

Ponencia ante el Senado de Puerto Rico sobre el Proyecto 517

Dra. Angie González, PsyD.

Psicóloga Especialista en Trastornos Adictivos

Para discutir el tema de la despenalización o legalización de la marihuana hay que partir de la premisa de que el abuso y dependencia de sustancias es, primordialmente, un problema de salud. Es un problema de salud que tiene consecuencias en la economía, la seguridad pública y el bienestar de la familia y la sociedad.

La adicción es una enfermedad crónica del cerebro [1] que incluye componentes de predisposición genética y factores psicosociales [2]. Decir que es una enfermedad crónica significa que, al momento, no existe una cura para esta enfermedad aunque sí hay una diversidad de tratamientos disponibles que el paciente deberá recibir para atender su condición a lo largo de toda su vida.

La adicción es el estadio final de una serie de transiciones que van desde el uso inicial voluntario hasta la pérdida del control conductual convirtiendo el uso ocasional en uno habitual y compulsivo. Esta transición se debe a cambios en el comportamiento químico y la plasticidad del cerebro ocasionados por la presencia repetida de sustancias psicoactivas [3]. Esto quiere decir que, la persona que hoy padece la enfermedad de la adicción, realmente empezó haciendo un uso voluntario, tal vez casual y recreacional, de las sustancias y esto provocó cambios en las estructuras y en la química del cerebro que convirtieron ese uso voluntario en uno compulsivo, destructivo y patológico.

No deseo detenerme exponiendo aspectos clínicos de la enfermedad de la adicción que ya se han expuesto en estas vistas. Por eso, les refiero a que repasen la ponencia del Dr.

Carlos Cabán, psiquiatra.

Ciertamente, no todas las personas que consumen alguna sustancia de potencial adictivo desarrollan un trastorno de dependencia. La teoría que, al momento, explica este fenómeno con mayor respaldo en la investigación científica es la teoría de la auto-medicación. La auto-medicación ocurre en el contexto de la auto-regulación de vulnerabilidades, esto es, las dificultades del individuo para regular sus afectos, autoestima, relaciones y auto-cuidado. El uso de sustancias les ayuda a aliviar el afecto doloroso o a experimentar y/o controlar sus emociones [4]. Dicho de manera simple, la persona

experimenta un malestar emocional intenso y descubre que el uso de sustancias le produce alivio. De esta manera, la persona se involucra en el uso repetido de una sustancia como una manera de aliviar su dolor desarrollando, entonces, la dependencia a las sustancias. Por esta razón, en el historial de los pacientes de adicción a drogas se encuentran antecedentes de maltrato en la niñez, abuso sexual, violencia doméstica, experiencias traumáticas relacionadas a escenarios de guerra o de alta incidencia de crímenes violentos y trastornos mentales pre-existentes [5]. La aflicción emocional que producen todos estos antecedentes, encuentra un alivio temporero en las drogas, amarrando a las personas a su uso repetido y compulsivo.

Con respecto al uso específico de la marihuana, destacaremos brevemente los siguientes datos que son consistentes en una amplia muestra de la literatura científica acerca de las adicciones:

1. La marihuana es una sustancia de considerable potencial adictivo,
2. Produce efectos directos en el deterioro de la memoria y las habilidades para el aprendizaje, la atención y el juicio, entre otras funciones cognitivas,
3. Produce deterioro en la coordinación de movimientos y el equilibrio,
4. Produce aumento en el ritmo cardíaco provocando un aumento significativo en el riesgo de sufrir un infarto,
5. Produce aumento en el riesgo de desarrollar cáncer y enfermedades del tracto respiratorio en una proporción significativamente mayor que el tabaco,
6. Produce deterioro en el sueño, conductas violentas y episodios psicóticos,
7. Produce aumento en el riesgo de desarrollar ansiedad, depresión, síndrome amotivacional y esquizofrenia en personas susceptibles por historial de condiciones mentales propias o en la familia biológica [6].

Es por esto que el uso de la marihuana se asocia con peor desempeño académico [7] y mayor riesgo de tener un accidente de tránsito o accidentes en el lugar de trabajo [8]. Según lo resumen Fergusson y Boden en un estudio sobre los resultados del uso de la marihuana a largo plazo (2008), el uso creciente de cannabis durante la adolescencia tardía y adultez temprana está asociado a una variedad de resultados adversos posteriores en la vida adulta. Altos niveles de uso de cannabis están asociados a peores resultados académicos, bajos ingresos, mayor dependencia de los sistemas de asistencia pública, mayor desempleo y menor satisfacción en las relaciones y la vida [9].

Además, la investigación consistentemente ha asociado el uso de marihuana con el uso

posterior de otras drogas más fuertes. A pesar de que no se ha establecido una relación de causalidad directa entre el uso de marihuana y el uso de otras drogas, la investigación es robusta estableciendo una correlación entre el uso de marihuana y la progresión de uso a otras drogas más fuertes, como la heroína y la cocaína [10]. Dependiendo de la población que se evalúe, se encuentra que hasta un 90% de los dependientes a drogas fuertes han tenido la marihuana como la sustancia ilegal con que se inició su consumo de drogas. Encontrar personas que se inician directamente con el uso de cocaína o heroína no es lo usual.

Se dice que el uso de la marihuana no representa un riesgo de desarrollar adicción o de otras consecuencias negativas. Esta visión de la marihuana como “droga inofensiva” contrasta enormemente con las estadísticas en los Estados Unidos. Por ejemplo:

1. En el 1992, el 66% de las admisiones a tratamientos de rehabilitación por drogas fumadas se debían al uso de crack. Para el 2007, el crack ha bajado a un 30% mientras que la marihuana ha aumentado a un 50% de las admisiones a tratamiento [11].
2. En el 2005, un 46.5% de las personas arrestadas por cometer crímenes serios indicaron haber sido usuarios de marihuana durante el año anterior al arresto. Estos crímenes incluyen, asesinatos, robos, violaciones y asaltos agravados, entre otros [12].
3. En el 2011, el 52% de las 5.1 millones de visitas a salas de emergencias relacionadas al uso de drogas fueron debido al uso de la marihuana (esto representa más de dos millones y medio de visitas a salas de emergencia). Esto representa un aumento de un 19% desde el año 2009. El grupo de edad más numeroso fueron las personas de 21 a 24 años [13].

Interesantemente, muchas personas tienen la percepción de que el uso de marihuana no es problemático y la baja percepción de riesgo está asociada a una mayor incidencia de uso. Por ejemplo, en Estados Unidos la percepción de riesgo de los jóvenes con respecto al uso de la marihuana bajó de un 54.6% en el 2007 a un 43.6% en el 2012.

Proporcionalmente, la prevalencia en la categoría de “uso durante el pasado mes” aumentó de un 6.7% a un 7.9% en el mismo período para la misma población. En el año 2012, unas 2.4 millones de personas reportaron el inicio del uso de la marihuana y cerca de un millón de personas fueron admitidos a tratamientos de rehabilitación por el uso de la marihuana siendo la droga ilegal de abuso que más admisiones a tratamiento provocó [14]. No podemos pasar por alto que este aumento se produce en momentos en que la nación americana discute y aprueba proyectos de legalización y los ciudadanos reciben un mensaje positivo de afirmación hacia esta sustancia. Esto significa que, en la medida en que los ciudadanos reciben un mensaje de aprobación con respecto al uso de la marihuana, la percepción de riesgo disminuye y el uso aumenta.

En Puerto Rico la situación no es menos complicada que en Estados Unidos. La Encuesta de Hogares de ASSMCA (2008) reveló que unas 111,000 personas entre las edades de 15 a 74 años de edad padecen abuso o dependencia de drogas, o sea, un 3.8% de la población general. Así mismo, unas 490,000 personas padecen abuso o dependencia de alcohol, o sea, un 16.9% de la población general.

De esas 111,000 personas con trastornos de drogas, unas 52,848 abusan o dependen de la marihuana, lo que representa cerca de la mitad de la población total de adictos a drogas ilegales en Puerto Rico [15].

Ignorando la evidencia científica, el Proyecto del Senado 517 pretende legalizar la posesión de hasta una onza de marihuana por una persona mayor de 21 años de edad a través de una propuesta que nos parece innecesaria y peligrosa. La propuesta nos parece innecesaria por las siguientes razones:

1. La marihuana fumada no tiene un valor medicinal que sobrepase sus efectos adversos. Para aquellas personas que tienen condiciones de salud que se pudieran beneficiar del uso del cannabis ya existen medicamentos aprobados por la FDA y el uso de los mismos debe ser una consideración médica y no legislativa.
2. La Ley 4 del 23 de junio de 1971 que reglamenta las sustancias controladas en Puerto Rico provee discreción a los jueces para establecer penas de probatoria u ordenar el ingreso a tratamiento para personas que sean halladas culpables de posesión de sustancias. Por lo tanto, no es cierto que una persona tiene que ir a la cárcel por tres años al ser sorprendido con un cigarrillo de marihuana. Los programas de Drug Courts son una herramienta jurídica efectiva para manejar los aspectos legales de los delitos asociados a los drogodependientes.
3. No se ha presentado ningún estudio de necesidad o evidencia estadística que justifique esta enmienda. Aún no se ha dicho cuántas personas están cumpliendo sentencias en las cárceles del país por el único delito de haber tenido consigo una cantidad de marihuana menor a una onza.

La única justificación que surge del Proyecto 517 es que existen "tendencias internacionales dirigidas a despenalizar el consumo de determinadas sustancias en cantidades reguladas". Eso significa que este proyecto se propone porque en otros lugares

del mundo también se hace y necesitamos imitar lo que ocurre en otros lugares. Ahora bien, ¿cuál es la evidencia que surge de los países europeos en este tema? Esta es la parte que nos hace pensar que la propuesta, además de innecesaria, también es peligrosa.

En el año 2009, el Ministro de Salud, Bienestar y Deportes de Holanda hizo un llamado urgente para que se realicen cambios en las políticas de liberalización de la marihuana proponiendo, entre otras cosas, que se establezcan mecanismos de mayor control del acceso y uso de la marihuana en los menores de edad y que se establezcan políticas más restrictivas a los negocios “coffee shops” en donde se permite que las personas compren y consuman la marihuana de manera legal [16]. Tan reciente como el pasado 5 de septiembre, el gobierno holandés informó que se propone reclasificar la marihuana como una “droga fuerte” como un paso más en las iniciativas de revertir las políticas liberales de tolerancia hacia las drogas. Entre los problemas que han surgido por la legalización de la marihuana en Holanda se encuentran:

1. El progresivo aumento en la potencia de la marihuana. En los años 70 la concentración promedio de cannabis era de un 4%. El promedio actual en Europa es de un 17.8% y se puede encontrar marihuana hasta de un 35% de concentración de su ingrediente activo. En los Estados Unidos el promedio ha aumentado a un 10% y continúa en ascenso.
2. Es virtualmente imposible para el gobierno holandés fiscalizar la concentración de cannabis en la marihuana que se vende legalmente y los llamados “coffee shops” se utilizan, además, para la venta clandestina de otras drogas.
3. La cantidad de “coffee shops” se ha reducido a menos de la mitad no pudiendo competir con los precios del mercado ilegal.

6. El informe dice acerca de los efectos adversos del cannabis: "existe una variedad de 20%,"
 5. Entre el 2005 al 2010, los delitos que involucran usuarios de marihuana aumentó en un bajo efectos de alcohol y 1.3% bajo efectos de marihuana,
 4. En una muestra de 50,000 conductores en Europa se encontró que un 3.5% manejaban marihuana está restringida que en aquellos en los que esta liberada, Polonia, Hungría y Holanda. Esto constituye la misma proporción en países donde la personas que entraron a tratamiento en Bélgica, Dinamarca, Alemania, Francia, Chipre,
 3. El uso de cannabis como droga primaria estuvo presente en el 30% de todas las uso secundario entre ellos, tratamientos de rehabilitación en 29 países de Europa y la más reportada como droga de 2. La marihuana fue la principal droga de uso para el 25% de las personas que entraron a marihuana durante el pasado año, lo que representa unas 23 millones de personas,
 1. En Europa, el 6.8% de las personas entre 15 a 64 años de edad reporta haber usado encontramos otros datos muy relevantes a esta discusión:
- En el informe acerca del estado del problema de las drogas en Europa (2012)
4. La legalización de la marihuana ha abierto paso al llamado "turismo de las drogas" turistas [17].
 - residente y ya se están considerando medidas para restringir la venta de marihuana a los consumo de marihuana aumentando los problemas que ya tienen con la población estimulando que muchas personas escojan a Holanda como destino turístico para el

problemas agudos y crónicos de la salud asociados al cannabis... que incluyen náusea, pobre coordinación y desempeño, ansiedad y síntomas psicóticos... el consumo por conductores aumenta el riesgo de una colisión en un vehículo de motor... el uso de cannabis provoca dependencia y problemas respiratorios... afecta adversamente la salud mental.” [18].

Algunos datos adicionales nos muestran que:

1. Luego de la legalización de la marihuana para uso recreacional en Holanda, el consumo de marihuana ha aumentado de 15 a 44% entre personas de 18 a 20 años de edad.
2. El 73% de las ciudades en Holanda han prohibido el establecimiento de los “coffee shops” reduciendo estos de 1,179 que operaban en el año 1997 a 782 operando para el 2002.
3. En Irlanda se ha cuadruplicado el número de menores fumando marihuana desde que el gobierno degradó el estatus legal de la marihuana.
4. En América, Canadá experimenta el mayor índice en el uso de marihuana en su historia desde la liberalización de esta droga. El uso de marihuana se ha duplicado desde el 1994 e, igualmente, se ha duplicado el uso de drogas inyectables.

Nos parece que el Proyecto 517 trata de manera extremadamente simple un problema extremadamente complejo. La simple enmienda que se propone insertando una pequeña oración a la Ley 4 de sustancias controladas abre una avalancha de preguntas que se deben contestar antes de aprobar cualquier proyecto porque con la gente no se experimenta. Si

esta encuesta se aprobará nos tendríamos que preguntar:

1. ¿cómo los usuarios van a obtener la marihuana?
2. Si la van a obtener por una vía legal, ¿cuál será? ¿serán dispensarios o "coffee shops"? ¿serán del Estado o de la empresa privada? ¿quién será el proveedor de ellos? ¿tendrán plantaciones?
3. Si la van a obtener en el mercado ilegal, ¿no es una ley que promueva el narcotráfico? ¿no es contradictorio que sea legal andar con algo que se compró ilegalmente? ¿no se expone a mayor peligro un usuario de marihuana que ahora tendrá que visitar el punto de drogas con mayor frecuencia para comprar una sola onza a la vez?
4. ¿será un cultivo casero? ¿de cuántas plantas? ¿cómo se protegerán esas plantas para que no estén al acceso de menores? Si es un cultivo casero, aunque sea de una sola planta, ya tendrían más de una onza,
5. Si es legal para los mayores de 21 años, ¿qué pasará con los menores entre los cuales la incidencia de uso es muy elevada? ¿se procesará al menor como una falta o será una causa de negligencia contra los padres?
6. Si el uso de marihuana recreacional es legal, ¿es legal para todos los ciudadanos o solo para algunos? ¿la puede usar el policía, el maestro, el piloto y el cirujano?
7. ¿los policías andarán con una balanza entre su equipo de patrullaje para pesar la cantidad de marihuana que tengan las personas? si un policía es usuario de marihuana y esta se obtiene en el mercado ilegal, ¿irá el policía fuera de horas laborales a comprar en el punto de drogas?

8. ¿cómo se va a identificar la concentración de cannabis en sangre en una persona que maneja un auto o se reporta a su trabajo bajo efectos de la droga dado el hecho de que la marihuana dura en el cuerpo por muchos días?
9. ¿cómo se afectan las políticas de lugar de trabajo libre de drogas?
10. Si se crea un mercado legal, ¿qué regulaciones habrá para la publicidad del uso de la marihuana?
11. ¿cuánto será el impuesto al erario público?
12. Si el gobierno no ha logrado una captación efectiva del IVU para otros productos, ¿cuánto de los impuestos de la venta de la marihuana logrará captar?
13. ¿cómo va a competir con los precios del mercado ilegal? ¿cómo van a evitar que los narcotraficantes hagan guerra contra los sitios en donde se dispensa la marihuana legalmente?
14. ¿cómo van a impedir que los lugares de venta y uso legal de marihuana no provean otras drogas ilegales como ocurre en Europa dado el hecho de que la mayoría de los usuarios son usuarios de drogas múltiples?
15. ¿cómo se afectan las políticas de educación y prevención de uso de drogas del gobierno?

Pudiéramos seguir articulando preguntas hasta mañana. Sin embargo, el interés principal en este momento es proponer sugerencias. Ahora bien, estas sugerencias parten de tres premisas principales:

1. La adicción es una enfermedad y el enfoque para atender los problemas relacionados con las drogas debe puntualizar en la atención del paciente y ya existen las guías clínicas que establecen cuáles son los modelos de tratamiento más efectivos. En la medida en que se alcancen mejores resultados en el tratamiento de los adictos, se reduce la demanda en el mercado de las drogas.

2. Los usuarios de drogas, como consecuencia del uso de sustancias, exhiben conductas que pueden constituir actos delictivos. Estos deben responder ante la ley por sus comportamientos criminales pero las sentencias punitivas deben integrar alternativas efectivas de rehabilitación para reducir la recurrencia en el uso de sustancias y la reincidencia criminal.

3. La prevención debe incluir mucho más que intervenciones educativas. La prevención debe incluir un mensaje claro de desaprobación social reforzado por la educación en las escuelas, las leyes del Estado y el apoyo a las organizaciones comunitarias que proveen actividades y ambientes protectores como lo son las organizaciones deportivas, artísticas y religiosas.

Proponemos que la Ley 4 de sustancias controladas se enmiende para que cualquier persona que se halle en posesión de una cantidad menor de cualquier droga ilegal para uso personal (no solo la marihuana) se encuentre en la obligación de participar de un tratamiento de rehabilitación a drogas so pena de desacato o so pena de alguna otra consecuencia que limite beneficios públicos (por ejemplo, perder el beneficio de renta negativa en una vivienda pública). De esta manera, la simple posesión de una droga para uso personal no constituiría un delito pero daría paso al inicio de intervenciones de

tratamiento. La persona tendría que demostrar que la droga ocupada es para su uso personal evidenciándolo mediante pruebas positivas de dopaje a esa u otra sustancia al momento de ser intervenido y las modalidades de tratamiento deberán ser determinadas por profesionales de la adicción.

La justificación para esta enmienda surge de la investigación científica que demuestra la efectividad de los tratamientos mandatorios [19]. La enmienda debe beneficiar a los usuarios de otras drogas ya que los usuarios de marihuana no son los únicos que necesitan tratamiento. El gobierno debe desalentar el uso de la marihuana y de todas las demás drogas, legales o ilegales, afirmando que ninguna sustancia que ocasione daños al individuo o la sociedad debe ser promovida como un producto recreacional.

Proponemos que se consideren medidas más restrictivas y enfoques de prevención más agresivos para desalentar aún más el consumo de alcohol y tabaco. En la discusión de la legalización de la marihuana se ha argumentado constantemente que el alcohol y el tabaco son igual o más dañinos y, de hecho, lo son. Por lo tanto, tenemos un reto ante nuestra consideración. ¿Nos atreveremos a ser más agresivos desalentando el uso de estas dos sustancias que tantos problemas ocasionan o solo añadiremos otros problemas?

Proponemos que el gobierno asigne prioridad a los servicios de salud mental en Puerto Rico, lo que incluye, los servicios para los pacientes de adicciones ampliando y mejorando la oferta de servicios a través de las agencias gubernamentales y el apoyo a las organizaciones de base comunitaria y privadas. El gobierno debe ser más proactivo implantando y apoyando alternativas de tratamiento basadas en la evidencia científica.

Es aquí donde se encuentra el verdadero problema de las drogas y donde único vamos

a encontrar soluciones reales. En un estudio realizado por ASSMCA (2002) se encontró que en Puerto Rico existe una capacidad de 13,632 espacios para atender pacientes con adicciones a drogas o alcohol. Sin embargo, la misma ASSMCA encontró que tenemos más de 600,000 personas con necesidad de tratamiento. De hecho, el mismo estudio encontró que solo el 8.1% de las unidades de tratamiento son del gobierno, el 19.6% pertenecen a organizaciones privadas con fines de lucro y el 72.2% son de organizaciones de base de fe y comunitaria [20].

Con estos números, el gobierno no puede decir que está ocupándose del problema de la adicción. La verdad es que la rehabilitación de los alcohólicos y adictos en Puerto Rico ha dependido de la misericordia de ciudadanos que, movidos por convicciones de fe religiosa o por conciencia social, se han enrollado las mangas y se han tirado a trabajar con esta gente.

Proponemos, además, que el gobierno promueva un proyecto abarcador de prevención de problemas de salud mental y adicción mediante la educación en las escuelas, el apoyo a las organizaciones comunitarias, los proyectos de fortalecimiento de la familia y la detección temprana de trastornos mentales y de sustancias.

La investigación identifica diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad del uso de drogas entre los que quiero destacar los trastornos mentales y del aprendizaje, el uso de sustancias por parte de los padres, la violencia en el hogar, las ideas positivas acerca del uso de drogas, la asociación con personas que usan o venden drogas, la accesibilidad de las sustancias, la deserción escolar, el desempleo y las políticas públicas que respaldan las sustancias. En contraparte, los factores protectores incluyen, la crianza dentro de hogares

no violentos, el ejemplo de los padres, el éxito académico, el empleo, el limitado acceso a las sustancias, la asociación con grupos que promueven actividades y valores positivos como los grupos artísticos, deportivos y religiosos y las políticas públicas que desalientan el uso de sustancias [21].

El gobierno debe afirmar que el recurso más valioso con que cuenta nuestro país para su recuperación social y económica es el recurso humano. Por lo tanto, no debe admitir ninguna medida que afecte la salud y potencial de desarrollo de ese recurso. Si el gobierno promueve proyectos como este la sociedad continuará en deterioro, la criminalidad continuará en aumento y nunca nos levantaremos de la crisis económica.

Sobre cada una de estas propuestas estamos a su disposición para contestar preguntas y colaborar en cualquier proyecto para el cual consideren que nuestra aportación pudiera ser de utilidad.

Dra. Angie González, PsyD.

angiegonzalezm@hotmail.com

REFERENCIAS

- [1] Leshner, A. I. (1997, 3 de octubre). Addiction is a Brain Disease and It Does Matter. *Science*, 278, 5335. Recuperado el 8 de noviembre de 2010, de www.sciencemag.org/cgi/reprint/278/5335/45.pdf
- [2] Peterson Sinclair, B & Summers, S. (2011). Drugs of Abuse. En T. L. King & M. L. Brucker (Eds.). *Pharmacology for Women's Health* (p. 199-227). Jones & Bartlett Publishers. EE. UU. Recuperado el 17 de marzo de 2011 de, <http://www.books.google.com.pr>
- [3] Everitt, B. J. & Robbins, T. W. (2005, octubre). Neural Systems of Reinforcement for Drug Addiction: From Actions to Habits to Compulsions. *Nature Neuroscience*, 8, 1481-1489. Recuperado el 4 de marzo de 2011 de, <http://www.nature.com/neuro/journal/v8/n11/full/nm1579.html>
- [4] Khanizian, E. J. (1997, enero-febrero). The Self-medication Hypothesis of Substance Use Disorders. *Harvard Psychiatry*, 4(5), 287-289. Recuperado el 23 de febrero de 2011 de, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9385000>
- [5] González, M. (2013). Antecedentes de abuso sexual en mujeres dependientes de sustancias en centros de tratamiento residenciales de recuperación en Puerto Rico. *Dissertation doctoral*. Universidad del Turabo, Gurabo. PR
- [6] National Institute on Drug Abuse (2011). Abuso de la marihuana: Serie de reportajes de investigación. Recuperado el 2 de septiembre de 2013 de, <http://www.nida.org>
- [7] Schwensburg, A.D., Brown, S.A. & Tapert, S.F. (2008). The influence of marijuana

- use on neurocognitive functioning in adolescents. *Current Drug Abuse Reviews* 1(1):99-111
- [8] Mathias, R. (1996). Marijuana impairs driving-related skills and workplace performance. *NIDA Notes Archives* 11(1).
- [9] Fergusson, D.M. & Boden, J.M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *US National Library of Medicine* 103(6):969-976.
- [10] Joy, J.E., Watson, S.J. & Benson, J.A. (1999) Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base. *Institute of Medicine*. Washington D.C.
- [11] Office of Applied Studies (2009, August 20). Substance Abuse Treatment Admissions for Smoked Substances:1992 to 2007. *SAHMSA*.
- [12] Office of Applied Studies (2005, December 16). Illicit Drug Use among Persons Arrested for Serious Crimes. *SAHMSA*.
- [13] SAHMSA. (2013, February 22). Highlights of the 2001 Drug Abuse Warning Network (DAWN): Findings on Drug Related Emergency Department Visits. *Center for Behavioral Health Statistics and Quality*.
- [14] SAHMSA. (2013). Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. *Center for Behavioral Health Statistics and Quality*.
- [15] ASSMCA. (2009). Trastornos de Sustancias y Uso de Servicios en Puerto Rico: Encuesta de Hogares – 2008. *ASSMCA*.

- [16] Ministry of Health, Welfare and Sports. (2009, July 2). Tackle drug use among youngsters more rigorously. *Advisory Committee on Drugs Policy Report: Summary and Conclusions*. Netherlands.
- [17] Sterling, T. (2013, September 5). Netherlands Marijuana Law: Dutch Government to Classify Marijuana as Hard Drug. *The Associated Press: Huff Post Newsletter*. Amsterdam.
- [18] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). *The State of the Drugs Problem in Europe: Annual Report 2012. Publications Office of the European Union*. Luxembourg.
- [19] Miller, N.S. & Flaherty, J.A. (2000). Effectiveness of Coerced Addiction Treatment (alternative consequences): A Review of the Clinical Research. *Journal of Substance Abuse Treatment* 18(2000) 9-16. Elsevier
- [20] ASSMCA. (2002). Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program 2002 Provider Survey: Final Results. Hato Rey, Puerto Rico
- [21] Caribbean Basin and Hispanic ATTIC (s.f.). Factores de riesgo y de protección en el uso de drogas entre adolescentes: Estrategias de intervención temprana. Bayamón, Puerto Rico.