

Suspensión Condicional del Proceso

Fines:

- Evitar la continuación de la persecución penal y la eventual imposición de una sanción punitiva al imputado que podría ocasionar que éste sufriera un proceso de estigmatización.
- Atender los intereses de la víctima a quien se reparará el daño que le fue causado.

- Racionalizar la intervención de la justicia penal logrando ahorro de recursos estatales, la descongestión o descarga de casos tramitados y la concentración de los órganos del sistema penal en la persecución y juzgamiento de los delitos más graves.
- Lograr efectos preventivos especiales sobre el presunto infractor para hacer posible el fin de la reinserción social.

Características

- La suspensión no procede de oficio.
- El juez no puede promoverla o dictarla por sí mismo.
- Su aplicación es a solicitud del imputado o del Ministerio Público al Juecuando se trata de hechos que no revisten mayor gravedad ni trascendencia social.

- Recibida la solicitud, el Juez de Control citará a audiencia en la que después de escuchar a las partes fijará las condiciones bajo las cuales se suspende el proceso o se rechaza la solicitud del Ministerio Público, y aprobará o modificará el plan de reparación propuesto, conforme a criterios de razonabilidad.
- El Juez de control fijará el plazo de suspensión condicional del proceso y determinará imponer al imputado las obligaciones que deberá cumplir.
- La aplicación de este instrumento implica la renuncia al juicio.
- La información que se genere como producto de las obligaciones impuestas no podrá ser utilizada dentro del proceso penal, en el caso de que éste se reanude.
- Si el imputado dejara de cumplir injustificadamente las condiciones impuestas, no cumpliera con el plan de reparación, o posteriormente fuera condenado por delito doloso o culposo, el Juez de control, a petición del Ministerio Público o de la víctima u ofendido, convocará a las partes a una audiencia en la que se debatirá sobre la procedencia de la revocación de la suspensión condicional del proceso, debiendo resolver de inmediato.

La Suspensión Condicional del Proceso implica los siguientes requisitos:

- Que la pena del delito cometido no exceda de cinco años.
- Que no exista oposición fundada de la víctima u ofendido.
- Abstenerse de consumir drogas o estupefacientes o de abusar de las bebidas alcohólicas.
- Participar en programas especiales

para la prevención y tratamiento de adicciones.

- La suspensión condicional del proceso no será aplicable en los casos en que previamente el imputado haya incumplido una suspensión condicional en otro proceso.

Consideraciones finales

- El nuevo sistema penal constitucional establece, ante la ocurrencia de delitos, respuestas distintas o alternativas al proceso judicial, a la sentencia y a la pena privativa de libertad.
- Lo importante, según la actual regulación, no es castigar sino resolver el conflicto social que subyace a los delitos y dar soluciones satisfactorias a las necesidades de integración social que manifiestan los ofensores con su conducta y a quienes sufrieron daños por la comisión de aquellos.
- La implementación del Sistema de Justicia Penal y de los Tribunales de Tratamientos de Adicciones son fundamentales para garantizar a la población el acceso a una justicia pronta, expedita e imparcial.
- Nuevo León es pionero en la implementación de los Tribunales de Tratamiento de Adicciones, por lo que es importante retomar su experiencia e identificar los principales retos en su operación.

Alternativas al encarcelamiento: un enfoque para el hemisferio

Embajador Paul E. Simons

*Secretario Ejecutivo de la Comisión Interamericana
para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)*

Toluca, Estado de México

21 de noviembre de 2013

Comisión Interamericano para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)

25 años de logros

- Desarrollo de políticas
- Evaluación Multilateral
- Fortalecimiento Institucional
- Formación profesional

Estrategia Hemisférica Sobre Drogas y Plan de Acción, 2011-2015

- Drogodependencia: una enfermedad crónica - enfoque de salud pública
- Alternativas al encarcelamiento
- Grupos vulnerables
- Género
- Proceso inclusivo, incluyendo participación de sociedad civil.
- Políticas basada en la evidencia

Nuestra gente - un equipo de lujo - 40 profesionales de alto nivel de diversas especialidades que comprenden el mundo de control de drogas: estadísticos, profesionales en salud pública, médicos, abogados, trabajadores sociales, fármacos, fiscales, cientistas políticas, y economistas.
- Equipo multinacional, multilingual, proveniente de 13 países, unidos en la pasión y compromiso hacia el servicio público.

Mandato

Los líderes de la región mantuvieron una valiosa discusión sobre el problema mundial de las drogas.

“Coincidimos en la necesidad de analizar los resultados de la actual política en las Américas y de explorar nuevos enfoques para ser más efectivos. Le hemos un mandato a la OEA para tal fin”

Juan Manuel Santos

Presidente de Colombia

Discurso de cierre de la VI Cumbre de las Américas

Dos Enfoques Distintos y Complementarios

- Informe analítico:
- Estudio técnico del panorama hemisférico en políticas de drogas
- Hallazgos y opciones para fortalecer las políticas y mejorar la implementación.
- Informe de Escenarios:
- Propone posibles futuros de drogas relevantes, desafiantes, factibles y claros para el año 2025.

Balanceado...

Aproximadamente 350 personas de diferentes regiones y variadas perspectivas profesionales y personales fueron llamados a contribuir en el desarrollo de todas las piezas del informe analítico.

Inclusivo

Contribuciones de Expertos e Insumos de:

- Organización Panamericana de la Salud
- Banco Interamericano de Desarrollo
- Banco Mundial
- CEPAL
- UNODD (Naciones Unidas)
- Union Europea
- Estados miembros
- Académicos, sociedad civil, ONGs y centros de pensamiento

...y Abierto

Reuniones de consultas en todo el hemisferio para reconocer las necesidades subregionales particulares.

Contribuciones del equipo de “stakeholders” de los escenarios.

Desafíos

- Un informe que hable de las preocupaciones divergentes de los 34 estados miembros de la OEA.
- Un informe que sea “basado en la evidencia” en un entorno de información escasa.
- Un informe que contenga nuevas y diversas perspectivas.
- Un informe que evite soluciones simples a problemas complejos.

Informe Analítico

1. El problema de las drogas es un tema hemisférico.
 - Se presenta y afecta en forma diferencial a los países, pero los afecta a todos.
 - El problema de salud está presente

en todos los países, con efectos diferenciales.

- El impacto en la economía, en las relaciones sociales, en la seguridad y en la gobernabilidad democrática es mayor en algunas subregiones.
2. La inseguridad afecta más a sociedad en las cuales el Estado no está en condiciones de entregar respuestas eficaces
 - En países donde el fenómeno está presente en forma significativa, la eficacia de la respuesta depende del fortalecimiento de las instituciones
 - Impunidad y corrupción estimulan la violencia
 - Falta de estado de derecho puede explicar altos índices de violencia por partes de organizaciones criminales.
 3. Es necesario enfrentar el consumo de drogas con un enfoque de Salud Pública
 - Dependencia como una enfermedad crónica.
 - Políticas deben incluir: promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción
 - Limitación actual: limitados recursos y programas
 - Examina descriminalización del consumo personal y alternativas al encarcelamiento.
 4. El problema de las drogas debe ser abordado de manera diferenciada y flexible entre los países, en función de la forma como éste los afecta en particular
 - El problema de las drogas tiene manifestaciones muy diversas, y su impacto es también diverso:
 - Enfoques múltiples
 - Flexibilidad
 - Mantener la unidad en la diversidad

Como se construyeron los Escenarios

- Mediante un equipo de 47 personas destacadas en las áreas de seguridad, negocios, salud, educación, justicia y sociedad civil.
- Basándose en el informe analítico y en 75 entrevistas en profundidad, incluyendo actuales y ex jefes de Estado
- Proceso interactivo y iterativo: 2 reuniones de 3 días cada uno en Panamá.
- De 400 borradores iniciales se consensuaron en 4 escenarios.

Los escenarios son

Narraciones sobre lo que podría ocurrir en el futuro:

- Relevantes,
- Desafiantes,
- Factibles, y
- Claras,

Para que sean útiles.

Los escenarios no son

- Pronósticos sobre lo ocurrirá

Recomendaciones sobre lo debiera ocurrir

Cuatro Escenarios

Escenario 1: **Juntos**

Escenario 2: **Caminos**

Escenario 3: **Resiliencia**

Escenario 4: **Ruptura**

1. Juntos

Como se entiende el problema de las drogas:

Mayor problema es la inseguridad, instituciones estatales débiles

Respuesta:

Fortalecimiento de la capacidad del Estado

Oportunidades:

Mayor seguridad ciudadana, aumento de la credibilidad del Estado.

Desafíos:

La reconstrucción de las instituciones

del Estado, cooperación internacional dispersa y vacilante, el efecto globo de actividades delictivas.

2. Caminos

Como se entiende el problema de las drogas:

Para algunos países, el régimen legal y regulatorio orientado hacia sanciones penales está causando demasiado daño.

Respuesta:

Diversa. Algunos prueban nuevos regímenes legales y regulatorios, incluyendo despenalización del consumo, alternativos a la encarcelación, y regulación de cannabis.

Oportunidades:

Desarrollo de mejores políticas de drogas mediante diferentes caminos

Desafíos:

Gestión; aumento del consumo; turismo; prevención

3. Resiliencia

Como se entiende el problema de las drogas:

Es una manifestación de disfunciones sociales y económicas subyacentes que generan violencia y adicción.

Respuesta:

Programas para el fortalecimiento de las comunidades y el mejoramiento de la seguridad y la salud públicas, creados de abajo hacia arriba.

Oportunidades:

Comunidades más incluyentes, menos violentas y más sanas que asumen un rol activo en la lucha contra las drogas y el crimen.

Desafíos:

Recursos y capacidades insuficientes de muchos gobiernos locales y organizaciones no-gubernamentales para abordar estos problemas;

4. Ruptura

Como se entiende el problema de las drogas:

El problema es que los países en donde se producen las drogas (especialmente la cocaína) y aquéllos por donde se hace el tránsito, están pagando costos insostenibles e injustos.

Respuesta:

Algunos países abandonan unilateralmente la lucha contra (o llegan a aceptar) la producción y el tránsito de drogas en su territorio.

Oportunidades:

Reducción de la violencia; mayor atención a las prioridades domésticas sobre las internacionales; liberación de recursos que actualmente se invierten en seguridad y ejecución de la ley.

Desafíos:

La reducción en la aplicación de la ley permite la expansión de los mercados y ganancias de las drogas

Sinergias entre los dos Informes

Analítico y Escenarios

- a. Fortalecimiento Institucional
- b. Salud y comunidad
- c. Enfoque flexible y diferenciado, basado en la evidencia

Hacia un nuevo diálogo

- El problema de las drogas afecta a todo el hemisferio, pero de una manera heterogénea.
- Necesitamos reconocer y tratar cada fase del problema de las drogas de manera diferenciada.
- Los efectos de la inseguridad en nuestro Hemisferio, plantea retos existenciales de desarrollo institucional para algunos miembros
- Es imprescindible abordar el consumo de las drogas con un enfoque de salud pública.

- Dadas las diferentes naturalezas del problema, es necesario una gran flexibilidad en el desarrollo y aplicación de políticas.

Próximos Pasos: Declaración de Antigua, 6 de junio de 2013

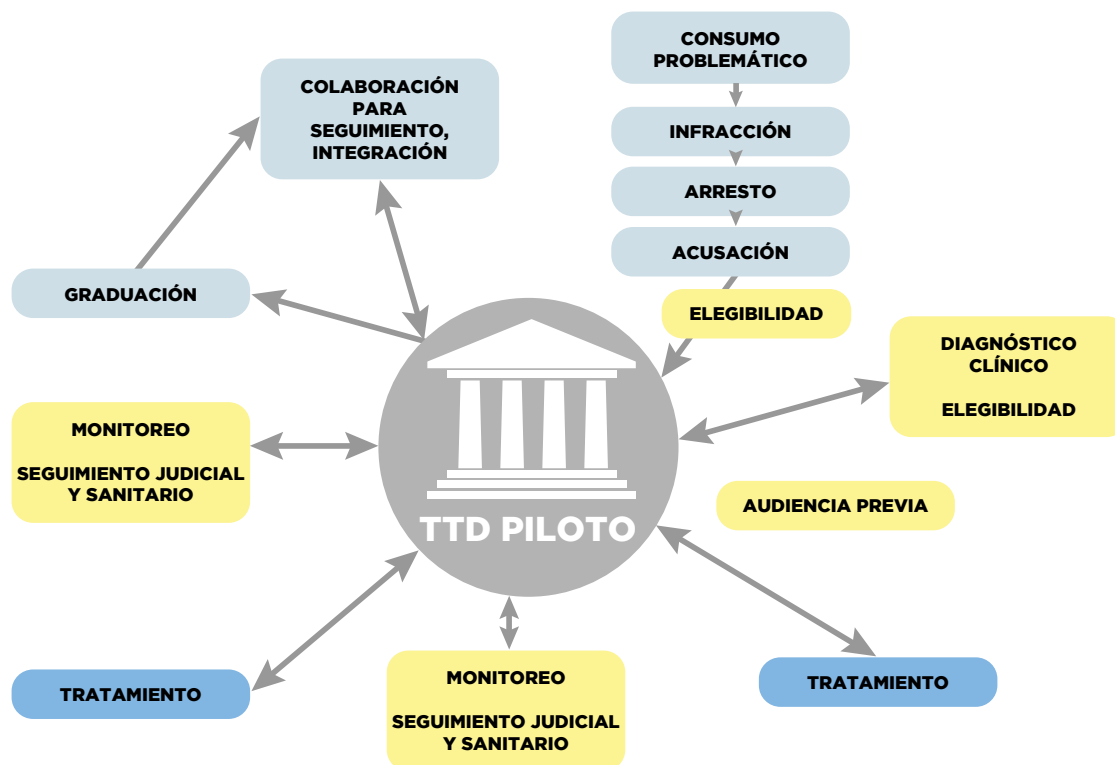
- Diseminación en diferentes foros hemisféricos y mundiales
- Diálogos nacionales y subregionales
- Reunión OPS Septiembre 2013: Plan de trabajo CICAD/OPS
- Reunión Ministros de Seguridad Noviembre 2013
- Reunión Comisionados de Drogas (CICAD) Diciembre 2013
- Asamblea General Extraordinaria de la OEA - 2014

¿Por que establecer Tribunales de Tratamiento de Adicciones?

- Desilusión con los resultados de modelos tradicionales
- Altas índices de reincidencia y recaída
- El sistema de justicia o de salud no pueden dar una solución en solitario
- Necesidad de un enfoque multidimensional y multidisciplinar

¿Qué son los tribunales de tratamiento de adicciones?

- Ponen la recuperación del individuo bajo supervisión directa de un magistrado.
- Apoyo de un equipo de jueces, fiscales, abogados defensores, oficiales de seguimiento y de policía, profesionales de la salud y trabajadores sociales, que ayudan a la rehabilitación y reintegración del individuo en la comunidad.



¿Qué se espera resolver a través de los TTA?

- Reducción en el índice de delitos
- Disminución en la recaída del consumo de drogas
- Menor población penitenciaria
- Eficiencia en el uso de los recursos: relación costo -beneficio
- Recuperación del individuo en la sociedad

¿Por qué está la OEA involucrada en este proceso?

Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2010

Art. 22. Es necesario explorar vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad.

Los TTA en cifras

Reducción en el índice de delito

- El 75% de los graduados de los TTA permanece libre de arresto al menos durante los dos años que siguen a la finalización del programa
- Según estudios (meta-análisis), los TTA reducen significativamente el delito un 35% más que el efecto que tienen otro tipo de sentencias

TTA como inversión

- Por cada dólar invertido en TTD, hay un ahorro de \$3,36 en costes en el sistema penal
- Cuando se consideran otros costos (victimización, servicios de salud utilizados, ...), el ahorro es de \$12 dólares por cada \$1 invertido.

Fuente: Estados Unidos. National Association of Drug Court Professionals (NADCP), 2011
<http://www.nadcp.org/learn/what-are-drug-courts>

Fuerte nexo drogas - delito - encarcelamiento

Argentina: 6 de cada 10 personas privadas de libertad consumieron alguna vez alguna droga. 2 de cada 10 en población general

Chile: 83% de la población penal usó marihuana alguna vez en la vida

Colombia: un 38% de la población penal usó drogas ilegales alguna vez consumió cocaína o pasta base, respectivamente

Ecuador: el 34% de las personas recluidas había consumido alguna droga ilícita, alguna vez, antes de su ingreso a los Centros de Rehabilitación Social.

Uruguay: el 80% de la población privada de libertad ha experimentado alguna vez con drogas ilegales

Fuente: CICAD/UNODC, 2010 "Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad y la Relación entre Delito y Droga"

Programas DTC



TTA - ¿Como colabora la CICAD?

- Cooperación Horizontal y Triangular
- Asistencia Técnica
- Colaboración para el consenso político institucional
- Intercambios de experiencias, visitas a otros tribunales
- Estudios de viabilidad
- Instrumentos, materiales y publicaciones
- Desarrollo de planes de acción
- Capacitación de recursos
- Monitoreo y evaluación

Monitoreo y Evaluación del Modelo de TTA

Talleres 2012 /2013:

- Revisar la evidencia que existe
- Revisar los modelos de investigación utilizados
- Definir indicadores
- Diseñar un programa de trabajo para los países lanzando TTA.

Febrero 2014

- Publicación de manual de Monitoreo y Evaluación de TTA
- Asistencia técnica para países que quieren poner en marcha modelo de M&E de los TTA

Alianzas - Poder de Convocatoria

Comisiones Nacionales de Drogas /Observatorios

Nacionales sobre Drogas

Entidades locales, regionales, nacionales e internacionales

Academia: AU, universidades y centros de investigación

Otras instituciones, NADCP, CADTC, CCI, Fundación Paz Ciudadana en Chile

México- Congruencia con Programa Nacional de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia

- “He instruido a los Secretarios de Gobernación, de Hacienda, de Desarrollo
- Social, de Educación y de Salud, para la creación de un Programa Nacional de Prevención del Delito
- (...) será un programa transversal que involucrará a todas las dependencias Federales en acciones para combatir las adicciones, rescatar los espacios públicos y promover proyectos productivos.”

Lic. Enrique Peña Nieto
1 de diciembre de 2012.

CICAD y México - Acompañando el hemisferio en sus desafíos

- Programa Tribunales de Tratamiento de Adicciones
- Programa PROCCER - Capacitación y certificación para el Tratamiento y Rehabilitación de Drogas y Violencia
- Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM)
- Cooperación Horizontal en temas de Investigación Patrimonial, Administración
- de Bienes asegurados y Bienes en Extinción del Dominio
- Cooperación Horizontal con los observatorios de drogas del hemisferio
- Cooperación Horizontal en investigación de drogas, por el Instituto Nacional de Psiquiatría, las universidades, y otras instituciones
- Colaboración en la preparación del “Informe del Problema de las Drogas en las Américas”

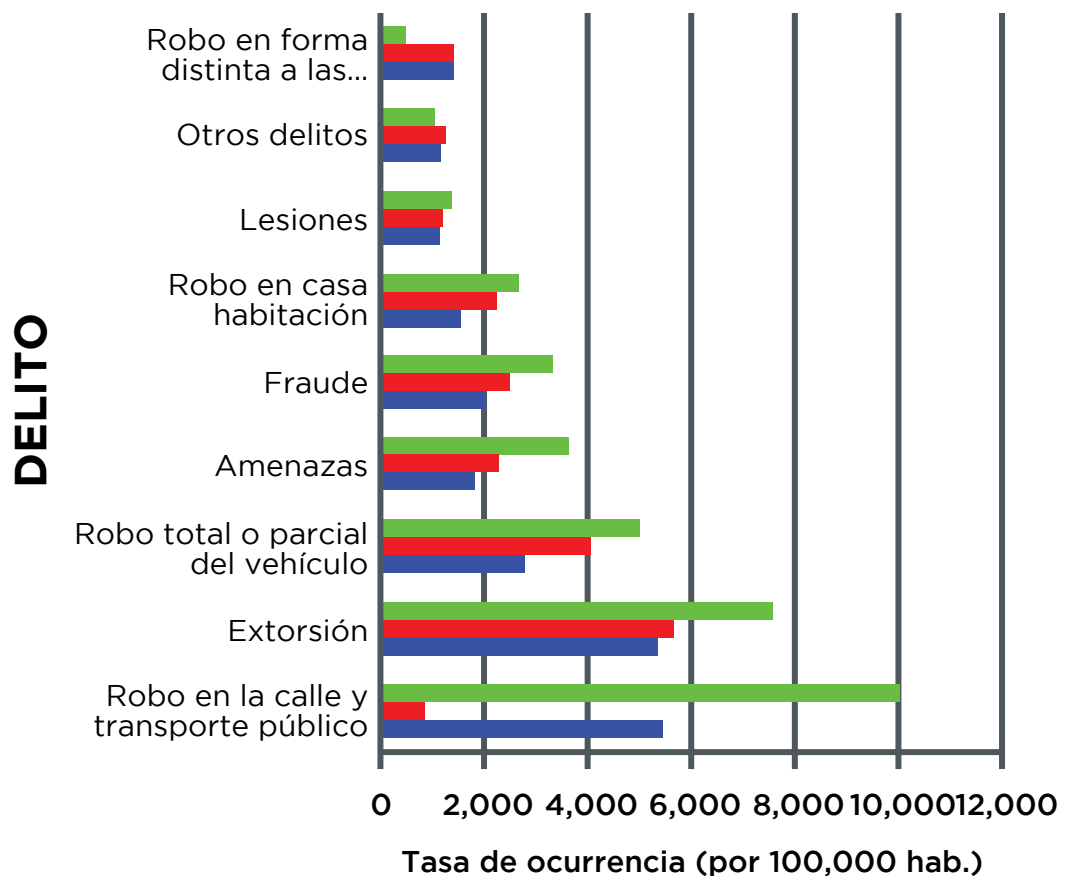
Tribunales para Tratamiento de Adicciones. Un nuevo enfoque en las políticas públicas.

Mtra. Ariadna Camacho Contreras
 Directora de Vinculación de la Dirección General de Participación Ciudadana para
 la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia
 Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana

¿Cómo surge la iniciativa de expandir los TTA?

En la necesidad de buscar alternativas al encarcelamiento para primodelicuentes no violentos, que permitan solucionar el problema de la delincuencia de fondo, atendiendo a sus causas y poniendo énfasis en la salud, la educación, la familia y el empleo, entre otros factores.

Evolución de la tasa de delitos



Fuente: Dirección General de Planeación con base en datos de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción de Seguridad Pública 2011, 2012 Y 2013 (INEGI, 2011; 2012; 2013).

Datos*

- El delito más frecuente cometido por consumidores de droga es el robo.
- Hay una sobrepoblación penitenciaria relativa de **30%** (49,998 internos)
- **94.8%** de los presos consumen drogas.
- **40%** de internos no han sido sentenciados.
- El tiempo promedio para dictar sentencia es de **5 años**.
- **54 %** de los menores infractores reportó consumir drogas.

***Datos** con base en información del Sistema Nacional de Seguridad Pública para 2012 y de la Encuesta Nacional sobre Inseguridad del ICESI e Informe del Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y readaptación Social 2012.

Encarcelamiento en México

- En el caso de delitos menores, produce efectos negativos para el individuo y para sus familias. → Ambiente criminógeno y violento
- Dificulta la incorporación de los sujetos al mercado laboral por el estigma que representa la prisión. → Estigmatización/ exclusión
- Rompe el lazo familiar al dejar los hogares sin un padre o una madre, generando factores de riesgo que pueden incidir en los miembros de la familia. → Factor de riesgo para hijos de padres infractores
- Sobrepoblación penitenciaria. → Falta de alternativas a prisión
- El 98% de los reos en México consumen alguna droga. → Se agrava el problema de adicciones

Costos**

- En el sistema tradicional de justicia el 75% de los recursos se orientan a los delitos menores.
- En México se gastan aproximadamente \$34 millones de pesos diarios para mantener a 242,754 mil personas que se encuentran en prisión.
- El costo diario en manutención (alimento y vestido) por interno en el país es de \$140.00 pesos (aproximadamente \$4,340.00 por mes).
- En el ámbito internacional se calcula que el costo anual de un programa de Tribunales para el Tratamiento de Adicciones por personas oscila entre 1,800 y 4,400 dólares mientras que un año en prisión cuesta de 20,000 a 30,000 dólares por año.

****Fuente:** Seguridad Ciudadana y Juicios Orales en México, Guillermo Zepeda Lecuona Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM

Relación delito-droga

- Relación psicofarmacológica. Cometidos bajo los efectos de alguna droga.
- Relación económica-compulsiva. Cometidos para obtener droga.
- Relación sistémica.- Cometidos por el funcionamiento de mercados ilegales.
- Droga y delito relacionado con factores sociales subyacentes
- Personas que cometen delitos frecuentemente consumen drogas
- No hay relación causal entre droga delito.
- Consumo mayor en población carcelaria, que en población en libertad.

Es necesario no ignorar la conexión droga-delito, por lo que las políticas públicas deberán estar enfocadas en ambos puntos, con el objetivo de reducir la delincuencia.

Políticas vinculadas a los TTA



Políticas de salud

- La adicciones son consideradas como un problema de salud pública.
- Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente en niños y adolescentes,

de cualquier estrato social y de todas las regiones de nuestro país.

- El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza el derecho a la protección de la salud.
- Reducir el consumo de drogas.
- Estrategia de tratamiento que demuestren ser las más adecuadas para las necesidades individuales y sociales de los que abusan de las drogas.
- Es necesario garantizar el derecho a tratamiento para todas las personas que lo necesiten, en las que debe incluirse las personas en conflicto con la ley.

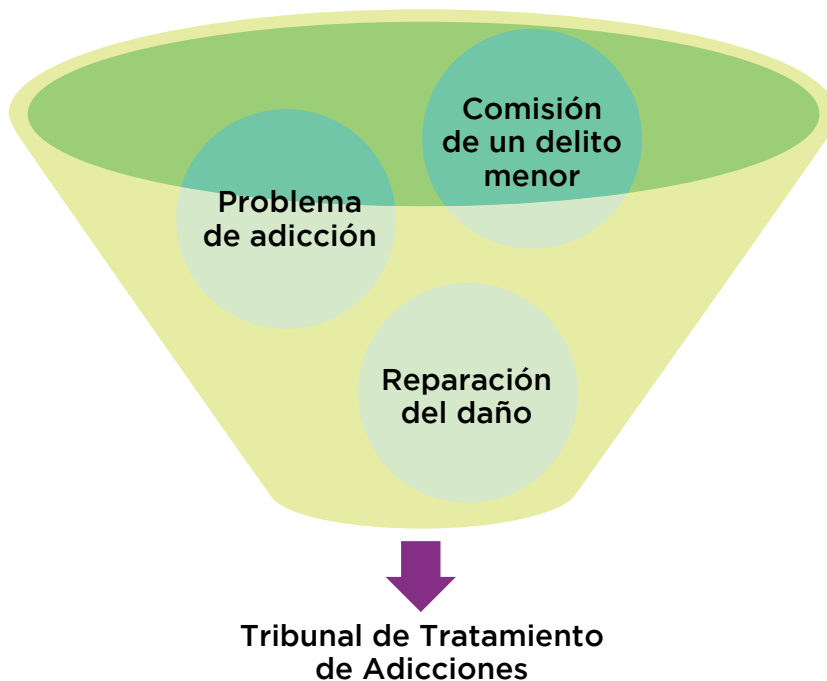
Políticas en el sistema de procuración e impartición de justicia

- La reforma constitucional de 2008 establece la implementación de un sistema donde los juicios se realicen de forma oral y en presencia de los jueces.
- Las 32 entidades federativas están obligadas a transitar a un sistema acusatorio con oralidad en los juicios.
- La reforma necesariamente contempla la despresurización del sistema de justicia a través de mecanismos de justicia alternativa.
- Se buscan nuevos mecanismos de atención y resolución de conflictos penales.
- Se utilizará la prisión para los casos que sean estrictamente necesarios.
- \$2,500 millones de pesos asignados a tareas en Municipios durante 2013.
- Acciones coordinadas de 10 Secretarías.
- Amplia participación social en el diseño y ejecución.
- Cuatro Estrategias Nacionales incorporadas

Identificación de necesidades en las políticas públicas

1. Utilización de mecanismos de justicia alternativa en la implementación del nuevo sistema de justicia penal.
2. Reducción del consumo de drogas en población en conflicto con la ley.
3. Mejorar los mecanismos de reinserción social en primodelincuentes.
4. Trabajar con factores de riesgo que generan violencia y delincuencia.
5. Inversión de recursos para solucionar problemas de fondo y evitar reincidencia delictiva

Elementos fundamentales



Tribunales de tratamiento de adicciones

- Estos modelos se conciben como una alternativa a la privación de la libertad para delitos no graves relacionados con el consumo de drogas legales e ilegales.
- La idea fundamental de estos modelos es ofrecer a las personas que han cometido delitos menores, relacionados con el consumo de drogas, alguna forma de tratamiento durante un plazo determinado.
- A diferencia de los tribunales penales ordinarios, estos modelos contemplan la participación de otros actores claves, como los proveedores de los servicios de tratamiento, trabajadores sociales y expertos de otras disciplinas afines.
- Contempla la existencia de un sistema de premios y castigos en relación con el cumplimiento del programa.

Actores clave

- Niveles de gobierno:
 - a) Federal
 - b) Estatal
 - c) Municipal
- Iniciativa privada
- Sociedad civil

¿Que se busca con los TTA?

- Fomentar la utilización de mecanismos de justicia alternativa.
- Incorporar estrategias que buscan resolver tanto el caso judicial como el problema de salud que lo genera.
- Reducir el consumo de drogas.
- Disminuir la reincidencia delictiva.
- Evitar que un infractor se vuelva un delincuente al evitar el contacto con individuos más peligrosos al ponerlo en prisión.
- Reinsertar al individuo en la sociedad.
- Disminuir la población penitenciaria.

Conclusión

- Los Tribunales de Tratamiento de Adicciones no son la única solución al problema, pero sin duda nos permite avanzar en varias líneas de acción que son necesarias para la búsqueda de mejores soluciones ante la población infractora consumidora de drogas.

Alcances de la Vinculación Delito-Droga en la implementación de los modelos de justicia Alternativa para personas con adicciones

G. Berenice Santamaría González

Toluca, Estado de México, Noviembre 2013

Contexto Actual

- Reconocimiento de las personas con adicciones como un enfermo y no como un criminal.
- Implementación de mecanismos que impacten de manera efectiva en reducir la demanda de drogas
- Dentro del esquema de corresponsabilidad, mecanismos de cooperación internacional (Iniciativa Mérida, CI-CAD, COPOLAD)
- Sistemas estadísticos de información: Encuestas de Adicciones, Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas.
- Atención sustantiva del Gobierno a las acciones de prevención y tratamiento de adicciones, fortalecimiento de la Red Nacional de Centros de Tratamiento y Centros de Atención Primaria
- Priorización de acciones preventivas sobre acciones de combate
- Implementación de manera gradual atendiendo a los criterios de temporalidad y territorialidad
- Revisión de proyecto de Código Federal de Procedimientos Penales, con el que las entidades federativas se armonicen
- De las 32 entidades federativas, 3 se encuentran operando en su totalidad el nuevo sistema

Como está la Justicia en México

- Transformación de un sistema mixto a un proceso penal acusatorio y oral
- Se prevé el establecimiento de mecanismos alternativos de solución de conflictos: Justicia Alternativa
- Se establece un plazo máximo de 8 años para que tanto las entidades federativas, como la Federación hagan las reformas legales correspondientes

Incidencia delictiva

- Según datos del Sistema Nacional de Seguridad Pública, durante el 2012 a nivel nacional, se cometieron 1,702,150 delitos del fuero común.
- Los delitos de mayor incidencia del fuero común, a nivel nacional son: robo simple sin violencia, robo con violencia, delitos patrimoniales, lesiones y homicidio.
- El delito de robo simple comprende el 42% de la incidencia total nacional.
- El promedio de la pena para el delito de robo simple, es de hasta dos años de prisión y multa de hasta 100 veces el smgv. a diez años de prisión cuando exceda de 500 veces el smgv.

Incidencia Delictiva del fuero común 2012, Sistema Nacional de Seguridad Pública, Secretaría de Gobernación. Procuraduría General de la República, Procuradurías Generales de Justicia.

Incidencia de consumo

- A nivel nacional, dentro de las drogas ilegales que más se consumen por la población general:
 - La marihuana ocupa el primer lugar.
 - Segundo lugar la cocaína.
- Debido a los efectos sobre la conducta, las drogas que más se asocian a las conductas delictivas son:
 - Alcohol.
 - Los estimulantes mayores como la cocaína y los derivados anfetamínicos.

Situación penitenciaria

- El país cuenta con una infraestructura penitenciaria de 420 Centros, los cuales cuentan con una capacidad instalada de 195,278 reos y con una población de 242,174 es decir con una sobrepoblación penitenciaria absoluta de 47,476 internos y relativa del 25%.
- El 41% de los internos no han sido sentenciados, es decir a solo 142,456 del total de los internos, les ha sido dictada sentencia; lo que impide que formen parte de alguno de los programas de reinserción.
- El promedio de tiempo para dictar una sentencia es de 5 años, más el tiempo que dure la estadía por la compurgación de la pena impuesta.
- El 37.1% de los internos se encuentran presos por el delito de robo simple, seguido de robo con violencia, homicidio y lesiones.
- El 45% de los internos son reincidentes.
- El Distrito Federal, Baja California, Estado de México, Jalisco, Sonora y Veracruz, concentran el 50% de la sobrepoblación penitenciaria del país.
- El costo promedio de un preso en un CERESO es de 140 pesos diarios, mientras que en un CEFERESO, es de 250 pesos diarios.

- La investigación durante el proceso penal, cada una cuesta \$4,330; el costo de cada juicio es de \$14,500; la defensa pública y el trabajo social es de \$541.83

Ocurrencia de conductas delictivas bajo el influjo de sustancias

- Entre las 5 principales causales relacionadas con la comisión de delitos, se encuentra el consumo de alcohol y de sustancias psicotrópicas o estupefacientes (marginación, pobreza, desempleo)
- A nivel nacional, aproximadamente 60% de los delitos son cometidos por consumidores de drogas y/o alcohol.
- Lo anterior contribuye a la sobrepoblación de centros; particularmente en el caso de consignados por delitos menores.
- De acuerdo con el Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social OADPRS, el 94.88% de los presos son consumidores de drogas (218,478 consumen drogas.)
- El delito que presenta el porcentaje más alto de internos farmacodependientes a nivel nacional (más del 50%), es el robo (simple y con violencia).
- Aún cuando no se ha logrado establecer con claridad de qué manera el consumo de estupefacientes o psicotrópicos puede influir en la comisión de una conducta delictiva; la relación entre éstas responde a una serie de actores, muchas veces concurrentes y correlacionados, sin una vinculación causal determinada.
- Es un problema heterogéneo que requiere de un sistema que entregue respuestas penales tan diversas

como él mismo. Generarlas, implica elaborar políticas públicas en materia penal que, haciéndose cargo de dicha realidad, sean dirigidas especialmente a un sector determinado, como es aquel que presenta adicción a sustancias.



como la reincidencia en el consumo de drogas; además de incidir de manera directa en el descenso de la sobrepoblación penitenciaria.

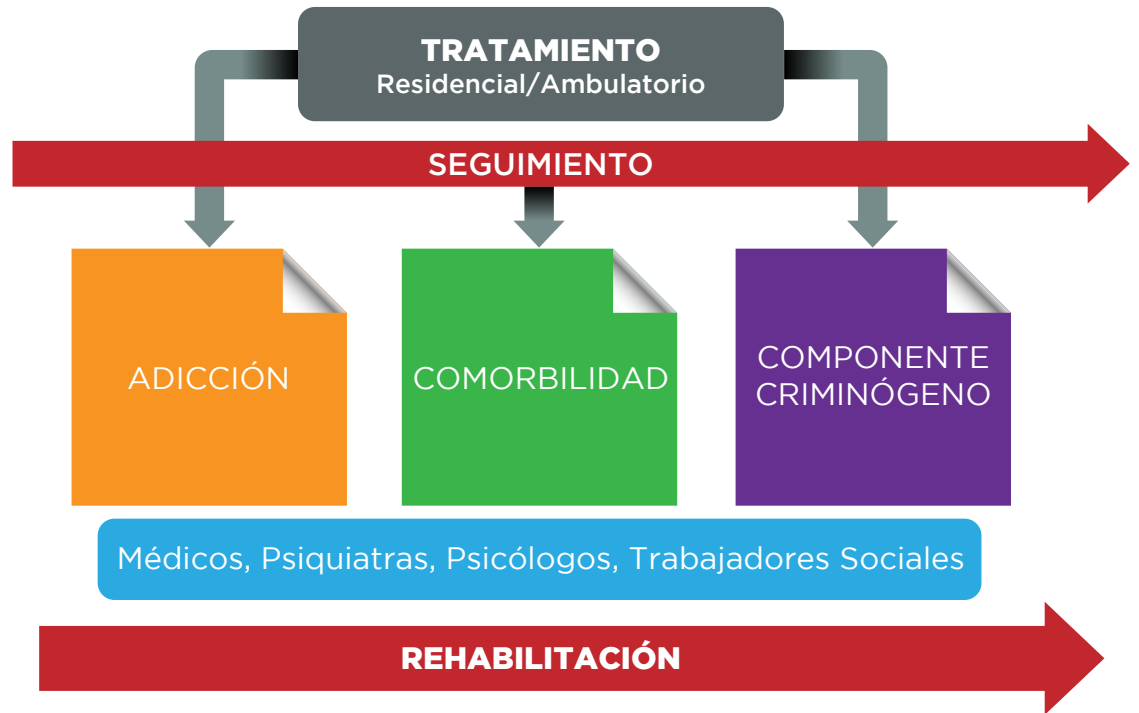
- Adicionalmente, se presentan beneficios económicos medibles: disminución de costos de encarcelamiento, de procesos judiciales, de tratamientos médicos, etc. Se considera que por cada dólar de impuestos invertido en cortes de drogas en EEUU, hay un ahorro de más de 15 dólares en los conceptos mencionados.
- La elección de la población que se beneficiará de un tratamiento se realiza con base en evidencia empírica (criterios de elegibilidad)
- Las necesidades del tratamiento se ajustan a cada paciente por medio de una evaluación particular de cada caso
- La efectividad del tratamiento depende de su composición esencial
- La elección de la población a tratar es indispensable para la efectividad del tratamiento
- Si el tratamiento carece de alguno de los componentes esenciales NO ALCANZARÁ LA EFECTIVIDAD

Generalidades Justicia Alternativa para Personas con adicciones

Tribunales, Juzgados o Cortes de Drogas Generalidades

- Instrumento exitoso de vinculación entre el Sistema de Procuración e Impartición de Justicia con el Sistema de Salud.
- Con base en evidencia científica, diversos estudios (NADCP, NDCI) concluyen que este mecanismo disminuye tanto la reincidencia delictiva,

Tratamiento como componente de éxito



Tribunales, Juzgados o Cortes de Drogas

Beneficios

	Financiamiento	Costo	Resultado
Sistema tradicional de justicia penal	<ul style="list-style-type: none"> • 60 billones de dólares Gastos nacionales 	<ul style="list-style-type: none"> • 22, 650 dls Costo anual por prisionero 	Sólo el 30% de las personas consumidoras de drogas que salen de prisión no vuelven a cometer conductas ilícitas
Modelos de justicia alternativa	<ul style="list-style-type: none"> • 306.8 millones de dólares Gastos federales y estatales 	<ul style="list-style-type: none"> • 6,985 dls Costo anual por participante 	75% en graduados de las cortes de drogas permanecen libres de detenciones y de consumo de drogas, además no vuelven a cometer conductas ilícitas

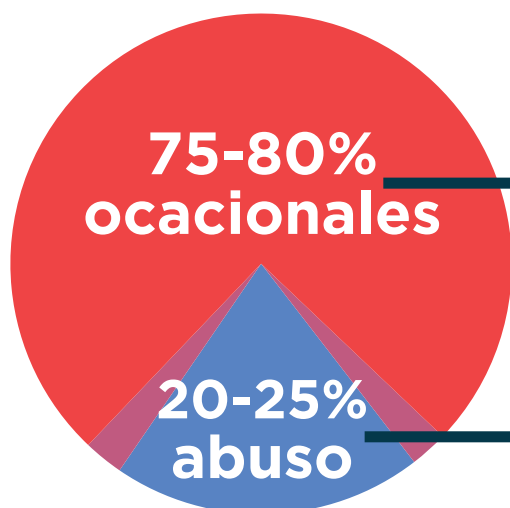
Fuente: Huddleston & Marlowe (2011) *Painting the current picture : A national report on Drug Courts and Other Problem - Solving Court Programs in the United States ;NADCP.*

Relación entre la comisión de conductas delictivas y el consumo de drogas

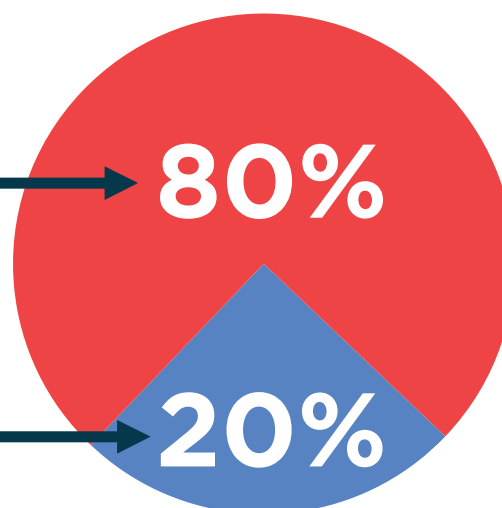
Dr. José Luis Vázquez Martínez
Toluca, Estado de México, Noviembre 2013



Consumidores

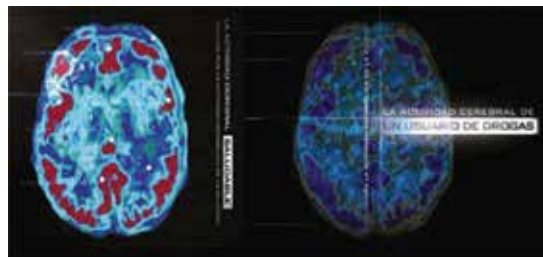


Droga Consumida



Fuente: Kleiman "Controlling Drug use and crime with testing, sanctions and treatment"

Drogas y cerebro

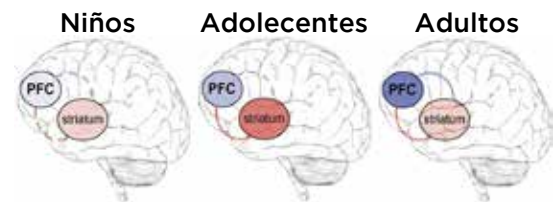
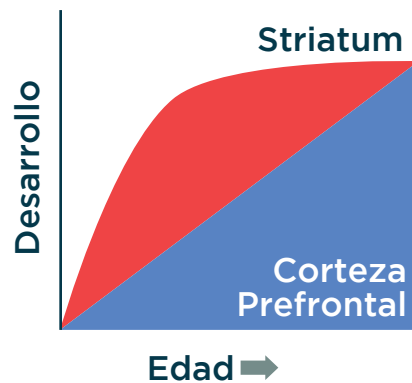


El consumo de drogas puede modificar la estructura y funcionamiento del cerebro y producir problemas de conducta
 NIDA, 2007



Fuente: *Las drogas, el cerebro y el comportamiento; la ciencia de la adicción, NIDA*

Procesos de maduración en el cerebro



Fuente: *Casey BJ, Jones RM. Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Dec;49(12):1189-201;*

Relación e interacciones del estriado con la corteza pre - frontal a lo largo del desarrollo. El color más oscuro representa una mayor señalización de la zona. Las líneas representan la conectividad funcional. La línea punteada marca procesos en maduración, mientras que la continua marca procesos maduros.

El consumo de drogas conduce a la comisión de delitos Goldstein, 1985

Tres modelos explicativos:

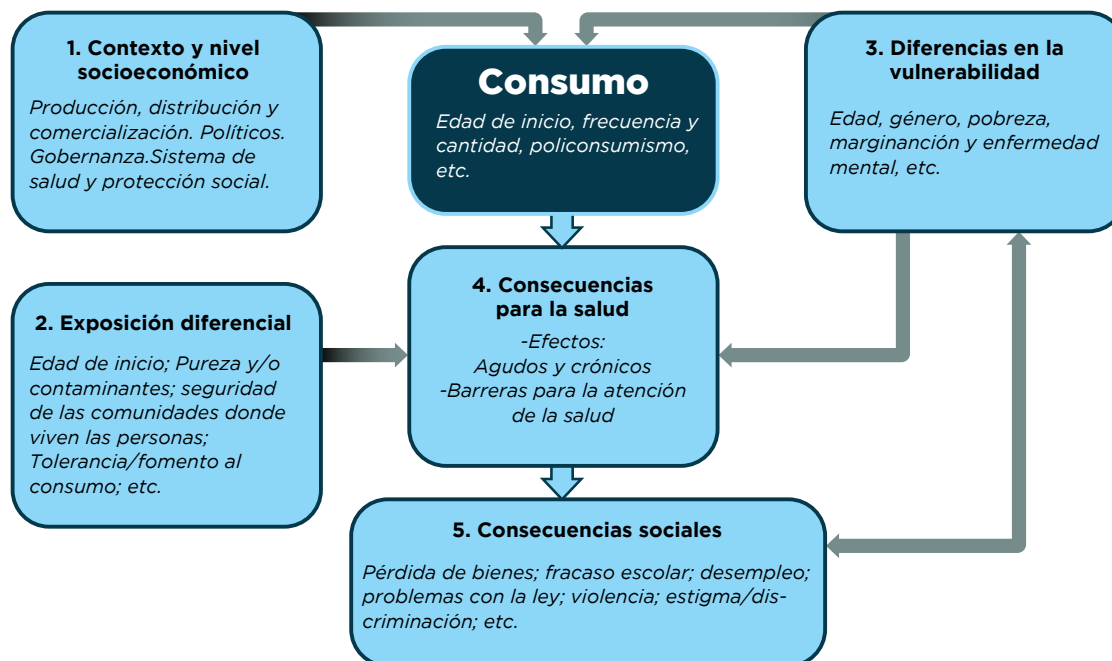
Psicofarmacológico

Económico - compulsivo

Violencia Sistémica

Fuente: *Goldstein. P. The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. Journal of Drug Issues, 39; 1985: 143-17*

Marco analítico de determinantes sociales, OMS



Adaptado de: Schmidt, Makela, Rehm & Room. Alcohol equity and Social determinants, WHO, 2010

Estudio Nacional de Hogares, Argentina 2006

Prevalencia de vida	Total de privados de libertad	Población general de 18 años a 65 años. Total país
Tabaco	80.8	55.1
Alcohol	82.0	77.2
Alcohol tipo casero	20.0	-
Tranquilizantes con prescripción médica	25.0	17.9
Tranquilizantes sin prescripción médica	26.0	3.7
Estimulantes	16.5	1.6
Solventes/Inhalables	15.0	1.1
Marihuana	55.5	16.3
Hachis	7.2	1.9
Pasta base-paco	8.6	1.0
Cocaína	48.6	8.2
Crack	4.8	0.2
Éxtasis	7.8	1.5
Heroína	3.9	0.4
Opio	1.5	0.3
Morfina	1.4	0.1
Alucinógenos	9.8	1.7
Ketamina	3.7	0.5
Otras drogas	0.8	0.3
Alguna droga lícita	64.4	17.1

Edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas, Argentina

Sustancias	Total de privados de libertad		Población de 18 a 65 años Total país	
	Promedio	Desviación Estandar	Promedio	Desviación Estandar
Tabaco	15.0	4.4	16.5	4.3
Alcohol	15.8	3.7	17.2	4.1
Alcohol tipo casero	21.3	5.9	-	-
Tranquilizantes con prescripción médica	23.8	10.2	-	-
Tranquilizantes sin prescripción médica	17.7	4.8	33.6	13.1
Estimulantes	18.7	5.0	24.2	11.8
Solventes/Inhalables	14.3	3.0	16.3	4.6
Marihuana	16.2	4.7	18.5	4.5
Hachis	17.1	3.5	19.2	4.7
Pasta base-paco	22.1	7.8	19.4	5.6
Cocaína	17.8	4.9	19.1	4.4
Crack	18.2	3.8	20.3	7.0
Éxtasis	22.6	6.6	20.6	4.5
Heroína	25.0	6.0	20.5	4.2
Opio	19.8	4.9	20.1	3.3
Morfina	21.3	5.5	23.7	8.5
Alucinógenos	19.0	5.0	19.2	3.9
Ketamina	20.1	2.3	19.4	4.2
Otras drogas	20.6	6.0	17.3	5.7

Fuente: Estudios nacionales en población privada de libertad 2009 y Estudio nacional en hogares 2006, Argentina.

Prevalencia de vida, Uruguay

Sustancia	Alguna vez en la vida. Población privada de libertad	Población de 18 años y más. Estudio Nacional en hogares 2006
Solventes Inhalables	39.0	0.6
Marihuana	71.7	13.4
Hachis	19.1	1.7
Pasta Base	46.3	0.8
Cocaína	51.3	4.6
Crack	5.2	0.3
Éxtasis	7.0	0.8
Heroína	4.2	0.2
Opio	2.4	0.2
Morfina	3.1	0.1
Alucinógenos	22.4	1.4
Ketamina	1.8	0.3
Otros	2.1	0.4

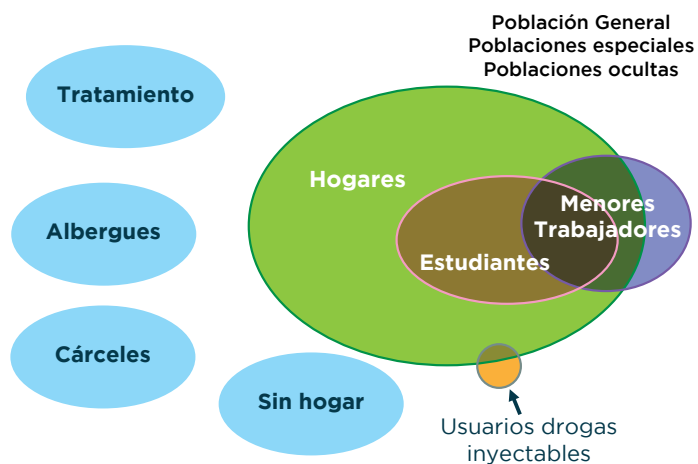
Fuente: Población privada de libertad (2008) y en Población general (2006), Uruguay.

Consumo experimental de drogas ilegales del entrevistado, controlado por consumo familiar y del entorno social (porcentaje de respuestas positivas), Uruguay

Consumo experimental del entrevistado	No	Si
Padre consumidor de drogas ilegales	26.1	30.1
Madre consumidora de drogas ilegales	10.1	9.1
Hermano (s) consumidor (es) de drogas ilegales	42	47
Pareja consumidora de drogas ilegales	2.9	10.9
Otros familiares consumidores de Cocaína	8.7	28.4
Otros familiares consumidores de PBC	5.8	23.9
Otros familiares consumidores de Marihuana	10.1	44.4
Amigos consumidores de Cocaína	17.4	59.9
Amigos consumidores de PBC	17.4	55.2
Amigos consumidores de Marihuana	33.3	87.4

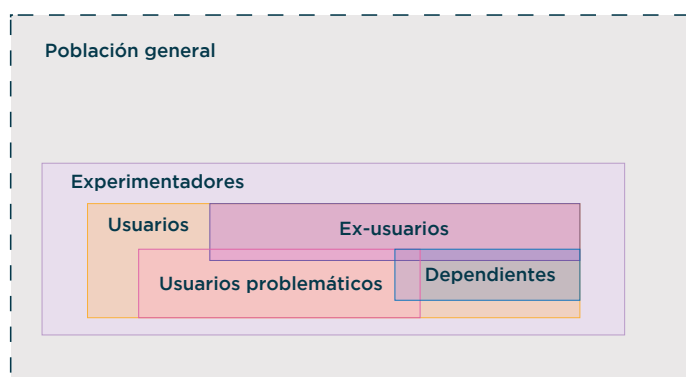
Fuente: Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población Privada de Libertad en Centros Carcelarios de Uruguay”, 2008.

Indicadores epidemiológicos Poblaciones



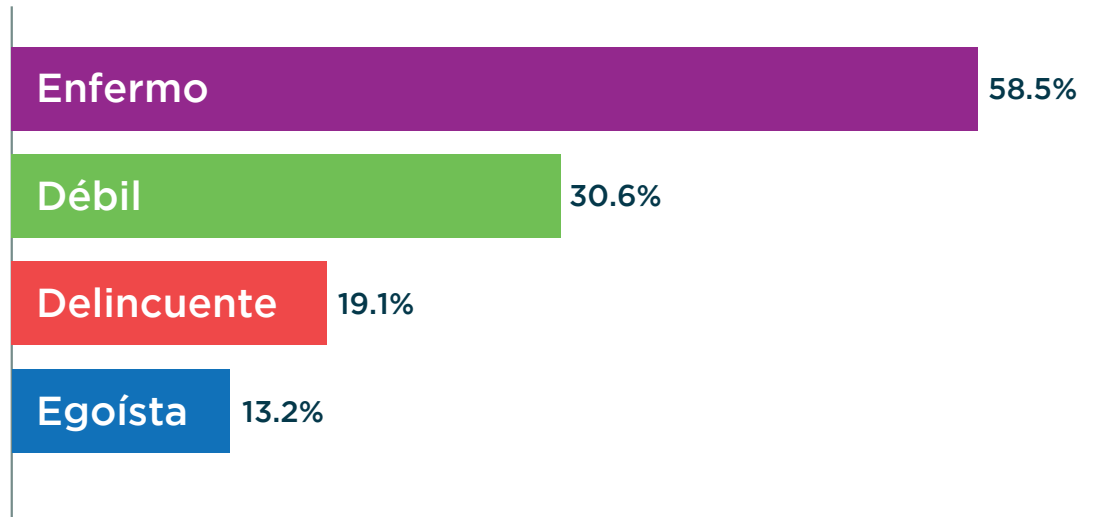
Indicadores epidemiológicos

Población objetivo

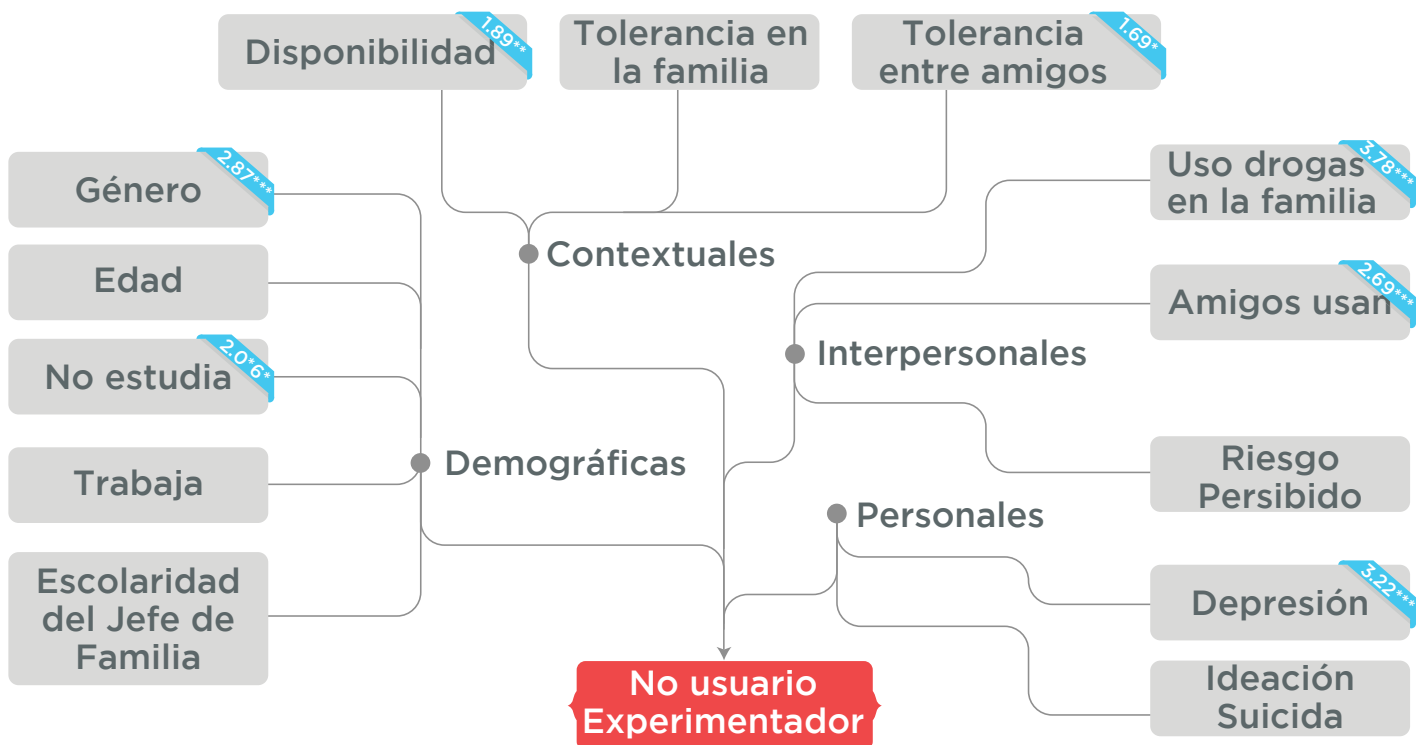


Fuente: Medina-Mora ME. Análisis de las tendencias epidemiológicas 1972 - 2011.

Percepción sobre los consumidores de drogas, ENA 2008



Predictores del uso experimental de drogas, México

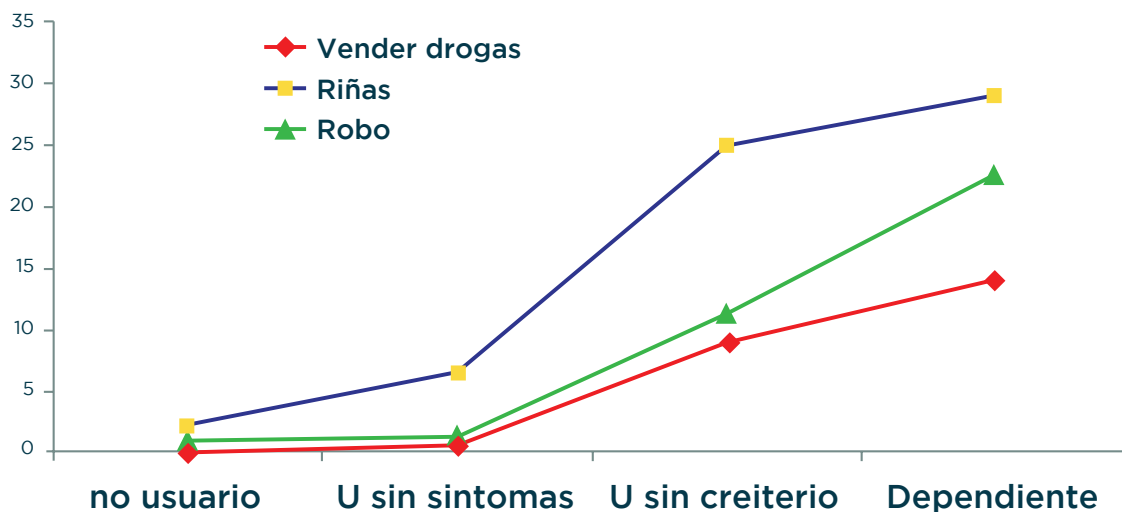


Los coeficientes son odds ratio

*P<.05, **P<.01, ***P<.001
 SSA, IMP, DGE, CONADIC

ENA 1998

Relación entre conducta antisocial y uso de drogas



Mujeres en prisión:

- 23% ingresaron por **delitos contra la salud**
- 41% cometieron el delito **bajo el efecto** de drogas
- 28% consumieron **cocaína** (sustancia más usada)

Fuente: Encuesta de ciudades 2005-2006 / Fleiz et al., 2007 / Romero y cols., 2007

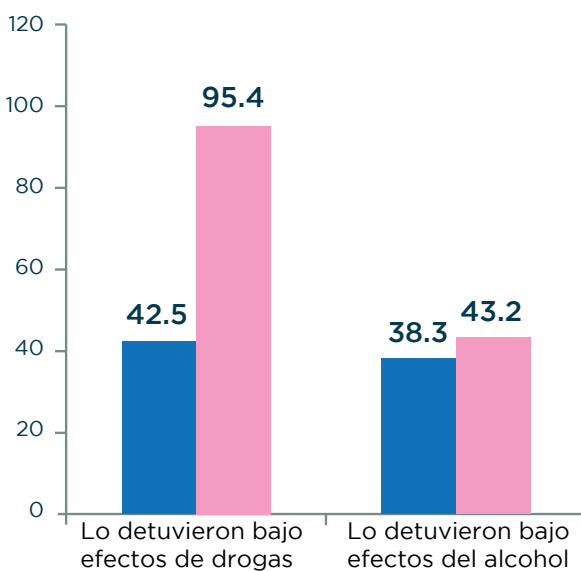
Problemas por uso de sustancias: prisión

¿Ha estado en prisión por algún delito?

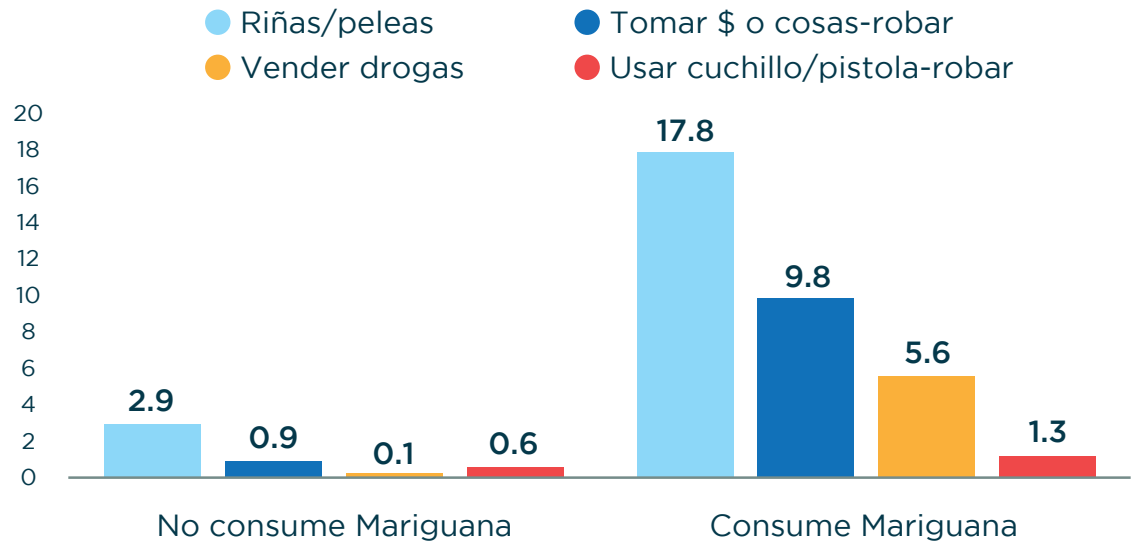


Del total que han estado en prisión:

Fuente: ENA 2008



Consumo de drogas y conductas antisociales, México



Población de 12 a 65 años que reporta haber cometido conductas antisociales
 El consumo de drogas está claramente asociado con la presencia de conductas antisociales.

Fuente: ENA 2008

Consumo y comisión de delitos en México

- A nivel nacional, 60% de los delitos son cometidos por personas que han consumido estupefacientes y/o alcohol
- De acuerdo con el Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social (OADPRS), se estima que a nivel nacional 94.88% de los presos son consumidores de drogas
- El delito que presenta el porcentaje más alto de internos farmacodependientes a nivel nacional (más del 50%), es el robo (simple y con violencia)

Fuente: Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad ICESI Informe del Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social OADPRS, 2009

Áreas de oportunidad

- Fomentar investigación sobre la relación droga-delito
- Fortalecer los sistemas de información con indicadores y metodologías homogéneas a nivel regional
- Implementar programas de prevención y atención específicos para la población objetivo

Tratamiento de las personas con adicciones en conflicto con la ley

Dr. Juan Pablo Ahumada

Médico Psiquiatra Adictólogo Asesor Técnico Científico CONADIC

La adicción como una enfermedad

La adicción es un padecimiento crónico y con múltiples recaídas.

Los cambios neurobiológicos son la base de:

- El consumo compulsivo de la sustancia.
- La pérdida del control en la ingesta.
- La aparición de estados emocionales negativos al suspender el consumo.

Sistema de recompensa (refuerzo positivo)

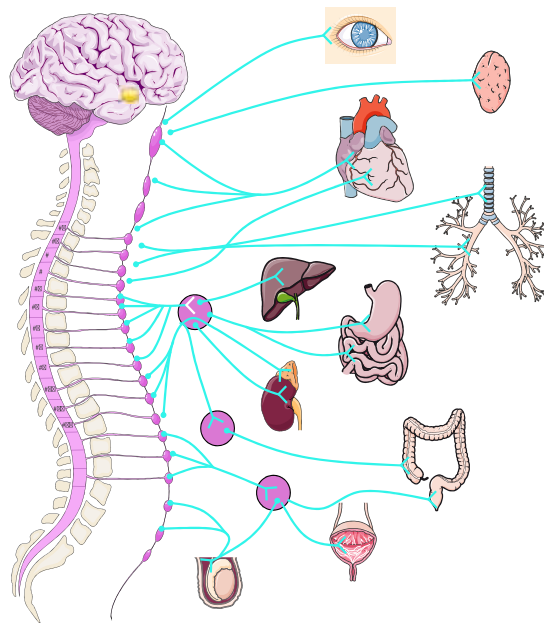
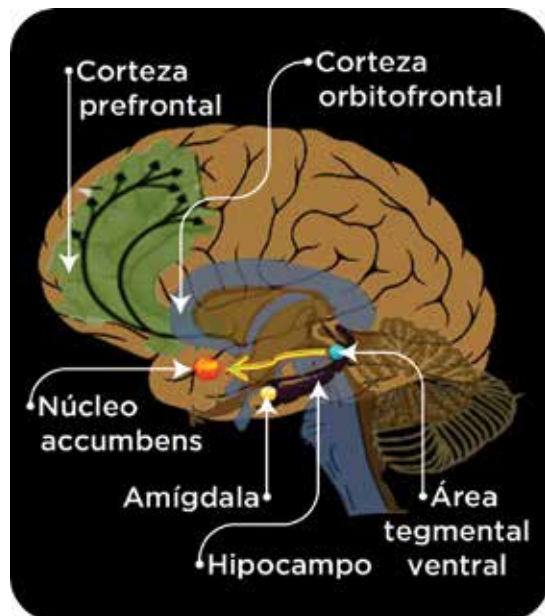
Sistema de recompensa:

- Vía meso-accumbens.
- Dopamina (vía dopaminérgica).
- Neurotransmisores de recompensa.
- Regulación a la alta.
- Regulación a la baja.
- Disminución del funcionamiento del sistema de recompensa ante los estímulos naturales.

Sistema anti-recompensa (refuerzo negativo)

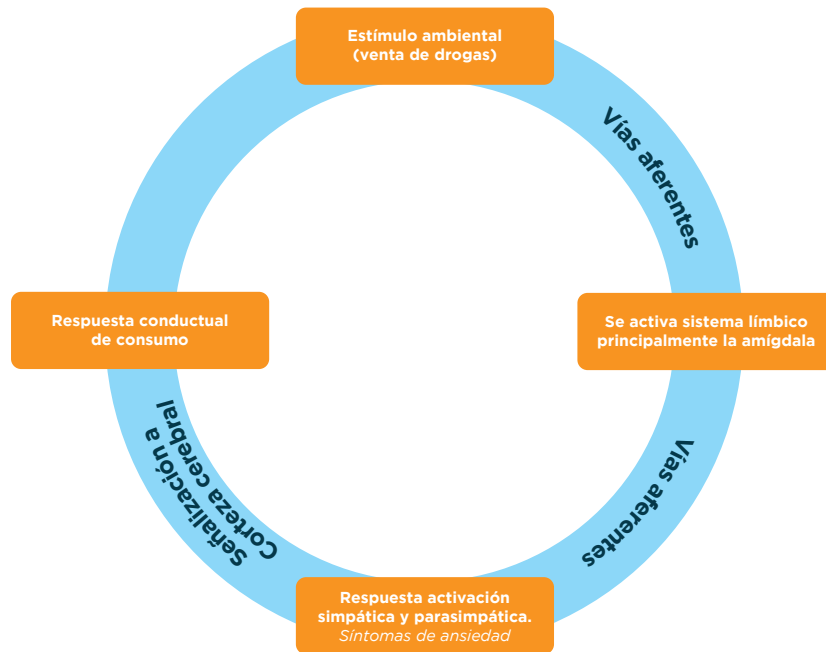
Sistema anti-recompensa:

- Desregulación del sistema límbico (principalmente amígdala).
- Cambios neuroendócrinos asociados al estrés.
- Factor liberador de corticotropina y activación del eje hipotálamo-hipófisisadrenal.

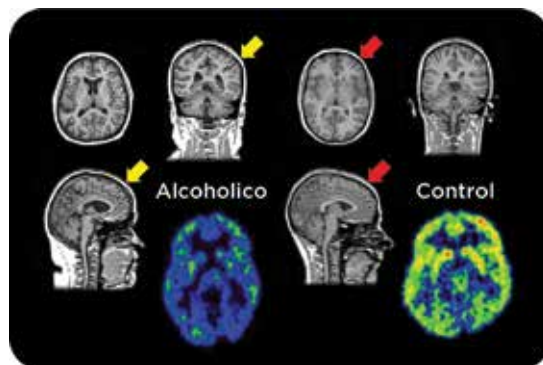


Fuentes: Koob G, Kreek MJ. Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1149-1159.

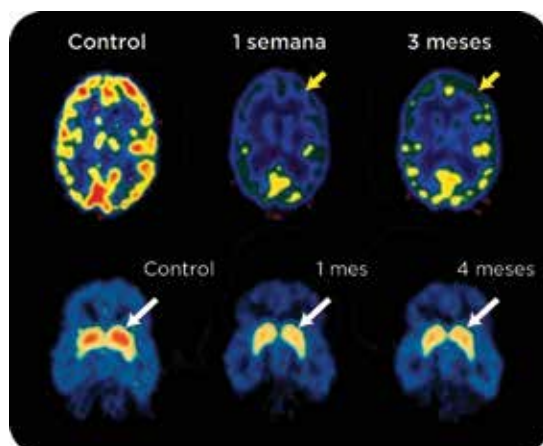
Koob GF. The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*. 2006;101(Suppl 1):23-30.



Dependencia al alcohol



Dependencia a la cocaína



La atención de las adicciones

Cada una de estas fases tiene sus acciones específicas que se definen principalmente con base a:

- El tipo de sustancia consumida.
- El patrón de consumo que presenta la persona.
- Las características individuales del enfermo (incluyendo comorbilidades).
- La severidad de los padecimientos (adictológico y comorbilidades).

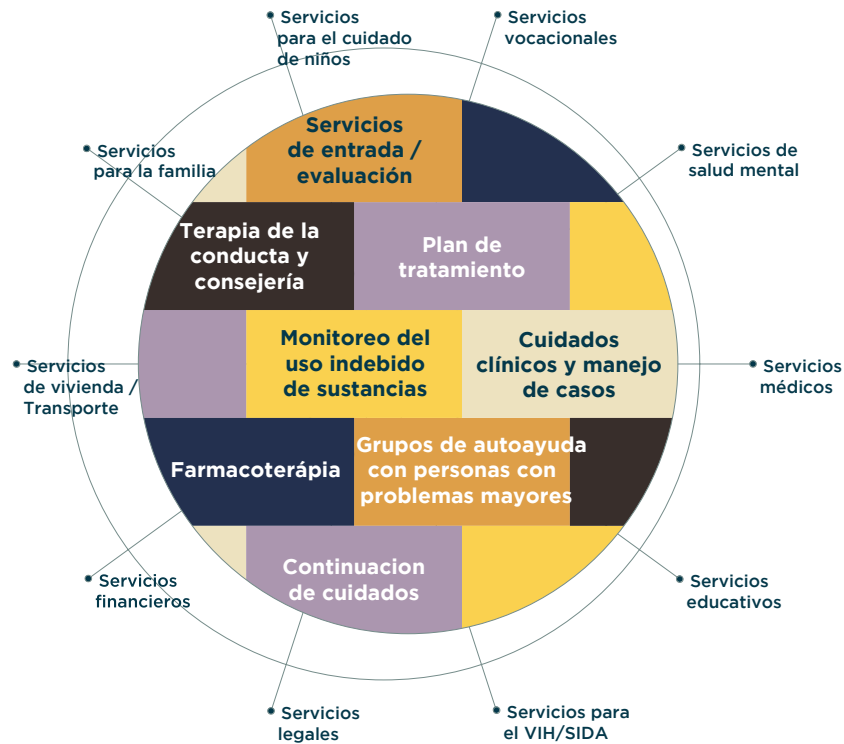
Componentes de la evaluación integral



- La elección de la población que se beneficiará de un tratamiento se realiza con base en evidencia empírica.
- Las necesidades del tratamiento se ajustan a cada paciente por medio de una evaluación particular de cada caso.
- Los proveedores del tratamiento se capacitan y se supervisan en intervenciones clínicas basadas en evidencia, documentadas en manuales de tratamiento.
- El tratamiento farmacológico es llevado por un especialista en el tratamiento de las adicciones.
- Al terminar el proceso se prepara un plan para continuar en actividades productivas y en grupos de ayuda mutua.
- Los proveedores del tratamiento se mantienen en contacto con los participantes después de la finalización, para evaluar el proceso y referir atención de ser necesaria
- La efectividad del tratamiento depende de su composición esencial.
- La elección de la población a tratar es indispensable para la efectividad de este y todo tratamiento.
- Si el tratamiento carece de alguno de los componentes esenciales NO ALCANZARÁ LA EFECTIVIDAD.

Componentes de un tratamiento integral para el abuso de drogas

Los mejores programas de tratamiento ofrecen una combinación de terapias y otros servicios para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente.



Principios de tratamiento a la dependencia a las drogas (unodc - who)

1. Disponibilidad y accesibilidad al tratamiento de la dependencia a sustancias psicoactivas.
2. Monitoreo, medición, diagnóstico y planeación del tratamiento.
3. Tratamiento de la dependencia a sustancias psicoactivas basado en la evidencia.
4. Tratamiento de la dependencia a sustancias psicoactivas, derechos humanos y dignidad del paciente.
5. Consideración a subgrupos y condiciones especiales.
6. Incluir la asociación entre adicción, tratamiento y el sistema de justicia criminal.

7. Involucramiento de la comunidad, participación y orientación al paciente.
8. Directrices clínicas del tratamiento de la dependencia a sustancias con potencial adictivo.
9. Sistemas de tratamiento: desarrollo de política, planeación estratégica y coordinación de servicios.

Equipo multidisciplinario (CONADIC)

- Dr. Fernando Cano Valle, Comisionado Nacional
- Dr. Leoncio Severino Lara Sáenz
- Mtra. Berenice Santamaría González
- Dr. Mario Gonzalez Zavala

Participación del Instituto Mexiquense contra las Adicciones con 3 investigaciones epidemiológicas en la



LXVII
Reunión Anual
de
Salud Pública

Comparativo mortalidad por envenenamiento accidental o autoinfligido por drogas, en el Estado de México, 2006 y 2010.

Sánchez Espinoza Rosa María Eulalia Dra. Rojas Andersen Sergio Carlos Dr. Colín Marín Carlos Lic. Gutiérrez Vázquez María del Carmen Dra.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la mortalidad por envenenamiento accidental o autoinfligido por drogas, durante los años 2006 y 2010, en el Estado de México, y compararlos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la magnitud y trascendencia de la mortalidad por envenenamiento accidental o autoinfligido por drogas en los periodos de estudio.
- Identificar las Defunciones por envenenamiento accidental o autoinfligido por drogas en los periodos establecidos y compararlos.
- Conocer la Mortalidad por envenenamiento accidental o autoinfligido por drogas e identificar las diferencias en ambos años.
- Conocer el Sexo más afectado y causa de las defunciones y comparar ambos periodos.
- Identificar la Mortalidad por Sexo y Causa, en ambos años e identificar las diferencias.
- Identificar el Grupo de Edad en el que predominaron las defunciones y causa, en los años establecidos e identificar las diferencias.
- Conocer el Grupo de Edad que presentó mayor mortalidad y comparar los años en estudio.
- Identificar los Municipios con mayor número de defunciones en los periodos en estudio y compararlos.

METODOLOGÍA

En el Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA), se realizó un estudio transversal, comparativo, retrospectivo, observacional, con análisis descriptivo durante los años 2006 y 2010, en el Estado de México, relacionado con la Mortalidad por Envenenamiento Accidental o Autoinfligido por Drogas.

La información se generó de la base de datos de defunciones del Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED), de la Subdirección de Epidemiología del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), de la Secretaría de Salud Estatal; así como de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), de la Secretaría de Salud Nacional, tomando como base la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su 10° revisión (CIE 10°).

RESULTADOS

En la CIE 10°, se incluyen 14 claves de ambos años, en el apartado de Defunciones por Envenenamiento Accidental o Autoinfligido por Drogas. En 2006 se presentaron 8 causas de defunción de esta clasificación y en 2010; 9.

Claves CIE 10, de Envenenamiento Accidental o Autoinfligido por Drogas.

Estado de México, 2006-2010

	*CAUSA
X42	Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte
X43	Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
X44	Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados
X45	Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol
X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte
X64	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas medicamentos y los no especificados
X69	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados
Y11	Envenenamiento por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte, de intención no determinada
Y12	Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificadas en otra parte, de intención no determinada
Y14	Envenenamiento por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y las no especificadas, de intención no determinada
Y15	Envenenamiento por, y exposición al alcohol, de intención no determinada
Y16	Envenenamiento por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores, de intención no determinada
Y17	Envenenamiento por, y exposición a otros gases y vapores, de intención no determinada
Y19	Envenenamiento por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados, de intención no determinada

* CIE 10

Fuente: SEED/DGIS

Causas de Defunción de Envenenamiento Accidental o Autoinfligido por Drogas, según CIE 10.

Estado de México, 2006 - 2010

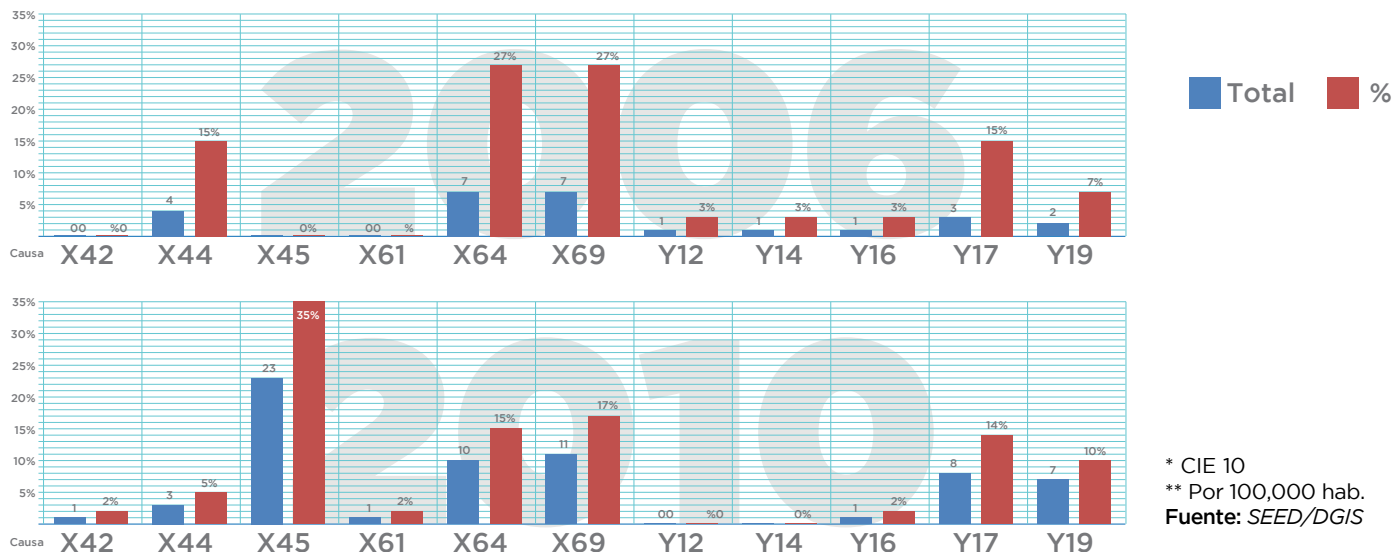
2006		*CAUSA	Total	%
X44	Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados		4	15
X64	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas medicamentos y los no especificados		7	27
X69	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados		7	27
Y12	Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificadas en otra parte, de intención no determinada		1	3
Y14	Envenenamiento por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y las no especificadas, de intención no determinada		1	3
Y16	Envenenamiento por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores, de intención no determinada		1	3
Y17	Envenenamiento por, y exposición a otros gases y vapores, de intención no determinada		3	15
Y19	Envenenamiento por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados, de intención no determinada		2	7
Total			26	100

2010		*CAUSA	Total	%
X42	Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte		1	2
X44	Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados		3	5
X45	Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol		23	35
X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte		1	2
X64	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas medicamentos y los no especificados		10	15
X69	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados		11	17
Y16	Envenenamiento por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores, de intención no determinada		1	2
Y17	Envenenamiento por, y exposición a otros gases y vapores, de intención no determinada		8	14
Y19	Envenenamiento por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados, de intención no determinada		7	10
Total			65	100

* CIE 10
 Fuente: SEED/DGIS

Defunciones por Envenenamiento Accidental o Autoinfligido por Drogas según CIE 10

Estado de México, 2006 - 2010



* CIE 10
** Por 100,000 hab.
Fuente: SEED/DGIS

Mortalidad por Envenenamiento Accidental o Autoinfligido por Drogas según CIE 10.

Estado de México, 2006 - 2010

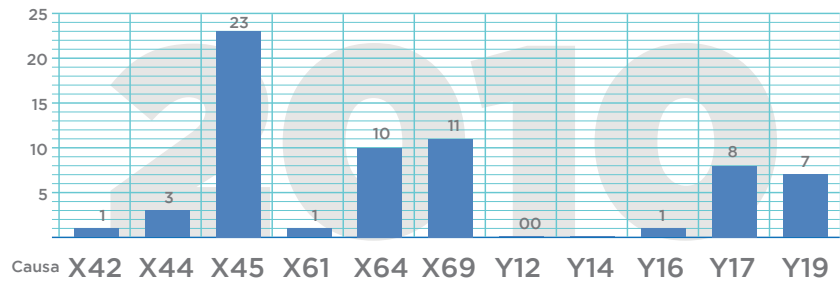
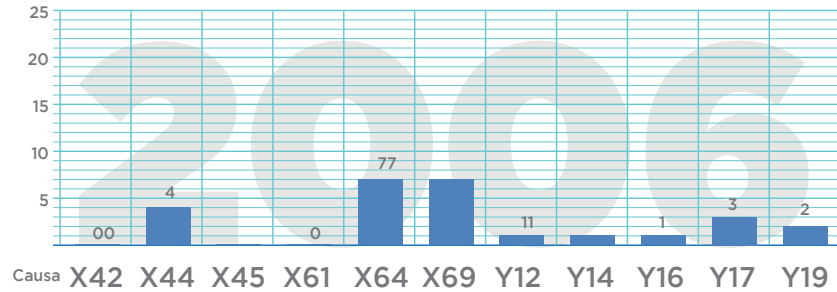
2006

*Causa de defunción	Defunciones	*Tasa
X42	0	0
X43	0	0
X44	4	0,02
X45	0	0
X61	0	0
X64	7	0,04
X69	7	0,04
Y11	0	0
Y12	1	0
Y14	1	0
Y15	0	0
Y16	1	0
Y17	3	0,02
Y19	2	0,01
Total	26	0,17

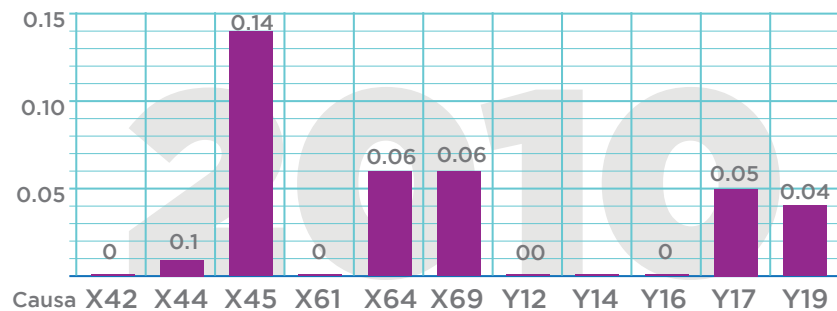
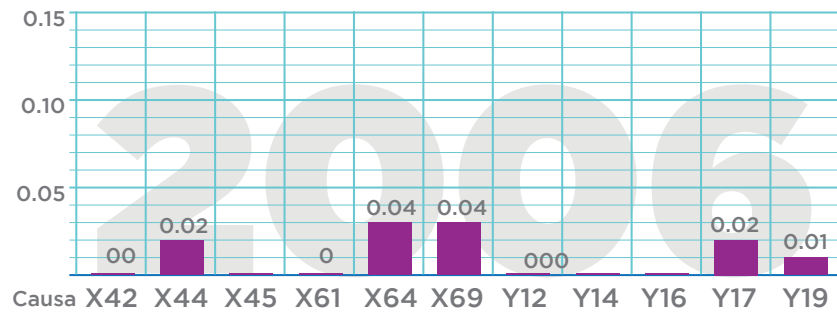
2010

*Causa de defunción	Defunciones	*Tasa
X42	1	0
X43	0	0
X44	3	0,01
X45	23	0,14
X61	1	0
X64	10	0,06
X69	11	0,06
Y11	0	0
Y12	0	0
Y14	0	0
Y15	0	0
Y16	1	0
Y17	8	0,05
Y19	7	0,04
Total	65	0,41

Cantidad de defunciones



Tasa de mortalidad



Mortalidad por Envenenamiento Accidental o Autoinflingido por Drogas según Sexo y Causa.

Estado de México, 2006 - 2010

2006

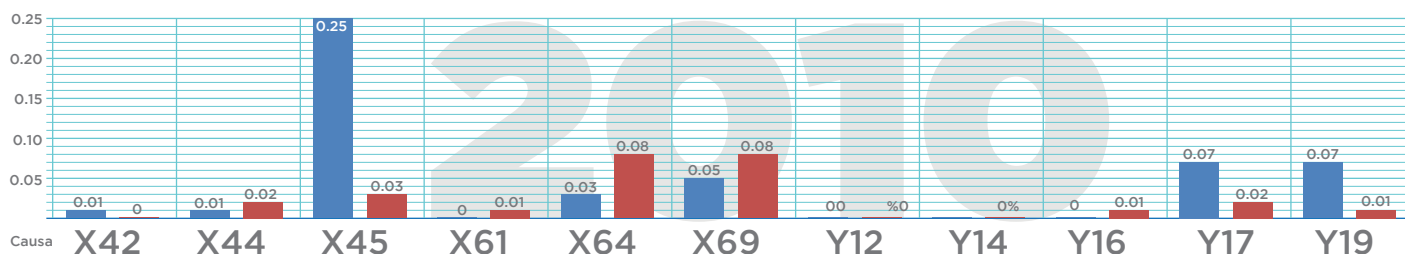
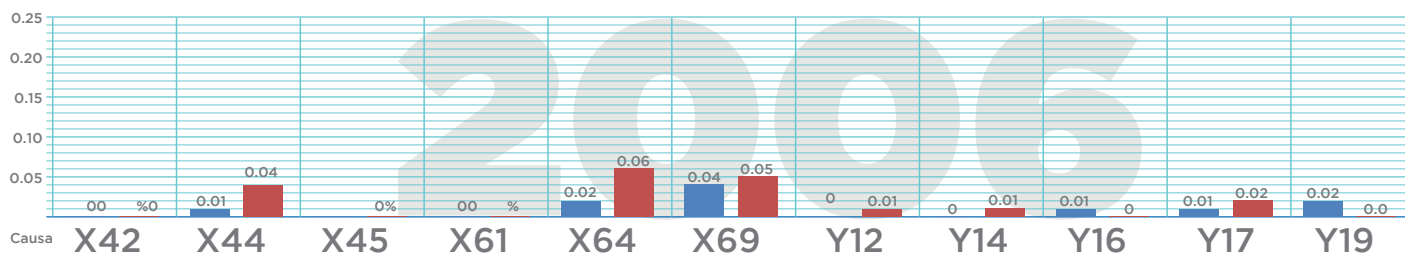
*Causa de defunción	Masculino	**Tasa	Femenino	**Tasa	Total	**Tasa
X42	0	0	0	0	0	0
X43	0	0	0	0	0	0
X44	1	0,01	3	0,04	4	0,02
X45	0	0	0	0	0	0
X61	0	0	0	0	0	0
X64	2	0,02	5	0,06	7	0,04
X69	3	0,04	4	0,05	7	0,04
Y11	0	0	0	0	0	0
Y12	0	0	1	0,01	1	0
Y14	0	0	1	0,01	1	0
Y15	0	0	0	0	0	0
Y16	1	0,01	0	0	1	0
Y17	1	0,01	2	0,02	3	0,02
Y19	2	0,02	0	0	2	0,01
Total	10	0,13	16	0,21	26	0,17

2010

*Causa de defunción	Masculino	**Tasa	Femenino	**Tasa	Total	**Tasa
X42	1	0,01	0	0	1	0
X43	0	0	0	0	0	0
X44	1	0,01	2	0,02	3	0,01
X45	20	0,25	3	0,03	23	0,14
X61	0	0	1	0,01	1	0
X64	3	0,03	7	0,08	10	0,06
X69	4	0,05	7	0,08	11	0,06
Y11	0	0	0	0	0	0
Y12	0	0	0	0	0	0
Y14	0	0	0	0	0	0
Y15	0	0	0	0	0	0
Y16	0	0	1	0,01	1	0
Y17	6	0,07	2	0,02	8	0,05
Y19	6	0,07	1	0,01	7	0,04
Total	41	0,52	24	0,3	65	0,41

* CIE 10 ** Por 100,000 hab.

Fuente: SEED/DGIS



Mortalidad por Envenenamiento Accidental o Autoinfligido por Drogas, según Grupo de Edad.

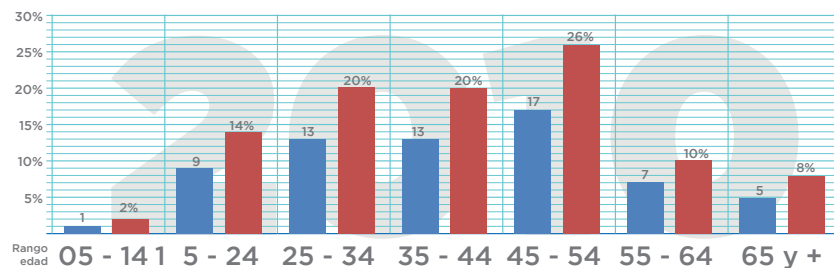
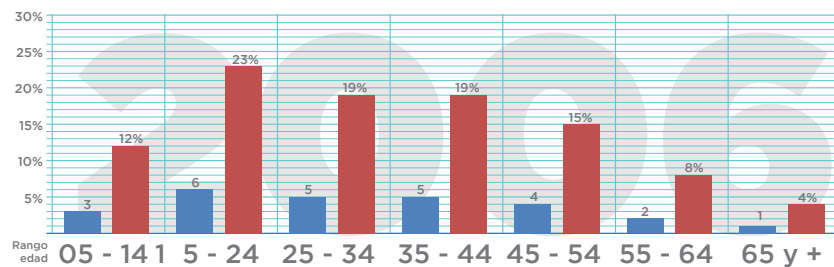
Estado de México, 2006 - 2010

2006

Grupo edad	Total	%	*Tasa
05 - 14	3	12	0.10
15 - 24	6	23	0,22
25 - 34	5	19	0,19
35 - 44	5	19	0,24
45 - 54	4	15	0,29
55 - 64	2	8	0,26
65 y +	1	4	0,16
Total	26	100	0.20

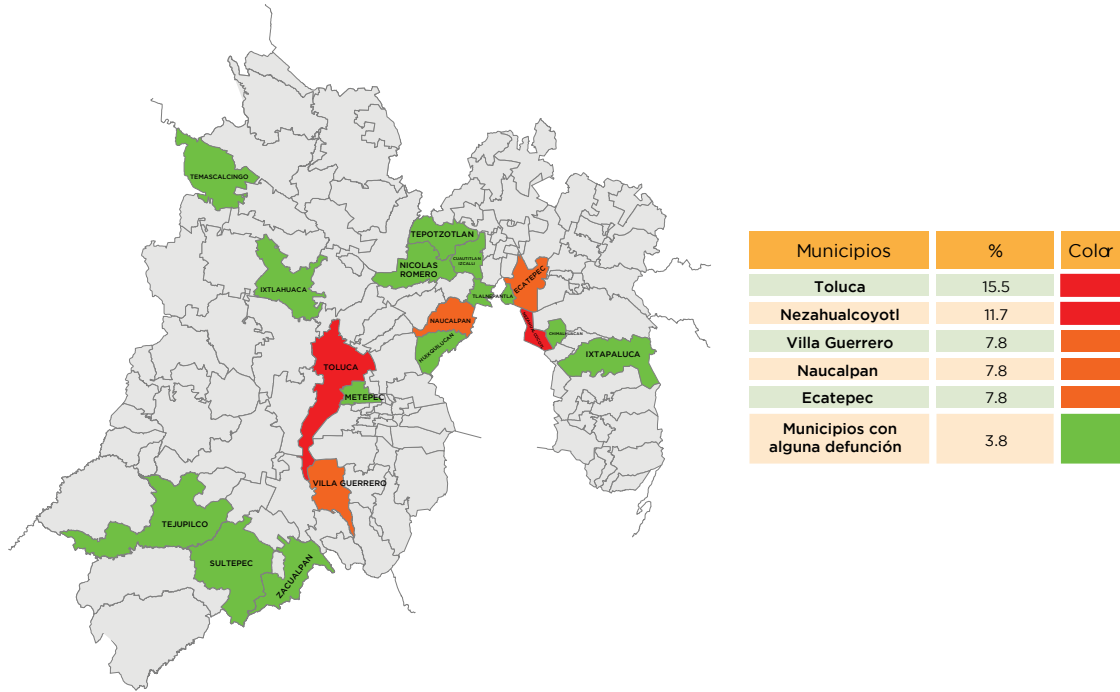
2010

Grupo edad	Total	%	*Tasa
05 - 14	1	2	0.03
15 - 24	9	14	0,32
25 - 34	13	20	0,5
35 - 44	13	20	0,56
45 - 54	17	26	1,04
55 - 64	7	10	0,76
65 y +	5	8	0,68
Total	65	100	0.47



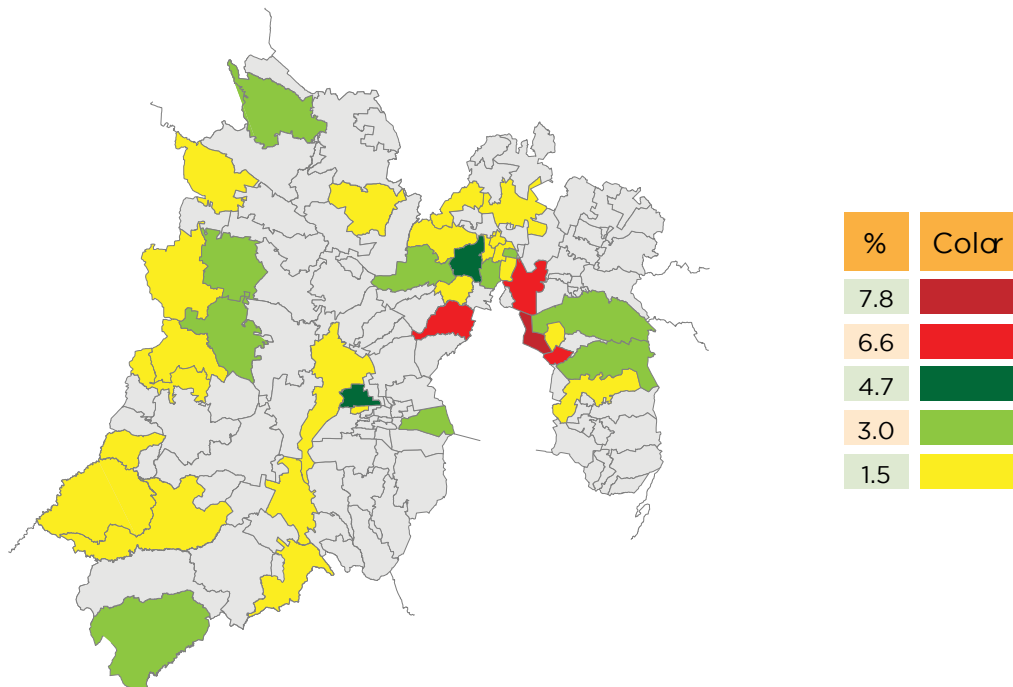
Defunciones de Envenenamiento Accidental o Autoinfligido por Drogas, según Municipio.

Estado de México, 2006



Defunciones de Envenenamiento Accidental o Autoinfligido por Drogas, según Municipio.

Estado de México, 2010



Conclusiones

En 2006, las causas más frecuentes de mortalidad fueron (X64 y X69), tasa 0.44 (7 defunciones). La causa X44 con 4 defunciones (15%). El Envenenamiento por, y exposición a otros gases y vapores, de intención no determinada (Y17).

Con respecto a 2010 el alcohol fue la sustancia adictiva de más consumo y que causó más muertes.

En relación al 2006, el sexo femenino presentó 16 defunciones, en relación al masculino con 10. En la mujer y hombre las causas X64 y X69 estuvieron presentes. Solo en el hombre hubo defunciones por Y17, en donde se incluyen a los inhalables y que más se consumen.

En 2010, en el sexo masculino se observó la tasa más alta en relación al femenino.

Referente al 2006, por Grupos de Edad y Causa, el de 15-24 años, presentó más defunciones (6), (X44 y X69). La tasa más alta 0.29 por 100,000 habitantes,

fue para el Grupo de 45-54 años; además la población en edad productiva fue la más afectada.

Con base al 2010, por Grupos de Edad y Causa, el de 45-54 años, presentó 12 casos (X45), por exposición al alcohol. La tasa más alta fue para el Grupo de 45-54 años, también la población en edad productiva fue la más afectada.

En 2006, Toluca, tuvo el mayor número de defunciones 15.5%; Nezahualcóyotl 11.7%.

Para 2010, Nezahualcóyotl presentó el mayor número de defunciones 7.8% y Metepec 3.0%.

Es complejo realizar investigación por esta causa, la información es muy heterogénea, con dificultad para clasificarla, ya que en la CIE- 10 las causas se incluyen en forma muy general; sin embargo es necesaria por la importancia que aporta para la Salud Pública.

Consumo de drogas en menores infractores, Consejo Tutelar, Estado de México

Dra. María del Carmen Gutiérrez Vázquez, Dr. Sergio Carlos Rojas Andersen,
Dra. Rosa María Sánchez Espinoza, Lic Lorena LLeraldi

Objetivo General: Conocer el consumo de drogas ilícitas en menores infractores.

Objetivos Específicos:

- Identificar las drogas de mayor consumo por los menores infractores.
- Conocer si los internos estaban bajo el influjo de alguna droga durante el momento de la infracción.
- Identificar la edad de inicio en el consumo de drogas.
- Conocer el grado de estudios realizados de los internos al momento de ingresar a la escuela de menores infractores.
- Identificar el motivo de ingreso de los menores infractores a la escuela.
- Conocer el lugar que con mayor frecuencia consiguen la droga.
- Conocer el lugar que con mayor frecuencia consumen la droga.

Metodología: Se llevo a cabo un estudio transversal, por medio de la aplicación de un cuestionario del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SIS-VEA) a la población del Consejo Tutelar para Menores Infractores del Estado de México. Para conocer los resultados se analizo cada encuesta con la finalidad de identificar cada una de las drogas consumidas por esta población; finalmente los resultados se interpretaron en valores porcentuales.

Resultados: El cuestionario se aplicó a una población de 220 internos, de los cuales, 29 (13.1%) son mujeres, y 191 (86.8%) hombres.

De acuerdo al promedio de edad por grupo etareo se observo lo siguiente: de las 29 internas el 79.3% (23) corresponde al de 15 a 19 años; el 17.2% (5) al de 10 a 14 años y un 3.4% (1) para el de 20 a 24 años. En relación al sexo masculino, el 92.1% (176) corresponde al de 15 a 19 años, y el 6.8% (13) es para el de 20 a 24 años y el 1.0% (2) al grupo de 10 a 14 años. En cuanto a la población total de la escuela, de 220 internos el 90.4%(199) es para el grupo de 15 a 19 años, y el 6.3%(14) es de 20 a 24 años, y el 3.1% (7) para el de 10 a 14 años.

En cuanto a Nivel Escolar: por sexo en la mujer refirieron tener nivel primaria 3(10.3%); secundaria 22(75.8%); Bachillerato técnico 4(13.7%). En el hombre; primaria 50 (26.1%); secundaria 96 (50.2%); Bachillerato técnico 45 (23.5%). Ambos sexos: primaria 53(24.0%); secundaria 118(53.6%); Bachillerato técnico 49(22.2%).

De los 220 internos el 24.0% (55) concluyeron la primaria; 53.6% (118) la secundaria y el 22.2% (49) el bachillerato técnico, el 77.6% de los menores en ambos sexos cuentan con estudios de nivel básico.

En relación al Estado Civil, por sexo, en las mujeres 20(68.9%) son solteras, 1(3.4%) casada, 7 (24.1%)viven en unión libre, 1(3.4%) separadas. En el hombre 147(76.9%) son solteros, 1(0.5%) casados, 43 (22.5%) viven en unión libre. En ambos sexos el 75.9% son solteros solo 2 (0.9%) son casados, el 22.7% están en unión libre.

Motivo de Ingreso. Con respecto a las mujeres se observó que el 37.9% (11) fue por robo, el 10.3% (3) fue por actos violentos, y el 3.4% (1) por portación de arma de fuego y 13.7% (4) por delitos contra la salud. Con relación a los hombres el 71.9% (105) fue por robo, 3.4% (5) se debió a actos violentos, 4.1% (6) a portación de arma de fuego, 11.6% (17) a delitos contra la salud, 4.2% (12) a delitos sexuales, 0.6% (1) portación de arma punzo cortantes. En ambas poblaciones el robo ocupó el primer lugar con un 52.7% (116), en segundo lugar, es para delitos contra la salud con 9.5% (21), actos violentos 3.6% (8), portación de arma de fuego 3.1% (7), delitos sexuales 5.4% (12), portación de arma punzo cortante 0.4% (1), es importante comentar que en el rubro de otros se encuentran los homicidios, secuestros y delincuencia organizada.

Con respecto al inicio del consumo de drogas por primera vez, de los 220 internos el 32.7%(72), iniciaron con el consumo de alcohol, el 20.4% (45) con alcohol, el 15.9% (35) con marihuana, inhalables fue del 5.4% (12), iniciando con cocaína el 21 5.9% (13), de los internos.

Es importante comentar que de acuerdo al patrón de consumo de inicio hasta la quinta o sexta sustancia de las drogas en general se observó el siguiente

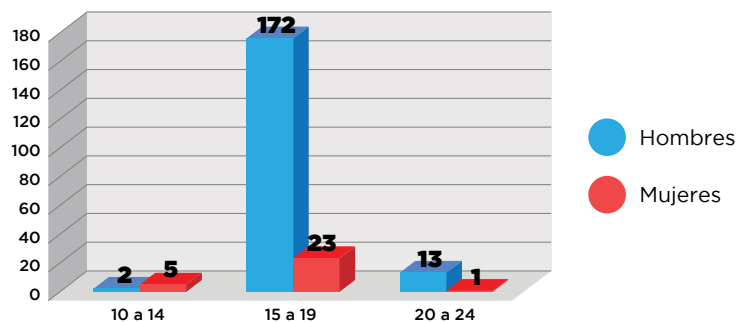
comportamiento para ambos sexos: el 64.5% (142) fue para el tabaco, el 68.1%(150) para el alcohol, para la marihuana fue del 41.3% (91), los inhalables ocuparon el cuarto lugar con el 28.0% (62), y la cocaína con 24.9 (53).

Solo 157 menores infractores para ambos sexos refirieron los sitios de distribución de las drogas: el 1.2% (2) refirieron que se la llevan a su casa, de igual manera para los que tienen en su propia casa, 11.4 %(18) en casa de un familiar, el 71.3% (112) en lugares de distribución, el 4,4% (7) en discotecas o en antros, el 9.5% (15) en fiestas o reuniones, y el 0.6% (1) en la escuela o trabajo.

En cuanto a los sitios de consumo solo 149 internos contestaron a esta pregunta:13.4% (20) que la consumen en su casa, 8.3% (8) en casa de un amigo, el 60.4% (90) en la vía pública, el 4.6% (7) en discotecas o antros, el 14.7% (22) en fiestas o reuniones, y el 1.3% en la escuela o trabajo.

Infractores por grupo de edad y sexo 2013

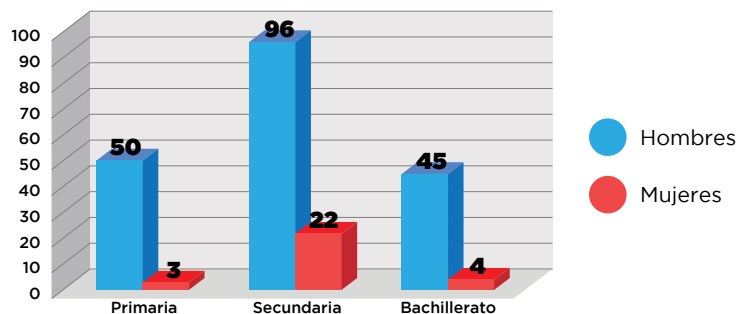
Grupo de edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
10 a 14	2	1.0	5	17.2	7	3.1
15 a 19	176	92.1	23	79.3	199	90.4
20 a 24	13	6.8	1	3.4	14	6.3
TOTAL	191	100	29	100	220	100



Fuente: Encuesta Epidemiológica, Consejo Tutelar para Menores Infractores

Grado de estudios al momento de ingresar al consejo tutelar 2013

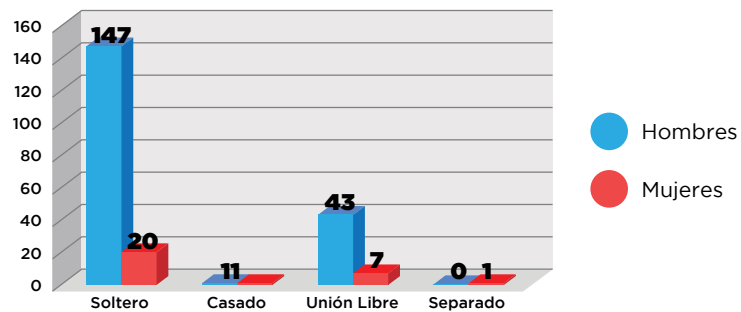
Nivel escolar según sexo	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Primaria	50	26.1	3	10.3	53	24.0
Secundaria	96	50.2	22	75.8	118	53.6
Bachillerato técnico	45	23.5	4	13.7	49	22.2
Total	191	100	29	100	220	100



Fuente: Encuesta Epidemiológica Consejo Tutelar para Menores Infractores 2013 Estado de México

Estado civil según sexo 2013

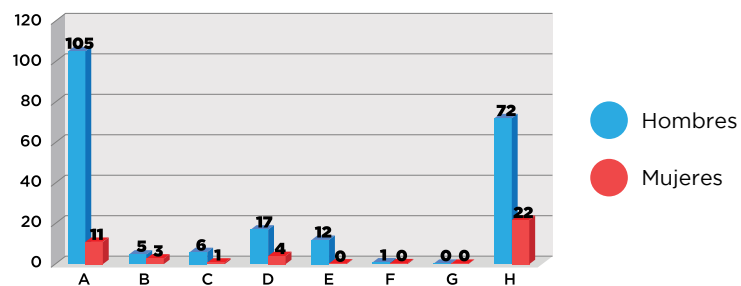
Estado Civil	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Soltero	147	76.9	20	68.9	167	75.9
Casado	1	0.5	1	3.4	2	0.9
Unión libre	43	22.5	7	24.1	50	22.7
Separado	0	0	1	3.4	1	0.4
Total	191	100	29	100	220	100



Fuente: Encuesta Epidemiológica Consejo Tutelar para Menores Infractores 2013 Estado de México

Motivo de ingreso según sexo 2013

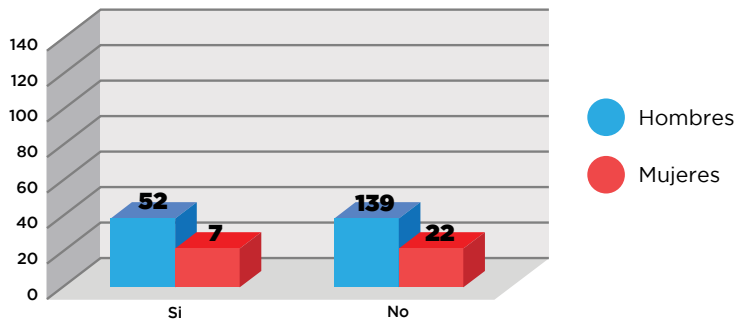
Motivo de ingreso	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
A. Robo	105	48.1	11	26.8	116	45.6
B. Actividad violenta	5	2.2	3	7.3	8	3.1
C. Por arma de fuego	6	2.7	1	2.4	7	2.7
D. Delito contra la salud	17	7.7	4	9.7	21	8.2
E. Delito sexual	12	5.5	0	0	12	4.7
F. Por arma punzo cortante	1	0.4	0	0	1	0.4
G. Vagancia	0	0	0	0	-	0
H. Otros *	72	33.0	22	53.6	94	37.0
Total	218	100	41	100	254	100



Fuente: Encuesta Epidemiológica a Menores Infractores Secuestros, Homicidios y Delincuencia organizada

Cometió la infracción bajo los efectos de las drogas 2013

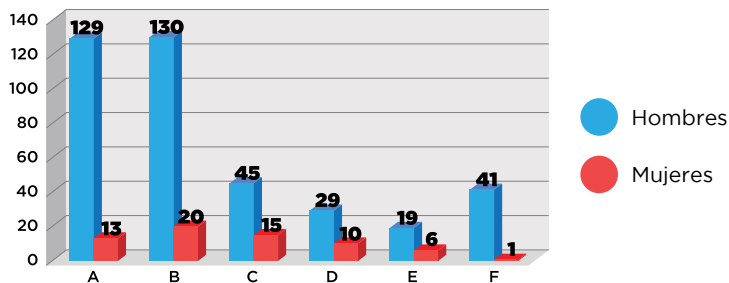
Cometió delito bajo efecto de las drogas	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Si	52	27.2	7	24.1	59	26.8
No	139	72.7	22	75.9	161	73.1
Total	191	100	29	100	220	100



Fuente: Encuesta Epidemiológica, Consejo Tutelar para Menores Infractores

Patrón de consumo de inicio de sustancias según sexo 2013

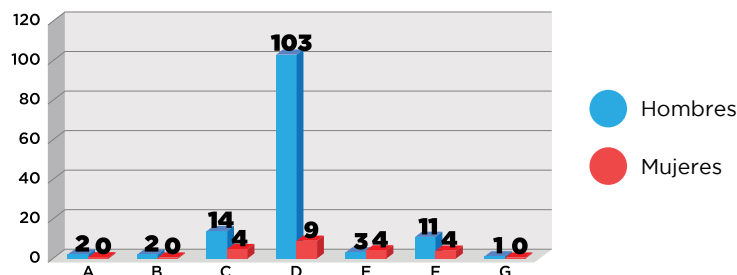
Sustancia	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
A. Tabaco	129	32.8	13	20.0	142	31.0
B. Alcohol	130	33.0	20	30.7	150	32.7
C. Marihuana	45	11.4	15	23.0	60	13.1
D. Inhalables	29	7.3	10	23.0	39	8.5
E. Cocaína	19	4.8	6	9.2	25	5.4
F. Otras Drogas	41	10.4	1	1.6	42	9.1
Total	393	100	65	100	458	100



Fuente: Encuesta Epidemiológica Consejo Tutelar para Menores Infractores Estado de México

Sitio de adquisición de las drogas 2013

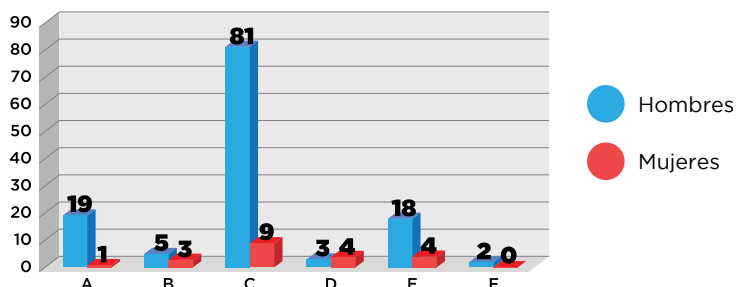
Sitio	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
A. En su propia casa	2	1.4	0	0	2	1.2
B. Te llevan a casa	2	1.4	0	0	2	1.2
C. En casa de un amigo o familiar	14	10.2	4	19.0	18	11.4
D. En lugares de distribución	103	75.7	9	42.8	112	71.3
E. En discotecas, antros o bares	3	2.2	4	19.0	7	4.4
F. En fiestas o reuniones	11	8.0	4	19.0	15	9.5
G. En la escuela o trabajo	1	0.7	0	0	1	0.6
Total	136	100	21	100	157	100



Fuente: Encuesta epidemiológica, Consejo Tutelar menores infractores Estado de México

Lugar en el que con mayor frecuencia consumen las drogas 2013

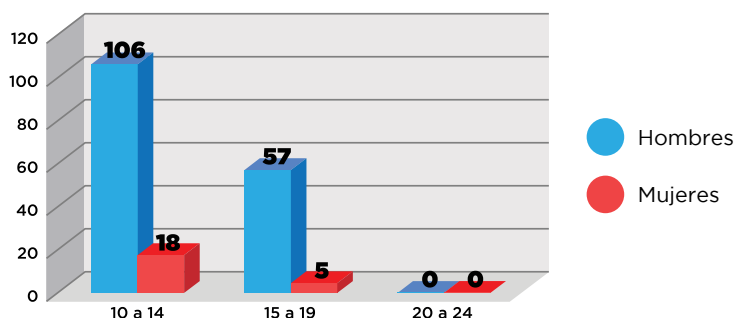
Sitio	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
A. En su propia casa	19	14.8	1	4.7	20	13.4
B. En casa de un amigo o familiar	5	3.9	3	14.2	8	8.3
C. En la vía pública o calle	81	63.2	9	42.8	90	60.4
D. En discotecas, antros o bares	3	2.3	4	19.4	7	4.6
E. En fiestas o reuniones	18	14.0	4	19.4	22	14.7
F. En la escuela o trabajo	2	1.5	0	-	2	1.3
Total	128	100	21	100	149	100



Fuente: Encuesta Epidemiológica, Consejo Tutelar para Menores infractores Estado de México

Edad al inicio de consumir drogas según sexo 2013

GRUPO/EDAD	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
10 A 14	106	65.0	18	78.2	124	66.6
15 A 19	57	34.9	5	21.7	62	33.3
20 A 24	0	0	0	0	0	0
TOTAL	163	100	23	100	186	100



Fuente: Encuesta Epidemiológica. Consejo Tutelar para Menores Infractores

Conclusiones

La aplicación de la encuesta en los menores infractores del Consejo tutelar del Estado de México permitió identificar la relación del consumo de drogas ilegales con su perfil socio demográfico.

De acuerdo a las 220 encuestas el 13.1% de la población son mujeres, de estas el 79.3% tienen entre 15 a 19 años, y el 17.2% tienen de 10 a 14 años, en relación con los hombres el 86.8% (191) del total de la población son varones, de estos el 91.6% (175) tienen entre 15 a 19 años, y el 6.8% (13) de 20 a 24 años.

Del total de los internos al momento de ingresar al consejo tutelar el 24.0% cuenta con estudio de nivel básico, con estudios técnicos el 53.6%.

El 75.9%(167) en ambos sexos refieren

estar solteros, el 0.9% casados y 19.5% unión libre.

Los delitos más frecuentes al momento de su ingreso fueron en ambos sexos el 72.0% fue por robo, el 4.9% por actos violentos, el 3.7% por portación de arma de fuego, el 10.5% delitos contra la salud, 7.4% delito sexual, 0.6% portación de arma punzo cortante, en el 26.8% se encuentran los catalogados en otros, como son homicidios, secuestros y delincuencia organizada.

De acuerdo a los resultados de la encuesta la sustancia de inició fue el alcohol con el 68.1%, el tabaco con un 64.5%, la droga ilegal de mayor consumo en esta población es la marihuana con el 41.3%, los inhalables con 28.0%, la cocaína con un 24.9% en general.

Detección de consumo drogas.

Unidad Nezahualcoyotl, Universidad Autonoma Estado De Mexico.

Rojas Andersen Sergio Carlos Dr. Colín Marín Carlos Lic. Sánchez Espinoza Rosa María Eulalia Dra. López Gutiérrez Reyna María de Lourdes Dra.

Objetivo General

Detección del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, aplicando tamizaje con encuestas AUDIT, CIDI, y FARGESTROM, en el plantel Nezahualcóyotl, de la Unidad Académica Profesional de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).

Objetivos Especificos

- Identificar niveles de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Identificar el riesgo del consumo de alcohol con la aplicación del tamiz AUDIT.
- Identificar la dependencia al consumo de tabaco, con la aplicación del tamiz FARGESTROM.
- Identificar magnitud del consumo de cocaína, marihuana, ketaminas, tranquilizantes, alucinógenos y disolventes, con la aplicación del tamiz CIDI

- Conocer la prevalencia del consumo de drogas.
- Identificar el sexo más afectado por consumo de drogas.
- Identificar la prevalencia del consumo de drogas por sexo.
- Conocer el tipo de sustancia más consumida
- Conocer el grupo de edad en donde se aplicaron mas encuestas.

Metodología.

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, en el plantel Nezahualcóyotl de la UAEM, en junio del 2013. Se aplicó un tamizaje empleando las encuestas AUDIT, FARGERSTROM y CIDI, incluyendo en esta ultima sustancias como cocaína, marihuana, ketaminas, tranquilizantes, alucinógenos y disolventes, a una población de 619 estudiantes.

Tamiz AUDIT, según sexo

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

TAMIZ AUDIT: se enfoca al riesgo del consumo de alcohol.

VARIABLES	HOMBRES	%	MUJERES	%
Sin Riesgo	142	22.9	228	36.8
Alcohol	62	10.0	76	12.3
Consejo Simple	51	8.2	33	5.3
Consejo Simple más Terapia Breve y Monitorización Continuada	9	1.5	4	0.6
Derivación a un especialista para una Evaluación Diagnóstica y Tratamiento	6	1.0	3	0.5

■ % ■ HOMBRES ■ % ■ MUJERES

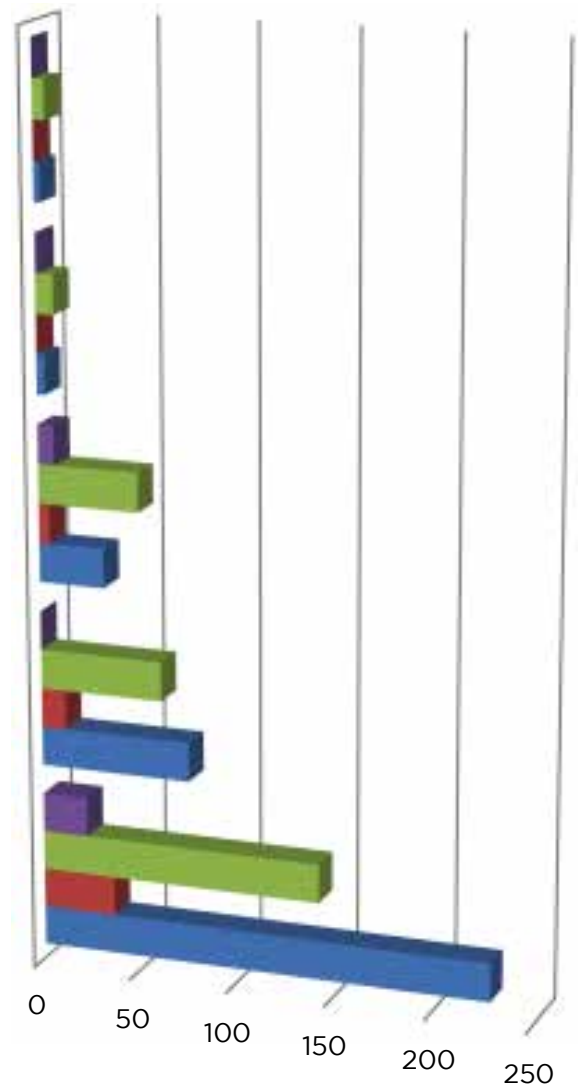
Derivación a un especialista para una Evaluación Diagnóstica y Tratamiento

Consejo Simple más Terapia Breve y Monitorización Continuada

Consejo Simple

Educación sobre el Alcohol

Sin Riesgo

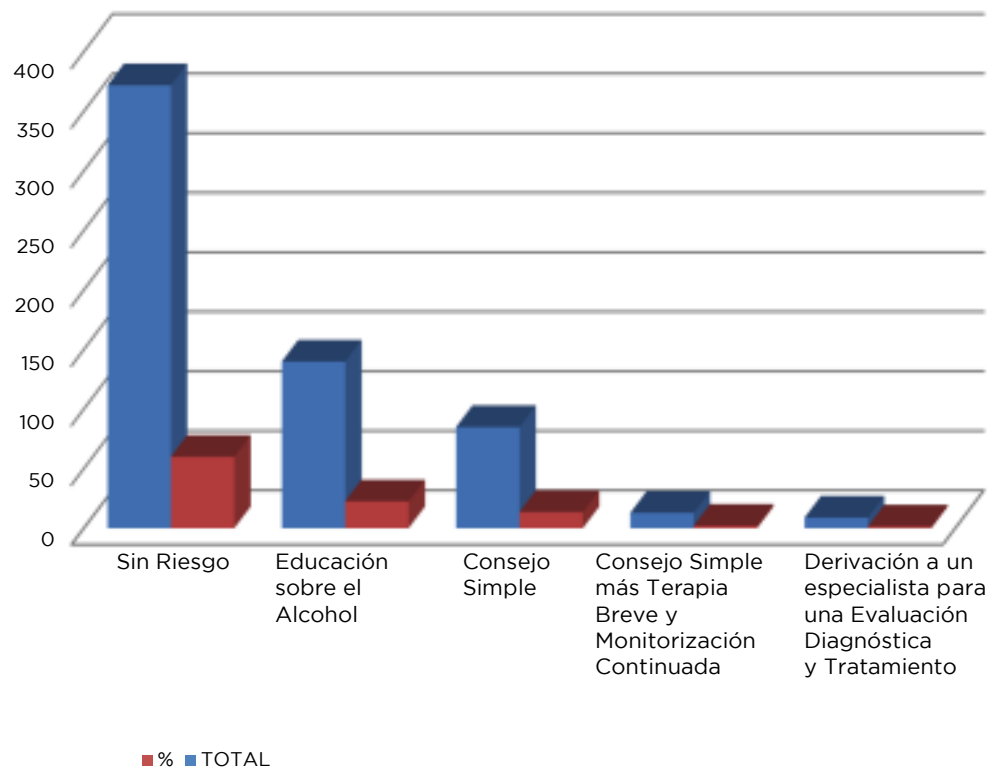


*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta Audit

Tamiz AUDIT, Según Concentrado

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

	TOTAL%	
Sin Riesgo	372	60.1
Educación sobre el Alcohol	1402	2.6
Consejo Simple	85	13.7
Consejo Simple más Terapia Breve y Monitorización Continuada	13	2.1
Derivación a un especialista para una Evaluación Diagnóstica y Tratamiento	91	.5
TOTAL	6191	00



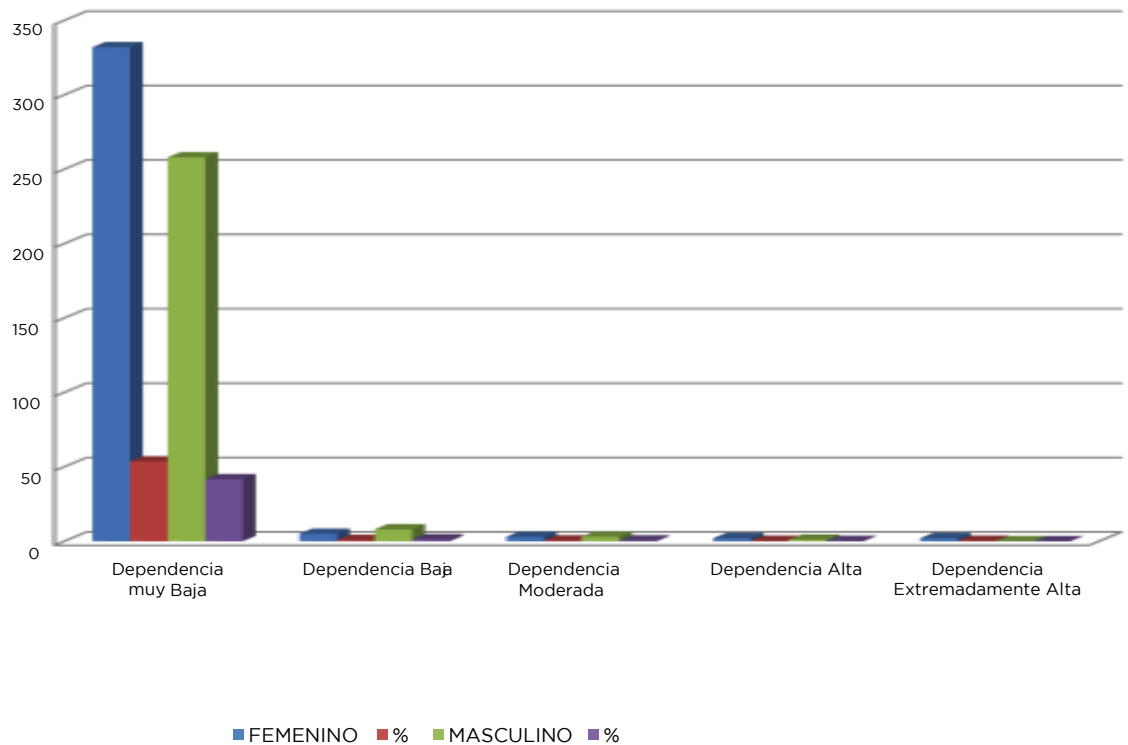
*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta Audit

Tamiz FARGERSTROM, según sexo.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

TAMIZ FARGERSTROM: su relación es con la dependencia del consumo de Tabaco.

VARIABLE	MASCULINO	%	FEMENINO	%
Dependencia muy Baja	258	41.7	332	53.6
Dependencia Baja	8	1.3	5	0.8
Dependencia Moderada	3	0.5	3	0.5
Dependencia Alta	1	0.2	2	0.3
Dependencia Extremadamente Alta	0	0.0	2	0.3



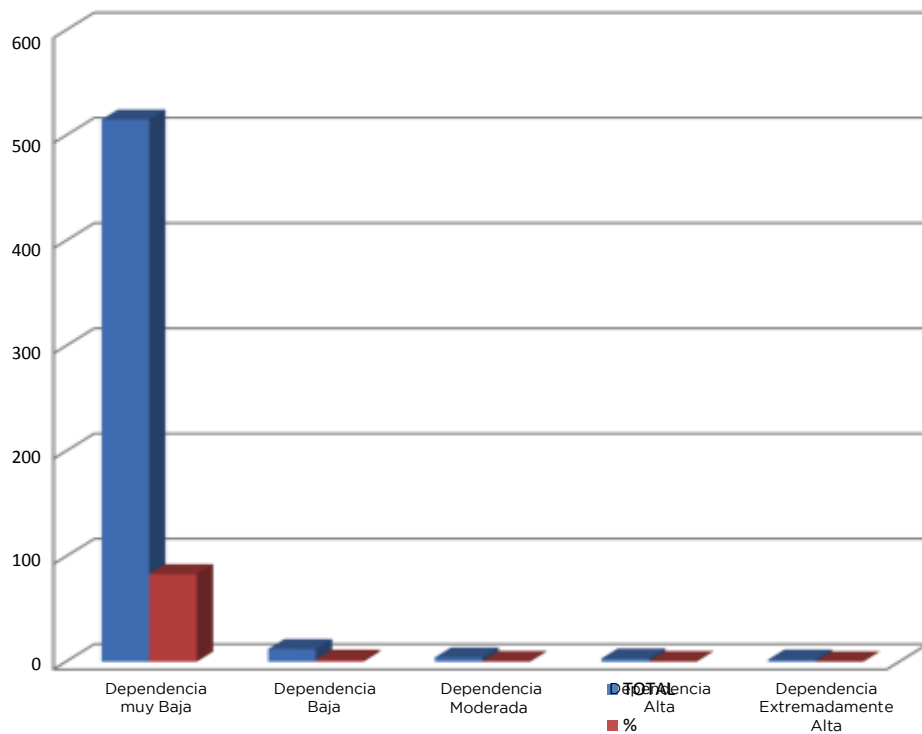
*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta FARGERSTROM

Tamiz FARGERSTROM, según Concentrado.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

TAMIZ CIDI: se relaciona con consumo de drogas: cocaína, marihuana, ketaminas, tranquilizantes, alucinógenos y disolventes.

VARIABLE	TOTAL	%
Dependencia muy Baja	515	83.2
Dependencia Baja	12	1.9
Dependencia Moderada	4	0.6
Dependencia Alta	3	0.5
Dependencia Extremadamente Alta	2	0.3



*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta FARGERSTROM

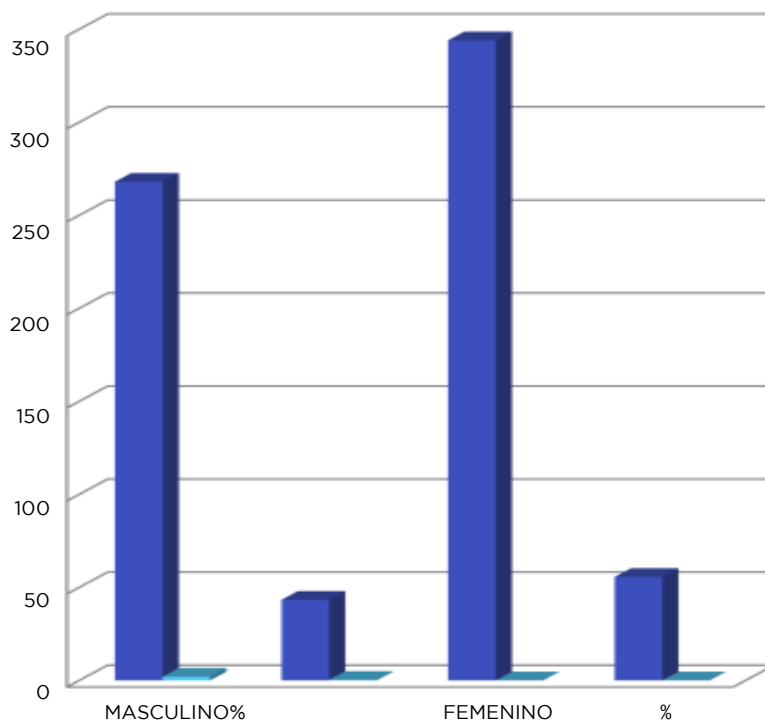
COCAINA:

Tamiz CIDI, según Cocaína y Sexo.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

COCAINA	MASCULINO	%	FEMENINO	%
No Consume	268	43.3	344	55.6
Consume	2	0.3	0	0

■ No Consume
 ■ Consume



*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta CIDI

Tamiz CIDI, según Cocaína y Concentrado.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

COCAINA	TOTAL	%
No Consume	617	99.7
Consume	2	0.3



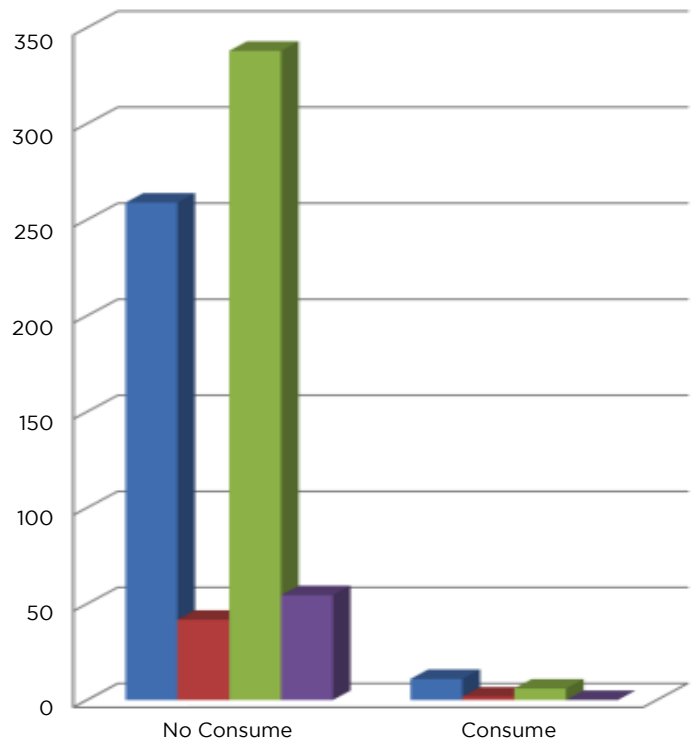
*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta CID

MARIHUANA: Tamiz CIDI, según Marihuana y Sexo.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

MARIHUANA	MASCULINO	%	FEMENINO	%
No Consume	259	41.8	338	54.6
Consume	11	1.8	6	1.0

■ MASCULINO
 ■ %
 ■ FEMENINO
 ■ %

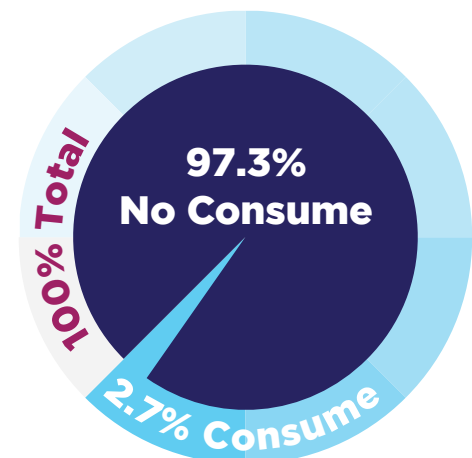


*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta CIDI

Tamiz CIDI, según Marihuana y Concentrado.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

MARIHUANA	TOTAL	%
No Consume	602	97.3
Consume	17	2.7



*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta CIDI

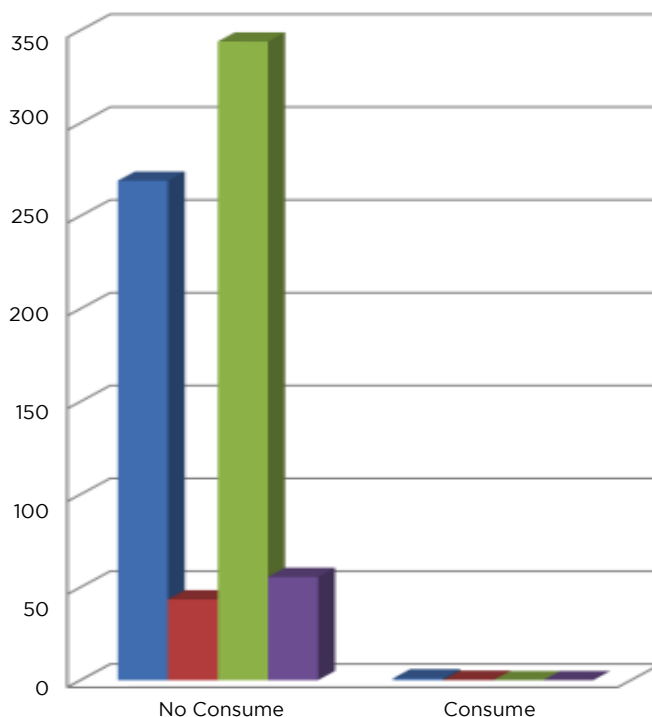
KETAMINAS:

Tamiz CIDI, según Ketaminas y Sexo.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

KETAMINAS	MASCULINO	%	FEMENINO	%
No Consume	269	43.5	344	55.6
Consume	1	0.2	0	0.0

■ MASCULINO
 ■ %
 ■ FEMENINO
 ■ %



*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta CIDI

Tamiz CIDI, según Ketaminas y Concentrado.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

KETAMINAS	TOTAL	%
No Consume	618	99.8
Consume	1	0.2



*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta CIDI

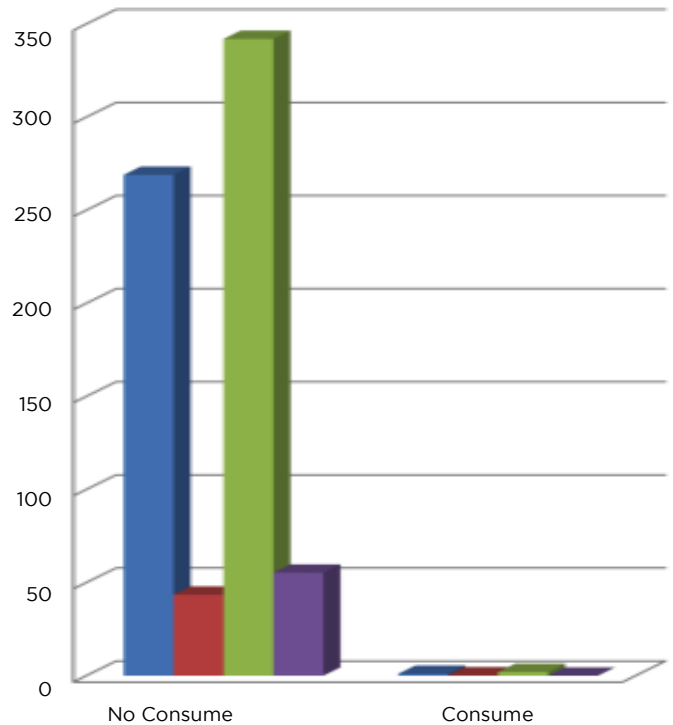
TRANQUILIZANTES:

Tamiz CIDI, según Tranquilizantes y Sexo.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

TRANQUILIZANTES	MASCULINO	%	FEMENINO	%
No Consume	269	43.5	342	55.3
Consume	1	0.2	2	0.3

■ MASCULINO
 ■ %
 ■ FEMENINO
 ■ %



*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta CIDI

Tamiz CIDI, según Tranquilizantes y Concentrado.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

TRANQUILIZANTES	TOTAL	%
No Consume	616	99.5
Consume	3	0.5



*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta CIDI

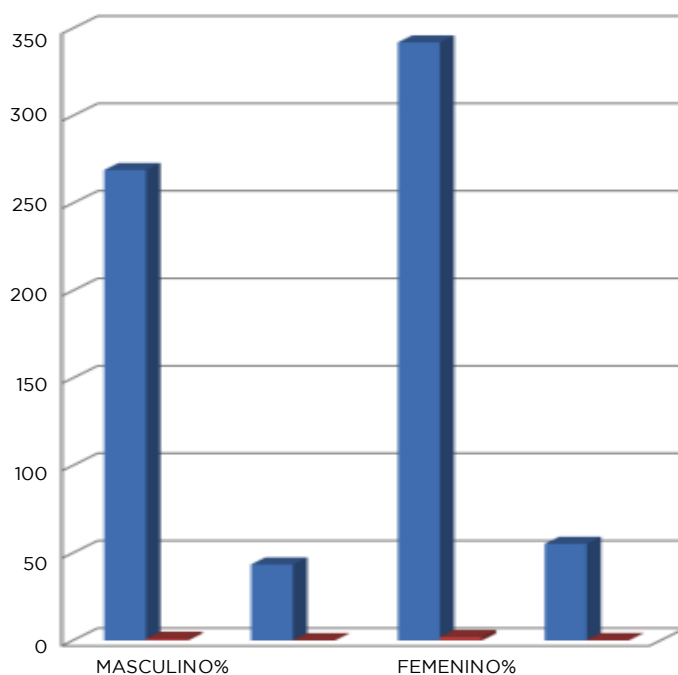
ALUCINOGENOS:

Tamiz CIDI, según Alucinogenos y Sexo.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

ALUCINOGENOS	MASCULINO	%	FEMENINO	%
No Consume	269	43.5	342	55.3
Consume	1	0.2	2	0.3

■ No Consume
 ■ Consume



Tamiz CIDI, según Alucinogenos y Concentrado.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

ALUCINOGENOS	TOTAL	%
No Consume	616	99.5
Consume	3	0.5



*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta CIDI

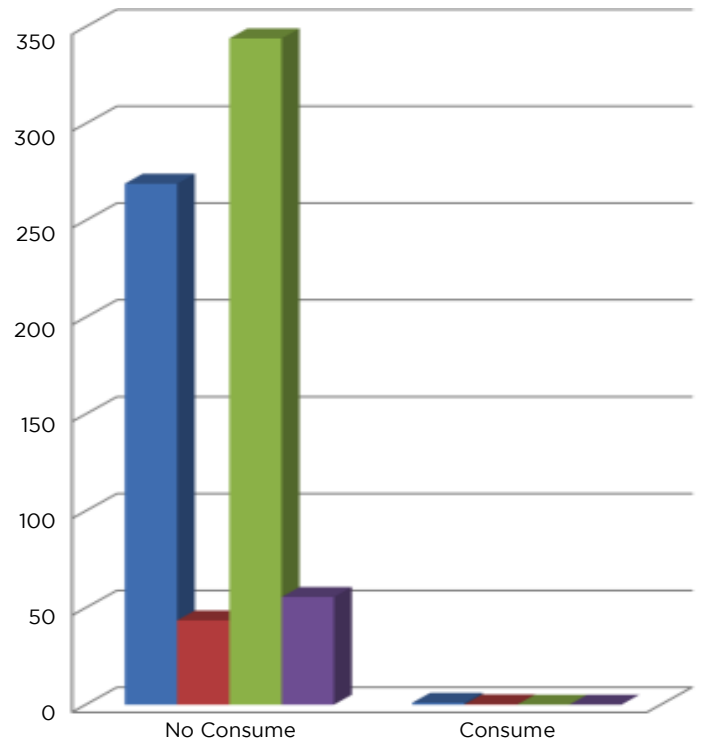
DISOLVENTES:

Tamiz CIDI, según Disolventes y Sexo.

Unidad Académica Profesional UAEM*, Nezahualcóyotl, 2013

DISOLVENTES	MASCULINO	%	FEMENINO	%
No Consume	269	43.5	344	55.6
Consume	1	0.2	0	0.0

- MASCULINO
- %
- FEMENINO
- %



*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta CIDI

Tamiz CIDI, según Disolventes y Concentrado.

Unidad Académica Profesional UAEM**, Nezahualcóyotl, 2013

DISOLVENTES	TOTAL	%
No Consume	618	99.8
Consume	1	0.2



*Universidad Autónoma del Estado de México
 FUENTE: Encuesta CIDI

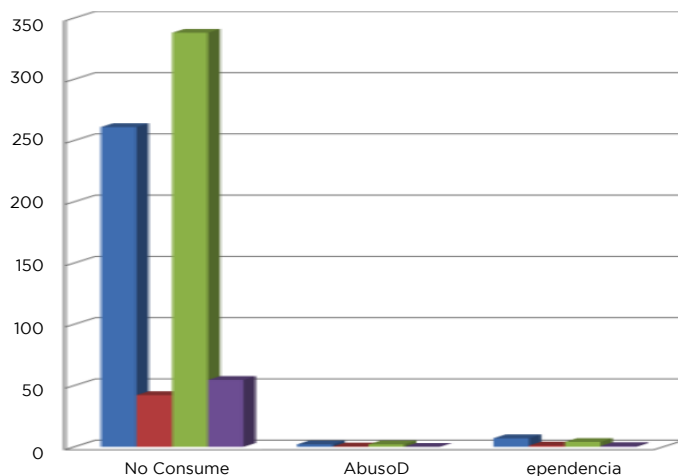
Concentrado general de este tamiz; incluyendo a todas estas sustancias se observó:

Tamiz CIDI*, según Sexo.

Unidad Académica Profesional UAEM**, Nezahualcóyotl, 2013

VARIABLES	MASCULINO	%	FEMENINO	%
No Consume	261	42.2	338	54.6
Abuso	2	0.3	2	0.3
Dependencia	7	1.1	4	0.6

■ MASCULINO
 ■ %
 ■ FEMENINO
 ■ %



* Concentrado CIDI

**Universidad Autónoma del Estado de México

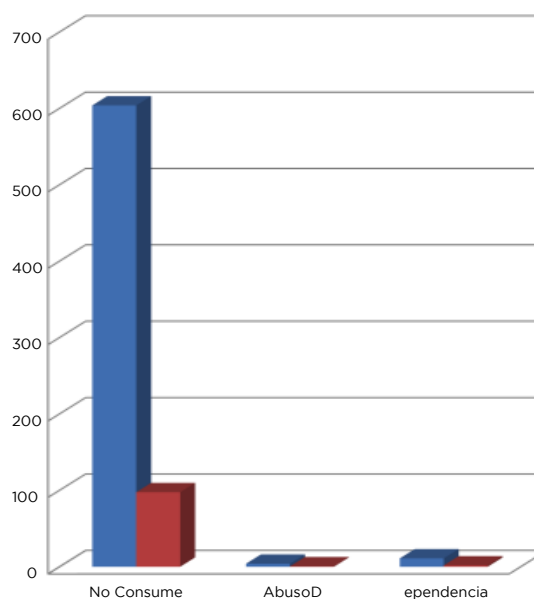
FUENTE: Encuesta CIDI

Tamiz CIDI*, según Concentrado.

Unidad Académica Profesional UAEM**, Nezahualcóyotl, 2013

VARIABLES	TOTAL	%
No Consume	604	97.6
Abuso	4	0.6
Dependencia	11	1.8

■ TOTAL
 ■ %



* Concentrado CIDI

**Universidad Autónoma del Estado de México

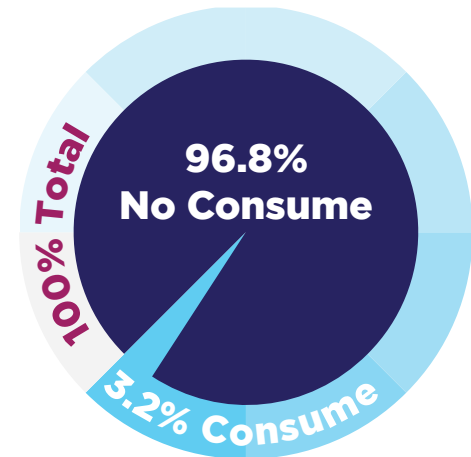
FUENTE: Encuesta CIDI

En el **CONCENTRADO GENERAL** de encuestas **AUDIT, FARGERSTROM y CIDI:**

Prevalencia por Consumo*.

Unidad Académica Profesional UAEM**, Nezahualcóyotl, 2013

VARIABLES	TOTAL	PREVALENCIA
No Consume	599	96.8%
Consume	20	3.2%
TOTAL	619	100.0



Concentrado CIDI

**Universidad Autónoma del Estado de México

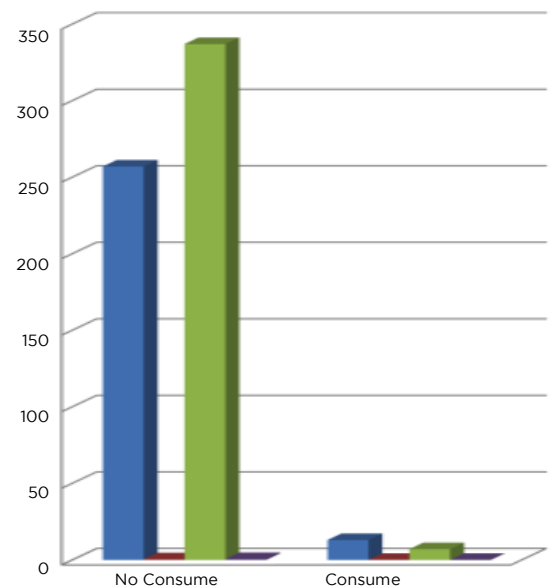
FUENTE: Encuestas, AUDI,CIDI, FARGERSTROM

Prevalencia por Sexo*.

Unidad Académica Profesional UAEM**, Nezahualcóyotl, 2013

VARIABLES	MASCULINO	PREVALENCIA	FEMENINO	PREVALENCIA
No Consume	257	41.5%	337	54.4%
Consume	13	2.1%	7	1.1%

■ MASCULINO
 ■ PREVALENCIA
 ■ FEMENINO
 ■ PREVALENCIA



*Tamizaje General

**Universidad Autónoma del Estado de México

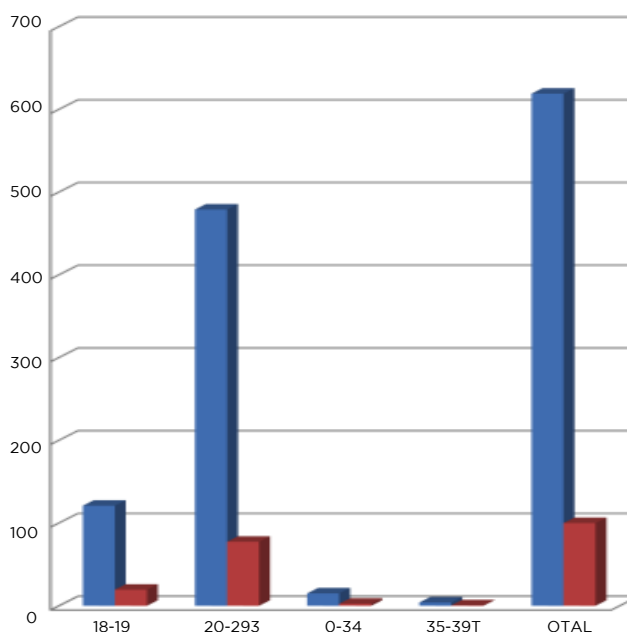
FUENTE: Encuestas, AUDI,CIDI, FARGERSTROM

Tamizaje, por Grupo de Edad*

Unidad Académica Profesional UAEM**, Nezahualcóyotl, 2013

GRUPO DE EDAD	TOTAL	%
18-19	121	19,5
20-29	479	77,4
30-34	15	2,5
35-39	4	0,6
TOTAL	619	100

■ TOTAL
 ■ %



*Concentrado General

**Universidad Autónoma del Estado de México

FUENTE: Encuestas, AUDI,CIDI, FARGERSTROM

CONCLUSIONES

- El tamiz AUDIT, mostró que el riesgo por consumir alcohol fue bajo.
- El tamiz FARGERSTROM, reveló que la dependencia al consumo de tabaco fue muy baja.
- El tamiz CIDI identificó que el consumo de cocaína, marihuana, ketaminas, tranquilizantes, alucinógenos y disolventes fue muy bajo.
- El porcentaje de personas que consumieron drogas fue bajo. La prevalencia fue baja para las personas que consumieron drogas.
- Las mujeres mostraron menor consumo de sustancias adictivas, incluyendo alcohol y tabaco.
- En el sexo femenino se observó la prevalencia más baja, en relación al masculino por estas sustancias.
- La marihuana fue la droga que presentó el porcentaje más alto en comparación con las otras sustancias de este tamizaje; sin embargo fue bajo.
- Los Grupos de Edad en donde se aplicó el mayor número de encuestas fueron, el de 20-29 y 18 -19 años.

Centros de Atención Primaria a las Adicciones del Estado de México

- Pláticas preventivas y promoción para la salud en escuelas.
- Talleres a padres de familia.
- Detección oportuna de personas vulnerables a consumir sustancias.
- Consejería familiar e individual a personas con adicciones.
- Terapia familiar.
- Tratamientos psicológicos en alcoholismo, tabaquismo y otras drogas.
- Grupos de ayuda mutua.
- Reinserción social a través de capacitación y empleo.

**Mayor información: 070 (Valle de Toluca)
y 01 800 6 96 96 96 para el resto del estado**



CE: 217/05/03/14-01

Secretaría de Salud
Instituto Mexiquense contra las Adicciones
Tels. 213 5221, 070 Valle de Toluca y 01 800 696 9696
para el resto del estado imca@edomex.gob.mx
Tu llamada es gratuita y absolutamente confidencial.

Mexiquenses **más sanos**



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA
enGRANDE