

# Tribunales de Tratamiento de Drogas:

*Una Respuesta Internacional  
para Infractores Dependientes  
de Drogas*

Departamento de Programas de Justicia  
Facultad de Asuntos Públicos, American University

Comisión Interamericana para el Control del  
Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad  
Multidimensional, Organización de los Estados  
Americanos (OEA)



Organización de los  
Estados Americanos



SCHOOL of PUBLIC AFFAIRS  
AMERICAN UNIVERSITY • WASHINGTON, D.C.



Tribunales de Tratamiento de Drogas

## OAS Cataloging-in-Publication Data

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; OEA/Ser.L/XIV.6.10 ).

ISBN 978-0-8270-6057-9

1. Drug courts. 2. Drug addiction--Treatment--Law and legislation. 3. Substance abuse--Treatment--Law and legislation.

I. Title. II. Title: Un enfoque práctico de los tribunales de tratamiento de drogas para los responsables de políticas.

III. Cooper, Caroline C. IV. Chisman, Anna McG. V. Lomba Maurandi, Antonio.

VI. American University (Washington, D.C.). School of Public Affairs. VII. Organization of American States. Secretariat for Multidimensional Security. VIII. Drug Treatment Court Program for the Americas. IX. Series.

OEA/ Ser.L/XIV.6.10

### Comité Editorial

#### Editora Principal

Caroline S. Cooper

#### Gerente Proyecto y Editor

Antonio Lomba Maurandi

#### Editora

Anna McG. Chisman

#### Ayudante de Edición

María Agustina Cocha

### Autores

Juez Kofi Barnes

Juez Paul Bentley

Javiera Cárcamo Cáceres

Juez Jesús Demetrio Cadena Montoya

Grace Campbell

Anna McG. Chisman

Caroline S. Cooper

Judge Jorn Dangreau

Luz M. García Rivas

Magistrado Michael S. King

Douglas B. Marlowe

Ana María Morales Peillard

Michael F. Nerney

Myo Kyaw Oo

Berenice Santamaria Gonzalez

Annemieke Serlippens

David B. Wexler

ISBN 978-0-8270-6057-9

© Organización de los Estados Americanos, 2013.

Todos los derechos reservados. Esta publicación podrá ser reproducida siempre y cuando se de crédito a la fuente.

Esta publicación fue preparada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (OEA); y la Justice Programs Office, Department of Justice, Law and Society, School of Public Affairs, American University. Fue desarrollada en el marco del Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas para las Américas, una iniciativa coordinada por la CICAD/SMS/OEA. Esta publicación ha sido posible gracias a la contribución financiera del Gobierno de Canadá. El contenido de esta publicación no refleja necesariamente la posición del Gobierno de Canadá, la OEA o la American University.

## **En Memoria de**

### **El Juez Honorable Paul Bentley (1940- 2011)**

#### **Un Amigo Cercano y Pionero de los Tribunales de Tratamiento de Drogas**

El Excelentísimo Juez Bentley fue uno de los arquitectos y autores que contribuyeron a la elaboración de esta publicación. Sus aportes al concepto de tribunal de tratamiento de drogas y a su práctica son muy tangibles y ampliamente reconocidos. Fue un líder convenciendo a responsables de políticas y a profesionales de todo el mundo, en particular de las Américas, que la inversión en los tribunales de tratamiento de drogas ha merecido la pena tanto para los sistemas de salud pública y de la justicia como para las comunidades a las que sirven. Formó y trabajó con jueces, fiscales, abogados defensores, proveedores de tratamiento, agentes de policía, y muchos más, entregándose a esta causa por completo mientras lo hacía. En su día a día como juez de un tribunal de tratamiento de drogas en Toronto, vio que su enfoque dio a infractores dependientes de drogas una segunda oportunidad. Juez Bentley lo echamos de menos.

## 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

---

Esta publicación ha sido preparada como un seguimiento al documento “Creación de Tribunales de Tratamiento de Drogas: estrategias, experiencias y resultados preliminares”, preparado por la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la American University en 2010 para brindar un panorama de la actividad de Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) en países en los que se planificaron y/o implementaron estos programas. La publicación de 2010 mostró una instantánea de las cuestiones de planificación, las características operativas y la experiencia de implementación de más de 20 programas (además de aquellos de Estados Unidos) que habían sido implementados en 14 países junto con varias cuestiones programáticas y de política abordadas en distintos niveles. Esta publicación está diseñada para abordar con mayor profundidad las cuestiones de política e implementación importantes que estos más de 20 Tribunales de Tratamiento de Drogas trataron en aquel primer documento, así como aspectos que estos programas deberán seguir tratando a medida que los TTD maduran y evolucionan. Estas cuestiones se relacionan con lo siguiente:

- Determinar a quiénes deben atender los TTD;
- Reunir al sistema de justicia, al de salud pública y a otros sectores para que trabajen en colaboración y brinden la infraestructura y el apoyo que estos programas requieren;
- Desarrollar servicios y prácticas de tratamiento sólidas que reflejen los resultados de la investigación continua y se adapten a los distintos entornos y cultura en las que deben operar los TTD;
- Identificar medidas de desempeño significativas que puedan hacer un seguimiento del impacto (y de los beneficios) de los TTD, tanto para los participantes individuales como para las comunidades en las que viven; y sobre todo,
- Compartir las “lecciones aprendidas” por el sistema de justicia, de salud pública y otros líderes involucrados en los TTD en el curso del cambiar la política y la práctica de un sistema principalmente punitivo a una respuesta más terapéutica/orientada al tratamiento, que resulte congruente con los resultados obtenidos de la investigación científica y la experiencia práctica.

Los autores que contribuyeron con esta publicación provienen de distintas disciplinas y de varios países en los que se ha implementado el modelo del Tribunal de Tratamiento de Drogas y comparten sus perspectivas y experiencias respecto de cuestiones relevantes para el diseño e implementación de tribunales de tratamiento de drogas. Los editores han efectuado todos los esfuerzos que tuvieron a su alcance para incluir cada capítulo de la manera en que lo presentaron sus autores. Los puntos de vista expresados en cada capítulo no representan necesariamente el punto de vista de todos aquellos que contribuyeron, ni de las instituciones patrocinadoras.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos profundamente a los autores de los capítulos incluidos en esta publicación. Si bien representan a diferentes países, disciplinas y experiencias, todos coinciden destacablemente respecto del impacto devastador de las adicciones, las barreras que deben superarse para tratarlas eficazmente, y las grandes expectativas generadas con vistas a que los Tribunales de Tratamiento de Drogas desarrollen respuestas sistémicas multiagenciales para los infractores dependientes de drogas.

Se extiende un reconocimiento especial a los líderes de la Organización de los Estados Americanos por su visión en la promoción de tribunales de tratamiento de drogas en las Américas y al apoyo que le han dado a esta iniciativa, incluidos el Embajador **James F. Mack**, ex-Secretario Ejecutivo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos y el Sr. **Rafael Franzini**, ex-Secretario Ejecutivo Adjunto de la CICAD por su aporte durante el lanzamiento de esta iniciativa en noviembre de 2010 y por apoyar las primeras negociaciones con los estados miembros de la OEA; y el Embajador **Adam Blackwell**, Secretario de Seguridad Multidimensional de la OEA, por garantizar que el Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas para las Américas esté siempre presente en el temario de la Secretaría. También agradecemos a la Sra. **Angela Crowdy**, Secretaria Ejecutiva Adjunta de la CICAD por su última revisión y sugerencias, y por su constante apoyo y comentarios. Por último, pero no menos importante, al Embajador **Paul E. Simons**, Secretario Ejecutivo de la CICAD/OEA por su liderazgo en la promoción del Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas para las Américas, que permitió que el programa se lanzara y se expandiera por toda América. Bajo el liderazgo del Embajador Simons y en virtud del Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas para las Américas, países como Argentina, Barbados, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Jamaica, México, Panamá, Perú y Trinidad y Tobago actualmente exploran, implementan o expanden el modelo de Tribunales de Tratamiento de Drogas. Como resultado de ello, cada vez más países se suman a otros de este Hemisferio en el trabajo de hacer de este modelo de tratamiento bajo supervisión judicial una realidad firme, como en Estados Unidos, Canadá y Chile.

También agradecemos profundamente el apoyo institucional adicional que ha hecho posible esta publicación, incluida la School of Public Affairs de la American University que, bajo la dirección de la Decana actual **Barbara S. Romzek** y el ex-Decano **William LeoGrande**, ha brindado asistencia estudiantil y soporte académico que hicieron que la recolección de información, los procesos analíticos y las tareas editoriales necesarias

para que estas publicaciones fueran posibles; a la Asociación Nacional de Profesionales de los Tribunales de Tratamiento de Drogas (NADCP, por sus siglas en inglés), especialmente a su Director, el Sr. **West Huddleston**, por sus recomendaciones sobre autores potenciales para los capítulos de esta publicación y por destacar las cuestiones esenciales a abordar, a la Jueza **Jamey H. Hueston**, Tribunal de Distrito de Baltimore City, Maryland, ex Vicepresidenta de NADCP, por su aporte al taller organizado en la sede principal de la OEA en Washington D.C. en noviembre de 2010 para los autores colaboradores; a la International Association of Drug Treatment Courts (IADTC) y a su entonces Presidente, el Juez **Paul Bentley**, quien hizo posible que llegáramos a otros colaboradores del Reino Unido, Australia y Canadá; a Paz Ciudadana de Chile y a la Comisión Europea por su aporte a la CICAD en 2007, que generó la participación de nuestros colegas de Bélgica. También nos gustaría agradecerle al Juez **Kofi Barnes**, Presidente actual de la IADTC por continuar el trabajo del Juez Bentley de mantener encendida la llama del movimiento internacional.

Un agradecimiento y reconocimiento especial a **María Agustina Cocha**, **Joseph Spadafore**, **Ana Álvarez Muñiz** y a **José Luis Vázquez** por el valioso apoyo en la edición final en español de esta publicación.

Comité Editorial

**Caroline S. Cooper**  
**Antonio Lomba Maurandi**  
**Anna McG. Chisman**

## AUTORES COLABORADORES

(Biografías de Autores Colaboradores en página 183)

### **Juez Kofi Barnes**

Juez del Tribunal Superior de Ontario (Canadá), Presidente de la *International Association of Drug Treatment Courts*, y Presidente de la *Canadian Association of Drug Treatment Courts*, Canadá

### **Juez Paul Bentley (fallecido en junio de 2011)**

Juez del Tribunal de Tratamiento de Drogas de Toronto, Tribunal de Justicia de Ontario (Canadá); ex-Presidente de la *International Association of Drug Treatment Courts* (IADTC), Canadá

### **Jesús Demetrio Cadena Montoya**

Maestro en Derecho Procesal, Juez Sexto de Control y Preparación Penal en el Estado de Nuevo León. Primer Juez Mexicano del programa Tribunal para el Tratamiento de Adicciones, México

### **Grace Campbell, M.D.**

MBCHB, MPhil, MRCP, es la Líder Clínica para la prisión Healthcare NHS en Glasgow y Clyde, responsable de la atención sanitaria en tres grandes prisiones. Escocia, Reino Unido

### **Javiera Cárcamo Cáceres**

Investigadora en Justicia y Reinserción, Fundación Paz Ciudadana, Santiago, Chile

### **Anna McG. Chisman**

Ex-Profesora Invitada de la *Justice Programs Office*, *School of Public Affairs*, *American University*. Ex-Jefa del Programa de Reducción de la Demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos

### **Caroline S. Cooper**

Directora de la Oficina de Programas de Justicia, Departamento de Justicia, Derecho y Sociedad, *School of Public Affairs*, *American University*, Washington D.C., y Profesora Investigadora, *School of Public Affairs*, Estados Unidos.

### **Juez Jorn Dangreau**

Juez Presidente de los TTD en Ghent, Bélgica. También preside la cámara de tres jueces que tratan los casos penales graves, Bélgica

### **Luz M. García Rivas**

Ex-Directora General de Cooperación y Coordinación del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Gobierno Federal de México, México

### **Juez Michael S. King**

Juez del Tribunal de Primera Instancia de Western Australia, en Amadale y orador senior adjunto de la Facultad de Derecho. Australia

### **Douglas B. Marlowe**

Jefe de Ciencia, Política y Derecho de la *National Association of Drug Court Professionals*, Científico Senior del *Treatment Research Institute*, y Profesor Asociado Adjunto de Psiquiatría, Facultad de Medicina, *University of Pennsylvania*, Estados Unidos

### **Ana María Morales Peillard**

Directora de Justicia y Reinserción, Fundación Paz Ciudadana, Santiago, Chile, Abogada, Magíster en Política Criminal, Chile

**Michael F. Nerney**

Consultor e Investigador. Consultor del *National Council of Juvenile and Family Court Judges*, *National Association of Drug Court Professionals*, *US Office of National Drug Control Policy*, *Bureau of Justice Assistance* y diversos organismos estatales, Estados Unidos

**Myo Kyaw Oo, M.D.**

Funcionario Médico Senior y Consultor Psiquiátrico del Bellevue Hospital y Gerente de Programa del Programa de Tratamiento de Tribunales de Drogas y Rehabilitación de Kingston, Jamaica, y Consultor Psiquiátrico visitante del Departamento de Servicios Correccionales, Jamaica

**Berenice Santamaría González**

Dirección de Vinculación y Coordinación Operativa. Comisión Nacional Contra Adicciones, México

**Annemieke Serlippens**

Fiscal en el proyecto piloto de TTD en Ghent (Bélgica) desde 2008. También enseña legislación y política antidrogas en la *OPAC Police Training Academy*, Bélgica

**David B. Wexler**

Profesor de Derecho y Director de la Red Internacional de Justicia Terapéutica de la Universidad de Puerto Rico, y Profesor Emérito de Investigación de Derecho de la Universidad de Arizona, Estados Unidos



## TABLA DE CONTENIDOS

PRÓLOGO	<i>Declaración de la Organización de los Estados Americanos (OEA) Una necesidad creciente.</i> <b>Embajador Paul E. Simons</b>	9
INTRODUCCIÓN		11
CAPÍTULO 1	<i>Promoción de receptividad jurídica y social de la rehabilitación: el rol de la justicia terapéutica.</i> <b>Prof. David Wexler</b> <b>Magistrado Michael S. King</b>	21
CAPÍTULO 2	<i>Principios básicos de los tribunales de tratamiento de drogas: el componente judicial. La experiencia canadiense y las lecciones aprendidas.</i> <b>Juez Paul Bentley</b> <b>Juez Kofi Barnes</b>	47
CAPÍTULO 3	<i>Principios básicos del tratamiento de la drogodependencia: dos perspectivas. Perspectiva de salud pública</i> <b>Grace Campbell, M.D.</b>	70
	<i>Perspectiva clínica de los programas de tratamiento de drogas y servicios auxiliares</i> <b>Dr. Myo Kyaw Oo, M.D.</b>	78
CAPÍTULO 4	<i>Implementación de un tribunal de tratamiento de drogas: dos experiencias</i>  <i>Un enfoque vertical de “Abajo hacia arriba” para el desarrollo de un tribunal de tratamiento de drogas: el caso de Ghent, Bélgica</i> <b>Juez Jorn Dangrea</b> <b>Annemieke Serlippens</b>	92

	<i>Un enfoque vertical de “Arriba hacia abajo” para la creación de un tribunal de tratamiento de drogas: el caso del estado de Nuevo León, México</i>	117
	<b>Juez Jesús Demetrio Cadenas Montoya</b> <b>Berenice Santamaría González</b> <b>Luz María García Rivas</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b>	<i>¿A quiénes deben servir los tribunales de tratamiento de drogas? Maximizar su alcance y su impacto potencial</i>	130
	<b>Dr. Douglas B. Marlowe</b>	
<b>CAPÍTULO 6</b>	<i>Atendiendo las necesidades de jóvenes y jóvenes adultos</i>	144
	<b>Michael F. Nerney</b>	
<b>CAPÍTULO 7</b>	<i>Recopilación de datos significativos: evaluación de la eficacia del programa y del impacto sobre el programa y los participantes</i>	151
	<b>Prof. Caroline S. Cooper</b>	
<b>CAPÍTULO 8</b>	<i>La importancia de la cooperación internacional en el desarrollo de tribunales de tratamiento de drogas</i>	163
	<b>Dr. Anna McG. Chisman</b>	
<b>CAPÍTULO 9</b>	<i>Programas de tribunales de tratamiento de drogas: sustentabilidad, capacitación y defensa</i>	168
	<b>Ana María Morales Peillard</b> <b>Javiera Cárcamo Cáceres</b>	
	<b>PRINCIPIOS/COMPONENTES CLAVE</b>	180
	<b>BIOGRAFÍAS DE AUTORES Y EDITORES COLABORADORES</b>	183

## PRÓLOGO

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”.

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. Cometan 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.

La mayoría de los países son testigos de consecuencias similares del abuso de drogas: (1) altas tasas de criminalidad causada por personas bajo la influencia de las drogas y otros involucrados en la venta de drogas; (2) una confianza alta en la encarcelación de los infractores dependientes de drogas sin servicios de tratamiento disponibles y una población carcelaria resultante con un alto porcentaje de infractores dependientes de

drogas no violentos que, sin tratamiento, invariablemente cometen nuevos delitos una vez que son liberados; y (3) falta de un seguimiento significativo de los infractores dependientes de drogas dentro del sistema judicial actual, salvo cuando reaparecen en expedientes policiales y judiciales. El alto costo financiero –y otros costos- del sistema actual hacen que sea imprescindible tomar seriamente la decisión de desarrollar TTD como una alternativa menos costosa y más eficaz. Considerar con atención y detalle el modelo que presentan los TTD debería ser una prioridad para nuestros países miembros, no sólo como medio para tratar con mayor eficacia a los infractores con problemas de abuso de drogas, sino también para promover la seguridad pública, reducir el delito y la violencia, estimular esfuerzos productivos y finalmente promover el bienestar de nuestros ciudadanos y comunidades.

Mientras se estaba redactando esta publicación, un número cada vez mayor de países se aproximó a la CICAD para solicitar ayuda con la exploración, expansión y/o consolidación de TTD como una alternativa de tratamiento al encarcelamiento para infractores dependientes de drogas. Estos pedidos han dado forma a nuestro enfoque hemisférico al momento de diseñar esta publicación. Queríamos brindarles a los creadores de políticas y a aquellos responsables de la implementación de los TTD una guía para ayudarles a abordar las políticas clave, la interacción entre organismos y las cuestiones operativas que giran en torno a los esfuerzos de implementación de los TTD. Por consiguiente, este informe pone en conjunto las experiencias y las recomendaciones de profesionales que han participado en el diseño y las operaciones de los TTD y las perspectivas de expertos en investigación y académicos que trabajan directamente con ellos.

La OEA y la American University tienen el honor de acompañar a los autores de los capítulos de esta publicación para hacer realidad esta guía. Creo que esta publicación será un excelente recurso para aquellos que trabajan en varias disciplinas y funciones dentro de este modelo. Todavía queda mucho camino por recorrer a la hora de encontrar soluciones a los problemas de la criminalidad y adicciones a las drogas. Creo que el desarrollo de los TTD no es la única solución pero, sin duda, es un paso importante.

**Embajador Paul E. Simons**  
**Secretario Ejecutivo**  
**Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas**  
**Secretaría de Seguridad Multidimensional**  
**Organización de los Estados Americanos**

## INTRODUCCIÓN

Se ha puesto mucho énfasis en el impacto de las drogas y el delito que, sin dudas, es significativo. El alto costo social y monetario del abuso y del tráfico de drogas en otros sectores, sin embargo, también ha resultado evidente en los últimos cuarenta años. Los costos de salud que representan el no tratamiento de la drogodependencia son sustanciales, y particularmente en aquellos países con economías frágiles, gran población juvenil y sistemas de atención en salud sobrecargados, el abuso de drogas no tratado es una carga sobre la salud presente y futura muy importante.

El costo para el gobierno y la economía de un país también es alto: el consumo de drogas y alcohol contribuyen a una pérdida significativa de la productividad laboral y el "costo colateral" de la prisión –falta de ingresos familiares, estigmatización del recluso y su familia, pérdida de derechos civiles y estigmatización- tienen un impacto negativo tangible<sup>1</sup>.

Las personas afectadas por las drogas y el alcohol representan un riesgo para sí mismas y para los otros cuando conducen un vehículo de cualquier tipo. Un reciente estudio realizado en Canadá reveló que aproximadamente el siete por ciento de los conductores tuvieron resultado positivo en las pruebas de drogas ilícitas, y un tercio de los accidentes de tráfico fatales se relacionaban con el consumo de drogas<sup>2</sup>. Los costos sociales son más difíciles de cuantificar, pero sabemos que el abuso de drogas se relaciona con la pérdida de empleo, mayores costos de bienestar, desintegración familiar y aislamiento social. Los estudios preliminares llevados a cabo en Canadá, Chile, Barbados y Costa Rica mostraron que, en gran medida, el mayor costo del abuso de drogas –ya sea de los infractores o de la población en general- radica en la pérdida de productividad laboral, es decir, días de ausencia del trabajo<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Collateral Costs: Incarceration's Effect on Economic Mobility. The Pew Charitable Trusts: Washington, D.C., 2010. Último acceso el 10 de febrero de 2010 en [http://www.economicmobility.org/assets/pdfs/EMP\\_Incarceration.pdf](http://www.economicmobility.org/assets/pdfs/EMP_Incarceration.pdf).

<sup>2</sup> Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), los Estudios en Ruta 2010 mostraron que el 7,2% de los conductores de una muestra seleccionada en forma aleatoria tuvieron resultado positivo en pruebas de drogas, y que el 33% de los conductores con accidentes fatales tuvieron resultado positivo en pruebas de drogas. [http://www.ccsa.ca/2011%20CCSA%20Documents/2011\\_ccsa\\_news\\_release\\_march\\_28\\_en.pdf](http://www.ccsa.ca/2011%20CCSA%20Documents/2011_ccsa_news_release_march_28_en.pdf)

<sup>3</sup> Estudios de la CICAD sobre costo económico y social de las drogas. Consulte los estudios originales de estos países en [www.oas.cicad.org](http://www.oas.cicad.org) (disponibles en idioma original únicamente).

El costo para los infractores dependientes de drogas a nivel individual es significativo. Su salud suele ser frágil y es probable que tengan un sinfín de problemas más allá del comportamiento delictivo y el consumo de drogas: es probable que no cuenten con un hogar estable, educación, trabajo o un sistema de apoyo familiar.

En muchos países, puede que las prisiones y las cárceles locales no cuenten con programas de tratamiento de drogas, lo que significa que los prisioneros o detenidos dependientes de drogas abandonen por su cuenta y de forma peligrosa y no supervisada las drogas, o que puedan encontrar una fuente de suministro dentro de la prisión o a través de las visitas. En cualquier caso, no resulta sorprendente que el consumo de drogas no se detenga necesariamente al entrar en prisión.

La alternativa al encarcelamiento que tratamos en esta publicación es el tratamiento supervisado por tribunales para infractores dependientes de drogas, conocidos como tribunales de tratamiento de drogas (TTD)<sup>4</sup>. Un TTD es una división especializada dentro de un tribunal integrada por casos que involucran a infractores que hayan cometido delitos menores no violentos cuya raíz causal haya sido directamente su dependencia a las drogas. Estas personas, infractores dependientes de drogas, son las que participan de un programa de tratamiento bajo supervisión judicial. Un juez, capacitado en las cuestiones especiales que presentan los infractores dependientes de drogas, supervisa en colaboración con personal cualificado en el ámbito de la salud el progreso (o falta de progreso) de los participantes en el Tribunal de Tratamiento de Drogas dentro de este programa de tratamiento bajo supervisión judicial. Y lo hace gracias a los resultados que arroja una serie de pruebas de drogas que se llevan a cabo de manera frecuente y de forma aleatoria, así como con el apoyo de otras formas de supervisión. Los servicios de los TTD generalmente consisten en servicios de tratamiento ambulatorio intensivos, gestión de casos y servicios auxiliares adicionales. Un TTD reúne por lo tanto al personal judicial, al sistema de salud y a otros servicios comunitarios en un programa coordinado que se concentra en brindar tratamiento intensivo de abuso de sustancias y otros servicios de tratamiento (en especial salud mental) y de soporte (vivienda, educación, vocacional, etc.) que el infractor pudiera

---

<sup>4</sup> En otros países se han incorporado otras alternativas a la reclusión de los infractores dependientes de drogas que no implican la supervisión y control/liderazgo continuo y activo propio de los TTD, como las Órdenes de Tratamiento y Pruebas de Drogas o las órdenes de servicios comunitarios. En algunas jurisdicciones como en Uruguay, se utiliza un esquema de “derivación”, mediante el cual el tribunal le ordena al infractor que realice un tratamiento de drogas, pero no supervisa el proceso de tratamiento. Existe poca información disponible sobre estos esquemas de derivación.

necesitar, supervisión directa y una respuesta inmediata orientada al tratamiento para la reincidencia, si llegara a producirse.

Los autores de esta publicación tienen distintas profesiones, países, y con diferentes tradiciones legales. Lo que los reúne a todos es la convicción de que los tribunales de tratamiento de drogas ofrecen una respuesta eficaz a la salud y a la seguridad pública para los infractores dependientes de drogas.

A lo largo de esta publicación, se plantean tres ideas que son centrales para fundamentar los tribunales de tratamiento de drogas. Primero: los resultados de investigaciones revelan que la adicción a las drogas es una enfermedad crónica y recurrente, similar la diabetes y la hipertensión, y que puede ser tratada, de forma eficaz, a través de un tratamiento profesional<sup>5</sup>. Segundo, la convicción de que la autoridad del sistema de justicia puede utilizarse para promover objetivos terapéuticos, incluyendo la salud de personas y la propia comunidad, además de la ley -la creencia instaurada en el concepto de jurisprudencia terapéutica. Tercero, una consideración práctica de que los resultados de los TTD han demostrado ser mejores que aquellos de la prisión a la hora de reducir el índice de delitos y del consumo de drogas, así como los costos socio-sanitarios correspondientes asociados de la dependencia de drogas. Estas ideas se analizan en esta publicación, arrojando muchas referencias para futuros estudios.

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 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

---

<sup>5</sup> U.S. National Institute on Drug Abuse (NIDA), *The Science of Addiction*, al que puede accederse en <http://www.nida.nih.gov/scienceofaddiction/>. Acerca la postura de que la adicción no es una enfermedad, véase Schaler, Jeffrey A. *Addiction is a Choice*. Open Court Publishing: Chicago and La Salle, 2000.

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.

## ***Consumo de drogas entre infractores***

Los infractores en general son grandes consumidores de drogas y alcohol, en comparación con la población en general. Un estudio estadounidense de 2002 reveló que el 68 por ciento de la población penitenciaria consume drogas o alcohol o son dependientes de drogas ilícitas o alcohol mientras que el 55 por ciento había utilizado drogas ilícitas en el mes anterior al que cometieron el delito. Las tasas de consumo de drogas y alcohol en la población penitenciaria son casi ocho veces la tasa de consumo de drogas y alcohol en la población en general. Los detenidos tienen más probabilidad de ser consumidores de drogas que la población en general. El programa estadounidense U.S. Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM II) reveló en 2009 que el sesenta por ciento o más de los detenidos consultados tuvieron resultado positivo en las pruebas de drogas, lo que significa que habían estado consumiendo drogas antes o poco antes de su detención<sup>6</sup>. Los datos obtenidos en otras partes del mundo (Grenada<sup>7</sup> y el Reino Unido<sup>8</sup>) muestran resultados similares.

Los detenidos consumidores de drogas, muchos de los cuales son infractores reincidentes de la ley penal, suelen no ser tratados por su adicción: sólo una muy pequeña minoría en el estudio estadounidense ADAM II realizado en 2009 declaró haber

---

<sup>6</sup> Informe Anual de Estudio ADAM II 2009, <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/adam2009.pdf>. El Estudio ADAM consiste en entrevistas personales a masculinos adultos detenidos en instalaciones de detención de la policía dentro de las cuarenta y ocho horas de su detención, junto con una muestra voluntaria de orina. En 2009, en nueve de los diez sitios del informe, el sesenta por ciento o más de los detenidos tuvieron resultado positivo en el examen de drogas (como muchas drogas desaparecen del análisis de orina a los pocos días, estas estadísticas muestran que el sesenta por ciento de los detenidos había estado consumiendo drogas antes o poco antes de cometer el delito por el que fueron detenidos). Debe tenerse en cuenta que la mayoría de las drogas permanecen en la orina sólo dos o tres días y, por lo tanto, una muestra de orina positiva revela que el consumo de drogas era reciente.

<sup>7</sup> Grendin Fact Sheet. Secretaría de Control de Drogas, Ministerio de Educación y Desarrollo de Recursos Humanos, Grenada, Vol. 3, No. 1, Marzo de 2011. [www.gov.gd/ncodc.html](http://www.gov.gd/ncodc.html).

<sup>8</sup> U.K. House of Commons, Hansard Written Answers, March 7, Columns 2842W, <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200708/cmhansrd/cm080307/text/80307w0003.htm>



recibido algún tipo de tratamiento por consumo de drogas alguna vez. Los tribunales de tratamiento de drogas ayudan a remediar esta oportunidad perdida al tratar tanto la dependencia de drogas, así como el comportamiento antisocial y delictivo.

Algunos infractores dependientes de drogas han cometido delitos para financiar su consumo de drogas<sup>9</sup>, o han delinquido bajo la influencia de las drogas y/o el alcohol. Los tribunales de tratamiento de drogas son una alternativa de la prisión para estos infractores, brindándoles la oportunidad de una solución a largo plazo para el comportamiento delictivo y el abuso de sustancias, como se analizará en esta publicación.

En el Capítulo 1, dos de los principales proponentes de la justicia terapéutica (TJ, por sus siglas en inglés) y de los tribunales orientados a la resolución de problemas, David Wexler y el Juez Michael King, analizan de qué manera la concepción de la adicción como una enfermedad crónica y recurrente se emparenta con la idea de jurisprudencia terapéutica -el compromiso pleno del juez y del sistema judicial para encontrar soluciones a la salud y a otros problemas de los infractores. Este capítulo brinda el sostén teórico de los TTD, que comenzaron hace más de veinte años atrás en un esfuerzo pragmático liderado por el Tribunal de Circuito del Condado de Miami-Dade para suspender el proceso penal de ciertos infractores dependientes de drogas al inicio cuando eran asignados a intensivos programas de tratamiento coordinados por los tribunales. En este capítulo, Wexler y King también sugieren una potencial adaptación del concepto de Juez del Tribunal de Tratamiento de Drogas a la "parte no visible" del proceso del sistema de justicia mediante un "Juez Correccional y de Reinserción", ya conocido en América Latina. Si esta postura pudiera ser fusionada con los verdaderos principios de la TJ, que incluiría interacción respetuosa, voz del paciente, contratos conductuales, y participación de la familia y de otros que pudieran ser motivadores para la rehabilitación del infractor, todos los beneficios potenciales de los programas de reinserción podrían hacerse realidad.

El Capítulo 2 detalla las experiencias y las vivencias de dos jueces que establecieron y organizaron los TTD en Canadá: el fallecido Juez Paul Bentley y el Juez Kofi Barnes. El capítulo brinda una excelente síntesis, desde la misma experiencia práctica, de los

---

<sup>9</sup> En 2004, un estudio propio de la U.S. Bureau of Justice Statistics (BJS) identificó el vínculo entre el delito y las drogas en forma más precisa: el 17 por ciento de los reclusos estatales y el 18 por ciento de los reclusos federales encuestados afirmó que había cometido el delito más reciente para obtener dinero para comprar drogas.

<http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=778>.

elementos claves que hacen del modelo de los TTD un éxito, describiendo también algunas de las modificaciones que se realizaron en los TTD canadienses en concreto como experiencia operativa durante los primeros años. Ambos jueces también destacan en este capítulo la importancia del compromiso y del liderazgo judicial de los jueces en el momento de crear los tribunales de tratamiento de drogas, aspectos que son comunes a todas las experiencias de TTD, tanto en países de Derecho Común (*Common Law*) como en países de Derecho Civil. Los jueces de TTD canadienses también se concentran en la importancia de servicios auxiliares o de "inclusión social", como aquellos que proporcionan vivienda, educación y servicios vocacionales para "reintegrar" al infractor a su comunidad. Este capítulo también se destaca por engranar las dos figuras de "infractor" y "cliente" del tratamiento de drogas en un reconocimiento explícito de las dos caras del participante del TTD (de la misma forma, en Ghent, Bélgica, los TTD se refieren a los participantes del programa como "el acusado/cliente", véase Capítulo 4).

En el capítulo 3, la Dra. Grace Campbell de los TTD en Glasgow, Escocia, y el Dr. Myo Oo de Kingston, Jamaica, analizan el tratamiento de los infractores dependientes de drogas en un escenario de TTD tanto desde la perspectiva de la salud pública como desde la clínica, brindando un análisis orientado a lo profesional de los elementos críticos del tratamiento de abuso de sustancias desde ambas perspectivas. Cada uno de estos médicos brinda una amplia experiencia en el tratamiento de drogas y en la rehabilitación de dependientes de drogas, incluidos los participantes del tribunal de tratamiento de drogas. Sus enfoques son muy similares aun cuando trabajan en distintas circunstancias económicas y sociales: la Dra. Campbell en Escocia, un país con muchos recursos y con atención médica universal, y el Dr. Oo en Jamaica, un país en el que los recursos son relativamente escasos. La Dra. Campbell analiza la importancia crítica -y los desafíos- del trabajo conjunto de los sistemas de justicia y de salud pública. El Dr. Oo aborda las múltiples dimensiones y niveles de tratamiento y los servicios relacionados que resultan críticos para una respuesta clínica eficaz a la adicción a las drogas y al sinnúmero de ramificaciones de la salud mental, socio-económicas y otras de la enfermedad. Cada autor analiza en términos prácticos las múltiples dimensiones que deben encarnar los programas de tratamiento de abuso de sustancias eficaces, ya sean multidisciplinarios/multi-organismos (Dra. Campbell) o multi-dimensionales (Dr. Oo). La premisa de ambos médicos es que el abuso de sustancias es una enfermedad crónica, con frecuentes recaídas de los pacientes en tratamiento de drogas, que debe ser tratada, ya sea estando o no bajo un programa de tribunales de drogas.

En el Capítulo 4, escuchamos la experiencia de dos jurisdicciones que han creado en los últimos años tribunales de tratamiento de drogas: Bélgica y México. El Juez Jorn

Dangreau y la Fiscal Annemieke Serlippens escriben acerca de sus experiencias en Ghent, Bélgica, y a su vez el Juez Jesús Demetrio Cadenas Montoya, la señora Berenice Santamaría González y la señora Luz María García Rivas acerca del TTD en el Estado de Nuevo León, México. Bélgica y México son países de derecho civil que han encontrado la forma de incorporar el modelo de TTD sin modificar sus leyes, al menos para arrancar sus pilotos<sup>10</sup>. Como el Juez Dangreau y la Fiscal Serlippens observan, los sistemas legales son conservadores y no propensos al cambio. Por lo tanto, fue importante en ambas jurisdicciones que sus nuevos TTD se adaptasen al contexto legal establecido (por ejemplo, el uso de facultades para suspender condicionalmente los procedimientos) y su implementación no demandó un ajuste importante del marco legal. Por ese motivo, cuando se establecieron esos TTD, se consideraban proyectos "piloto" sujetos a evaluación. México está cambiando todo su sistema judicial de un sistema escrito a un procedimiento oral. Esto significó, en el caso del TTD de Nuevo León, que el infractor, el juez, el fiscal, los abogados de la defensa, el encargado del tratamiento y el trabajador social pudieran participar unos con otros en un procedimiento no adversarial. (En cambio, Jamaica, un país con sistema de Common Law, cambió sus leyes para permitir la incorporación de TTD.) Lo que es evidente tanto en Bélgica como en Nuevo León es que los nuevos tribunales de tratamiento de drogas se beneficiaron enormemente del contacto con TTD ya establecidos en otros países, pero luego hicieron ajustes al modelo para que se adaptaran a las condiciones locales.

¿Quién es elegible para entrar a un tribunal de tratamiento de drogas y por qué? Doug Marlowe trata este tema en el Capítulo 5, haciendo hincapié en que los TTD –con la intensidad de servicios de tratamiento y supervisión provistos- deben reservarse para aquellos infractores “de alto riesgo/alta necesidad” y no a otras personas que podrían optar a otros programas de tratamiento de menor intensidad que los que ofrecen los TTD. Este mensaje fue reiterado por el Juez Barnes en el Capítulo 2, quien ruega a aquellos involucrados en la planificación de TTD que resistan la urgencia de ampliar su alcance para admitir a infractores de baja necesidad, ya que estos probablemente estarían bien atendidos con otros tipos de programas de rehabilitación. Esto no significa que los infractores que tienen un consumo de drogas que aparenta ser clínicamente menos severo no puedan beneficiarse participando en un TTD, sino que, por el contrario, los servicios de tratamiento de sustancias intensivos deberían reservarse para aquellos que se consideran "de alto riesgo/alta necesidad", pese a que

---

<sup>10</sup> En el momento en el que se publica este libro, en México se están analizando otras posibilidades para la expansión del modelo, y no excluyen modificaciones de ley en lugar de firmas de memorándum de entendimiento.

algunos de los servicios provistos por los TTD (por ejemplo, pruebas de droga, terapias intensivas, vivienda, educación, servicios vocacionales, etc.) pueden seguir siendo beneficiosos para otros infractores consumidores de drogas. Por este motivo, algunos TTD están desarrollando múltiples "vías" para la participación en programas y servicios que puedan adaptarse a la amplia gama de necesidades que suelen presentar los infractores dependientes de drogas.

Algunas jurisdicciones de TTD como Chile comenzaron aceptando sólo los infractores sin antecedentes y la mayoría de los programas se limitaron a personas acusadas de un delito no violento. Otras jurisdicciones como Jamaica fueron más allá y admitieron infractores acusados de delitos más graves, siempre que se hubiera determinado clínicamente que eran dependientes de drogas. Las investigaciones recientes demuestran, como observa el Dr. Marlowe, que los infractores violentos y las personas con importantes antecedentes penales, de hecho, se benefician de manera significativa con los tribunales de tratamiento de drogas<sup>11</sup>.

La mayoría de los encuestados en el estudio de TTD Adultos 2010 identificó la necesidad de llegar a la población adolescente que consume drogas -incluida la población joven adulta- como una prioridad esencial. Si bien el éxito temprano de los programas de tribunales de tratamiento de drogas para adultos en Estados Unidos impulsó rápidamente los esfuerzos para adaptar el modelo de tribunal de drogas para adultos a infractores juveniles, la implementación y el sostenimiento eficaz de estos programas ha presentado desafíos imprevistos en distintos niveles. Desde una perspectiva clínica, tratar a adolescentes y a jóvenes adultos involucrados en drogas requiere de un enfoque diferente del que se utiliza con los tribunales de drogas para adultos: un enfoque que tome bien en cuenta las cuestiones de desarrollo que experimentan los adolescentes que se relacionan directamente con la naturaleza de su consumo de drogas y el tratamiento y estrategias relacionadas que puedan resultar eficaces.

En el Capítulo 6, Michael Nerney explica cómo los distintos factores asociados al desarrollo del cerebro adolescente afectan el enfoque de los adolescentes frente al consumo de drogas y la naturaleza y configuración de los enfoques de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias que probablemente puedan tener mayor o menor impacto.

En el Capítulo 7, Carolina Cooper señala varias consideraciones que se adentran en el desarrollo de una capacidad de evaluación e información de gestión eficaz para los TTD

---

<sup>11</sup> Multi-Site Adult Drug Court Evaluation (MADCE). Urban Institute, RTI y Center for Court Innovation, Washington, D.C., Julio de 2011 <http://www.urban.org/url.cfm?ID=901438>

que tenga en cuenta tanto (a) la calidad y la eficacia de los servicios y programas de TTD como (b) el progreso (o la falta de progreso) de los participantes del programa. Es necesario contar con la continua compilación de datos sólidos, precisos e integrales para orientar a los creadores de políticas y otros sujetos de la comunidad respecto a qué hacen los TTD, las poblaciones a las que están destinados, los servicios que ofrecen y los logros que están alcanzando, de modo que se puedan identificar las brechas y/u otras deficiencias del programa (por ejemplo, servicios de empleo, vivienda, etc.) que puedan requerir de los recursos de la comunidad. El capítulo también sugiere una metodología para desarrollar evaluaciones comparativas de múltiples tribunales de drogas que pueden brindar una base esencial para luego comparar el progreso de los participantes atendidos con varios de estos programas que tengan en cuenta la potencialmente variable calidad de los programas en los que se inscriben estos participantes.

En el Capítulo 8, Anna McG. Chisman señala su experiencia de cuando fue Jefa de Reducción de la Demanda de Drogas en la CICAD/OEA para analizar cómo la cooperación internacional en materia de política de drogas ha sido clave para el desarrollo de tribunales de tratamiento de drogas en todo el mundo.

*Los TTD normalmente no aceptan infractores acusados de delitos de tráfico de drogas o producción de drogas. Estos tipos de delitos graves quedan regidos por convenios internacionales suscritos por casi todos los países del mundo. Tampoco aceptan a aquellos acusados de cometer actos violetos como homicidios por venganza, que pueden clasificarse como “delitos de drogas”.*

Chile es el único entre los países de derecho civil que ha adoptado el modelo de tribunal de drogas como política nacional y, desde el 2004 hasta 2012, había creado dieciocho TTD. En el Capítulo 9, el capítulo final, Ana María Morales Peillard y Javiera Cárcamo Cáceres describen el proceso de creación de política nacional y analizan cómo el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil se organizan para ofrecer una base sostenible a largo plazo para los TTD.

**Comité Editorial**

## **Referencias**

Alcohol and Other Drug Problems: A Public Health and Public Safety Priority. A Resource Guide for the Justice System on Evidence-Based Approaches. Physicians and Lawyers for National Drug Policy and the National Judicial College, Abril de 2008.

Drug control, crime prevention and criminal justice: A Human Rights perspective. United Nations Office on Drugs and Crime/Commission on Narcotic Drugs and U.N. Commission on Crime Prevention and Criminal Justice: Vienna, marzo de 2010 (E/CN.7/2010/CRP.6).

Lomba Maurandi, Antonio, et al. Puntos de encuentro entre salud y justicia para infractores dependientes de drogas. El caso de los tribunales de tratamiento de drogas desde un enfoque hemisférico. Adicciones y Justicia. Actualidades en Adicciones. Comisión Nacional Contra las Adicciones, México, noviembre de 2012.

Marlowe, Douglas B. and William G. Meyer (eds.). The Drug Court Judicial Benchbook. National Drug Court Institute: Alexandria, VA, 2011.

Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations General Assembly, 65<sup>th</sup> session (A/65/255): New York, agosto de 2010.

Informe sobre Seguridad Ciudadana y Derechos Humanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de los Estados Americanos: Washington, D.C., 2009.

## CAPÍTULO 1

### PROMOCIÓN DE RECEPTIVIDAD JURÍDICA Y SOCIAL DE LA REHABILITACIÓN: EL ROL DE LA JUSTICIA TERAPÉUTICA

*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*

---

#### **Introducción**

Los tribunales de tratamiento de drogas (TTD) tienen más posibilidades de ser aceptados y de prosperar en las jurisdicciones que valoran la rehabilitación, que en las que se centran casi exclusivamente en castigar los delitos. A su vez, la rehabilitación puede verse favorecida si, el sistema jurídico está dispuesto a promover la perspectiva y los principios de la justicia terapéutica (TJ, por sus siglas en inglés). El presente capítulo presentará el tema de la TJ, se referirá brevemente a su relación con los TTD y propondrá pautas para su aplicación práctica.

Los TTD y la TJ son similares, pero no son lo mismo. Los TTD nacieron sin sustento teórico a partir de la labor diaria de jueces pragmáticos, creativos, intuitivos y frustrados que buscaban desesperadamente poner fin al círculo vicioso —detención, procesamiento, condena, libertad, detención— en el que se encontraban los infractores dependientes de drogas dentro del sistema de justicia penal. Por el contrario, la TJ surgió casi al mismo tiempo como enfoque académico del efecto terapéutico y anti terapéutico del derecho (normas legales, procedimientos legales y las funciones de los actores jurídicos)<sup>12</sup>. Unos diez años después, en un artículo clásico de los jueces de TTD

---

12. David B. Wexler, *The Development of Therapeutic Jurisprudence: From Theory to Practice*, 68 *Revista Jurídica Universidad de Puerto Rico* 691(1999) (análisis del origen). El trabajo original, escrito y presentado en 1987, fue posteriormente publicado como “*An Introduction to Therapeutic Jurisprudence*”, en David B. Wexler, *Therapeutic Jurisprudence: The Law as a Therapeutic Agent* 3 (1990) y también en David B. Wexler & Bruce J. Winick, *Essays in Therapeutic Jurisprudence* 17 (1991). Si se quiere un breve resumen sobre la justicia terapéutica, véase el ensayo actualizado, David B. Wexler, *Therapeutic Jurisprudence and its Application to Criminal Justice Research and Development*, en *7 Irish Probation Journal* 94 (2010), y disponible en línea en <http://ssrn.com/abstract=1628804>.

estadounidenses Peggy Hora y William Schma, se resaltó el estrecho vínculo entre los TTD y la TJ, y se estableció una sólida relación simbiótica entre ambos conceptos<sup>13</sup>.

De hecho, los jueces Hora y Schma propusieron la TJ y sus principios como teoría rectora para los TTD, y, desde entonces, las dos perspectivas se han vuelto prácticamente inseparables. Muchas prácticas de los TTD (como las ceremonias de graduación y las audiencias de seguimiento) han despertado el interés de los especialistas en TJ, y la bibliografía en esta materia (por ejemplo, cómo podrían los jueces mejorar el cumplimiento de las resoluciones judiciales y las condiciones de libertad) ha afectado, a su vez, la operativa diaria de los TTD y demás tribunales denominados “de resolución de problemas”.

Sin embargo, pese a que comúnmente se cree que los TTD “aplican” en forma rutinaria los principios de la TJ, existen varios casos en los que, a nuestro entender, los jueces de TTD no emplean las mejores prácticas de TJ, casos en los que, por ejemplo, los jueces se han vuelto algo autoritarios o paternalistas<sup>14</sup>. Por ende, en una sección posterior del presente capítulo, hablamos de cómo el hecho de conceptualizar los TTD más como tribunales “centrados en soluciones” que como tribunales “de resolución de problemas”, podría acercarlos aún más a la TJ y sus aspiraciones. De hecho, en nuestra opinión, si se respetan los verdaderos fundamentos de la TJ, puede que la sociedad podría estar más abierta a los TTD.

### **Breve descripción general de la TJ**

Permítasenos enfocarnos de lleno en el tema de la justicia terapéutica. La TJ se concentra en el efecto que el derecho ejerce sobre la vida emocional y el bienestar psicológico, aspecto que tradicionalmente se ha pasado por alto. No busca anteponer

---

13. Peggy Fulton Hora, William G. Schma & John T. A. Rosenthal, *Therapeutic Jurisprudence and the Drug Treatment Court Movement: Revolutionizing the Criminal Justice System's Response to Drug Abuse and Crime in America*, 74 *Notre Dame L. Rev.* 439 (1999).

14. Una de las principales diferencias entre la TJ y los TTD es que, en estos últimos, algunas veces se acuerda que el abogado defensor actúe como “miembro del equipo”. Véase el correspondiente análisis en David B. Wexler, *Rehabilitating Lawyers: Principles of Therapeutic Jurisprudence for Criminal Law Practice*, pág. 132-133 (2008), en adelante, “*Rehabilitating Lawyers*”. En el presente, afortunadamente es una tendencia a criticar el papel “comprometido” y de envolver el enfoque más sólido defendido por la justicia terapéutica. Hay que tener en cuenta asimismo que los TTD y la TJ se han visto modificados en cierta medida al ser culturalmente traspasados de un sistema jurídico a otro. Véase James L. Nolan, *Legal Accents, Legal Borrowing: The International Problem-Solving Court Movement* (2009).



las metas terapéuticas a otras metas—como el debido proceso<sup>15</sup>—, pero sí nos insta a tener presente el efecto del derecho sobre la vida de las personas y, si es posible, a promover procesos que produzcan resultados terapéuticos y rehabilitadores.

El pensamiento en materia de la TJ se ha beneficiado con el empleo de varios marcos conceptuales sencillos. En el área del derecho penal, ésta ha utilizado un marco “tripartito” para analizar cómo el derecho y los actores jurídicos pueden funcionar de manera terapéutica (o antiterapéutica)<sup>16</sup>. En virtud del marco tripartito, debe prestarse particular atención a (1) el Contexto Jurídico pertinente (las normas y procedimientos imperantes en una determinada jurisdicción), (2) los *Tratamientos y Servicios* disponibles y (3) las *Prácticas y Técnicas* (las funciones y conductas) que son o pueden ser utilizadas por actores jurídicos, como jueces, abogados y terapeutas.

El área de *Tratamientos y Servicios* se analiza en otra parte de la presente publicación y se la deja en manos de especialistas en la materia. Desde nuestra perspectiva jurídica, basta con decir aquí que hay numerosas pruebas de que, incluso en casos en los que se cuenta con servicios y tratamientos (algo que, desde luego, nos gustaría ver con mayor frecuencia que lo que vemos en la actualidad), los servicios disponibles se ofrecen a menudo a las personas necesitadas ante una crisis legal, como una detención. En otras palabras, nos guste o no, nuestro sistema jurídico y de justicia penal suele funcionar como una especie de sala de emergencias, por lo que muchas veces, los abogados y jueces se ven envueltos en una suerte de proceso de selección de prioridades, que no es lo que esperaban cuando se inscribieron en la carrera de abogacía<sup>17</sup>.

Nuestras áreas de especialización son las de *Contexto Jurídico* y *Prácticas y Técnicas*. El *Ámbito Jurídico* no es más que las leyes y los procedimientos aplicables e imperantes en una determinada jurisdicción. El *contexto*, o alguno de sus componentes, pueden considerarse propicio o no propicio para la TJ. Por ejemplo, las penas severas de cumplimiento obligatorio no son propicias para la TJ, mientras que un esquema jurídico con cierta flexibilidad en las condenas, sobre todo en cuanto a la posibilidad de imponer penas no privativas de la libertad, sería razonablemente propicio. Sería también la posibilidad de postergar por un tiempo la condena y permitir, en algunos casos, que el

---

15. De hecho, las demás metas del sistema jurídico bien pueden tener consecuencias terapéuticas. Por ejemplo, es probable que un litigante al que se le niegue el derecho a un debido proceso sienta rencor y no confíe en el sistema de justicia.

16. David B. Wexler, *A Tripartite Framework for Incorporating Therapeutic Jurisprudence in Criminal Law Education, Research, and Practice*, 7 Fla. Coastal L. Rev. 95(2005).

17. *Rehabilitating Lawyers*, nota 4 anterior, pág. 13-14.

acusado se someta a un programa de tratamiento y demuestre que aprendió a vivir respetando las normas sociales.

A diferencia de las leyes y procedimientos legales establecidos y reconocidos en una jurisdicción, el área de las *Prácticas y Técnicas* se ocupa del sencillo concepto de cómo se comportan los jueces y abogados y de cómo interactúan con los clientes y demás cuestiones similares. En esencia, este componente del marco se relaciona con los roles de los actores jurídicos, el cual es un concepto de suma importancia. ¿El juez se presenta a sí mismo? ¿Intenta decir bien el nombre del acusado? ¿El juez mira a los ojos o fija la vista en sus notas o en la pantalla de la computadora? ¿El juez le pregunta al acusado cuáles son sus metas? ¿El juez intenta explicar la pena impuesta? ¿Las condiciones de libertad?

En los Estados Unidos, el área de *Prácticas y Técnicas* ha cobrado un gran impulso a partir de la publicación de un Informe Oficial sobre *Justicia Procesal* de los jueces Burke y Leben: se trata de un documento breve de fácil lectura y disponible en línea<sup>18</sup> que resume, con palabras sencillas y sin recurrir a términos científicos complejos, el área psicológica de la justicia procesal. Los jueces Burke y Leben explican la importancia de tratar a los litigantes con respeto, de darles “voz” y de asegurarles —a través de la “validación”— que, más allá del desenlace, se los está tomando de forma seria. Burke y Leben destacan que, con frecuencia, a los litigantes les preocupa más la equidad con la que se los trata que el resultado concreto del litigio. La justicia terapéutica, que siempre está en búsqueda de avances prometedores en el campo de la psicología y de la criminología, y de las maneras necesarias de importar ideas basadas en dichos avances al ámbito jurídico, viene prestándole gran atención al área de la justicia procesal desde hace mucho tiempo dado que, al parecer, los litigantes aceptan y cumplen incluso resoluciones judiciales adversas, si sienten que el proceso al que se los sometió fue justo.

El Informe Oficial de Burke y Leben, producto de la *American Judges’ Association*, tuvo una amplia circulación y promete “popularizar” el concepto de justicia procesal dentro del poder judicial estadounidense. Gracias a los esfuerzos del poder judicial de Puerto

---

18. Kevin Burke & Steve Leben, *Procedural Fairness: A Key Ingredient in Public Satisfaction*, 44 *Court Rev.* 4 (2008). *Court Review* puede consultarse en línea, y también hay un vínculo que lleva al artículo en la bibliografía del sitio web de TJ, [www.therapeuticjurisprudence.org](http://www.therapeuticjurisprudence.org). En dicho sitio web, puede encontrarse una traducción al castellano titulada *Equidad Procesal: Elemento Principal con la Satisfacción de la Ciudadanía*.

Rico, el documento se ha traducido al castellano, y la versión traducida también puede ser consultada en línea.

Tratar a los litigantes con respeto, no debería considerarse una cuestión polémica o demandante de mucho tiempo. Cabe asimismo destacar que, de acuerdo a algunos estudios, la confianza pública en los tribunales es mayor cuando se considera que son justos desde el punto de vista procesal y que adoptan una ética del cuidado<sup>19</sup>.

Por ende, es tiempo de que el documento sobre equidad procesal —o un documento similar adaptado al derecho y a la cultura local— comience a aplicarse en otras jurisdicciones. Desde el punto de vista internacional, no existe motivo por el que su esencia no deba ser de obligada lectura para jueces y para el personal de los distintos sistemas de justicia. Sin duda, es una manera muy importante para incrementar la confianza pública en el sistema judicial, allanar el terreno hacia una mayor aplicación de la justicia terapéutica y para promover una actitud más abierta frente a los tribunales de tratamiento de drogas y órganos similares.

Cuando pasamos a concentrarnos en cuestiones relativas al fomento del cumplimiento de resoluciones judiciales —como las condiciones del sistema de libertad condicional— y de la reducción de la reincidencia, la aplicación judicial de la justicia procesal tiene cierta utilidad. Pero para lograr una verdadera disminución de la reincidencia, el conocimiento de la justicia procesal debe combinarse con el conocimiento de algunos de los principios y técnicas de la justicia terapéutica. Por ejemplo, la justicia procesal no aborda la importante cuestión del rol de la familia en el tema relacionado a la ayuda necesaria a encontrar el camino de un infractor. Tampoco insta a los jueces a poner énfasis en las virtudes del infractor, y a condenar el acto pero no al actor al dictar sentencia (incluso en casos graves). Sin embargo, estas cuestiones y muchas otras son *centrales* para la TJ, sus prácticas y técnicas recomendadas<sup>20</sup>. Por consiguiente, en un comentario<sup>21</sup> sobre el excelente Informe Oficial, Wexler instó a que el informe oficial

---

19. Roger K. Warren, *Public Trust and Procedural Justice*, en Bruce J. Winick & David B. Wexler (eds.), *Judging in a Therapeutic Key: Therapeutic Jurisprudence and the Courts*, pág. 132 (2003).

20. David B. Wexler, *Adding Color to the White Paper: Time for a Robust Reciprocal Relationship between Procedural Justice and Therapeutic Jurisprudence*, *Court Rev.* vol. 44, pág. 78 (2008). *Court Review* puede consultarse en línea, y también hay un vínculo que lleva al artículo en el sitio web de TJ, [www.therapeuticjurisprudence.org](http://www.therapeuticjurisprudence.org). En dicho sitio web, puede encontrarse una traducción al castellano titulada Complemento al Informe Oficial: ya es la hora de establecer una relación sólida entre la Equidad Procesal y la Justicia Terapéutica.

21. *Ibíd.*

sobre justicia procesal se distribuyera entre los jueces estadounidenses junto con un manual compacto y de fácil lectura sobre TJ: un manual publicado por el National Judicial Institute de Canadá<sup>22</sup>.

*Por lo tanto, recomendamos distribuir un documento adecuado sobre justicia procesal dentro de todo el poder judicial, y, lo ideal sería ofrecer al mismo tiempo sesiones de capacitación judicial. Más allá de los puntos básicos de la justicia procesal, recomendamos ofrecer recursos de TJ<sup>23</sup> y capacitación, sobre todo a los jueces que actúan en un contexto jurídico razonablemente propicio para la TJ.*

### **Contexto jurídico propicio para la TJ**

Las jurisdicciones deberán examinar sus leyes y procedimientos para evaluar si son propicios para la TJ<sup>24</sup>, pero, a modo de ejemplo, aquí nos enfocaremos en un importante

---

22. Véase Susan Goldberg, *Judging for the 21st Century: A Problem-Solving Approach* (2005). Véase [www.nji.ca/Public/documents/Judgingfor21scenturyDe.pdf](http://www.nji.ca/Public/documents/Judgingfor21scenturyDe.pdf). El manual canadiense se publicó en inglés y francés, y una gran parte también se tradujo al castellano. Todas las versiones pueden encontrarse buscando bajo “Goldberg” en la bibliografía del sitio web de TJ, [www.therapeuticjurisprudence.org](http://www.therapeuticjurisprudence.org).

Cabe señalar que, después del manual canadiense, se publicó *Solution-Focused Judging Bench Book*, un libro recientemente escrito por una voz autorizada como es el juez de primera instancia Michael King. Puede consultarse en línea en distintos sitios web, incluida la bibliografía del sitio web de TJ, [www.therapeuticjurisprudence.org](http://www.therapeuticjurisprudence.org), y seguramente se hará referencia a dicho libro en el material que reciban todos los destinatarios del Informe Oficial y del manual canadiense.

23. Los recursos esenciales comprenden: el sitio web de la *International Network on Therapeutic Jurisprudence* (Red Internacional de Justicia Terapéutica), [www.therapeuticjurisprudence.org](http://www.therapeuticjurisprudence.org) (con una importante lista de correo a la que cualquiera puede suscribirse enviando un mensaje de correo electrónico EN BLANCO a [tjsp-subscribe@topica.com](mailto:tjsp-subscribe@topica.com)); una nueva e importante página de Facebook, [www.facebook.com/TherapeuticJurisprudence](http://www.facebook.com/TherapeuticJurisprudence); y el sitio web del *Australasian Therapeutic Jurisprudence Clearinghouse* (Centro de Intercambio de Información sobre Justicia Terapéutica de Australasia), al que puede llegarse a través de su organización controlante, el *Australasian Institute of Judicial Administration*, [www.aija.org.au](http://www.aija.org.au). Los manuales esenciales son: Michael S. King, *Solution-Focused Judging Bench Book* (2009) (hay un vínculo al manual en la bibliografía del sitio web de TJ), y la monografía del National Judicial Institute de Canadá, escrita por Susan Goldberg, *Judging for the 21st Century: A Problem-Solving Approach* (2005). Véase [www.nji.ca/Public/documents/Judgingfor21scenturyDe.pdf](http://www.nji.ca/Public/documents/Judgingfor21scenturyDe.pdf). Las versiones en inglés y francés, así como una traducción al castellano, pueden consultarse bajo “Goldberg” en la bibliografía del sitio web [www.therapeuticjurisprudence.org](http://www.therapeuticjurisprudence.org).

24. Si se quiere más información, véase Arie Freiberg, *Post-Adversarial and Post-Inquisitorial Justice: Transcending Traditional Penological Paradigms*, disponible en línea en

aspecto: la figura judicial, reconocida en varias jurisdicciones de América Latina y Europa, que supervisa el tratamiento y el avance de los reclusos, lo que incluye el otorgamiento de la libertad condicional, el establecimiento de las condiciones específicas de dicha libertad y, de ser necesaria, su revocación. Esta figura no existe en el derecho estadounidense, y, de hecho, Wexler ha propuesto que se tomen como modelo las principales disposiciones del derecho español para la creación de un juzgado de reinserción estadounidense<sup>25</sup>.

Pronto describiremos el modelo, pero, a los efectos que nos convocan, denominaremos a dicha figura *Juez Correccional y de Reinserción* (CRJ, por sus siglas en inglés). No obstante, primero cabe destacar la clara importancia que tiene un CRJ para nuestro interés en los tribunales de tratamiento de drogas. Es cierto que el CRJ interviene en la etapa final o *back-end* del proceso penal —que incluye la libertad condicional (equivalente al sistema de *parole*) de los infractores—, mientras que el juez del tribunal de tratamiento de drogas se ocupa de la etapa inicial o *front-end* del proceso, que tiene cierta similitud con los programas extrajudiciales de trabajo comunitario<sup>26</sup>.

Pero cabe señalar que, por razones de aceptabilidad política, los tribunales de tratamiento de drogas normalmente tienen requisitos bastante estrictos y automáticamente excluyen a los infractores acusados de delitos más graves y a aquellos con antecedentes<sup>27</sup>. Dichas exclusiones se dan sobre todo cuando una jurisdicción

---

<http://ssrn.com/abstract=1609468>. Puede encontrarse una versión abreviada en el *European Journal of Criminology*, vol. 8, pág. 82 (2011).

25. David B. Wexler, *Spain's JVP* (Juez de Vigilancia Penitenciaria) *Legal Structure as a Model for a Re-Entry Court*, 7(1) *Contemporary Issues in Law* 1 (2004); David B. Wexler & Jeanine Calderon, *El Juez de Vigilancia Penitenciaria: Un Modelo para la Creación de Juzgados de Reinserción en las Jurisdicciones Angloamericanas en Aplicación de los Principios del 'Derecho Terapéutico'*, 2 *Rev. Española de Investigación Criminológica* (2004). La revista española puede consultarse en línea, y hay un vínculo que lleva al artículo en la bibliografía del sitio web de TJ, [www.therapeuticjurisprudence.org](http://www.therapeuticjurisprudence.org).
26. David B. Wexler, *Therapeutic Jurisprudence, Legal Landscapes, and Form Reform: The Case of Diversion*, *Fla. Coastal L. Rev.*, vol. 10, pág. 361(2009). Puede encontrarse una versión en línea en <http://ssrn.com/abstract=1340705>. Desde luego, puede que las jurisdicciones también deseen explorar posibilidades de trabajo comunitario “de *front-end*” con ciertos tipos de infractores. El artículo citado ofrece ciertos consejos, desde el punto de vista de la TJ, sobre cómo podrían implementarse dichos programas extrajudiciales de manera adecuada.
27. Pese a que los requisitos estrictos suelen ser la norma, sobre todo, en los Estados Unidos (donde el financiamiento federal está restringido a aquellos que no son considerados “delincuentes violentos”), los infractores violentos no tienen universalmente vedados los tribunales de tratamiento de drogas. Así, en el tribunal de tratamiento de drogas de Perth, Australia Occidental, otrora presidido por Michael King, se aceptan derivaciones de

comienza a contemplar la creación de tribunales de tratamiento de drogas (u otros tribunales especializados)<sup>28</sup>. Desde luego, cuando no existen tribunales de tratamiento de drogas, los infractores pasan por el sistema de justicia penal tradicional, al igual que ocurre cuando existen dichos tribunales pero los infractores con antecedentes o acusados de delitos graves o violentos quedan excluidos del programa. En las jurisdicciones que cuentan con la figura del CRJ, dichos infractores, de estar condenados a prisión, recaen dentro de la jurisdicción del CRJ. Por lo tanto, si los CRJ están preparados para aplicar los principios de la TJ en el contexto en el que actúan, pueden, en esencia, establecer un tribunal de tratamiento de drogas “de *back-end*”. De funcionar bien dicho tribunal, el terreno quedará allanado para la posterior creación de un TTD “de *front-end*”. (Según el contexto jurídico de la jurisdicción, de crearse un TTD “de *front-end*”, puede regirse por una disposición ya existente en materia de programas extrajudiciales de trabajo comunitario, fianza o libertad condicional posterior a la condena. Aunque técnicamente no resulte “necesario”, la existencia de leyes específicas que lo habiliten puede contribuir a la credibilidad y a la durabilidad política del nuevo TTD).

Pese a que los CRJ son comunes en América Latina, Panamá acaba de promulgar dicha ley. En un artículo reciente en el que se analiza la ley y se insta a implementarla enérgicamente, el distinguido autor, magistrado y profesor de Derecho, observa que la nueva ley brinda la oportunidad de tratar seriamente problemas como las drogas, la violencia doméstica y la salud mental<sup>29</sup>, áreas en las que la actual falta de coordinación, supervisión y tratamiento conduce sistemáticamente a la reincidencia. Asimismo, cabe señalar que dichas áreas —drogas, violencia doméstica y salud mental— son las

---

tribunales superiores. En ocasiones, los participantes incluyen jóvenes acusados de robo con violencia.

28. Por ejemplo, “Cuando surgieron los tribunales para enfermos mentales, la mayoría sólo aceptaba participantes acusados de delitos menores no violentos. Sin embargo, ahora cada vez más tribunales aceptan participantes acusados de delitos graves...”. Hope Glassberg & Elizabeth Dodd, *A Guide to the Role of Victims in Mental Health Courts* viii (2008). Algunos tribunales para enfermos mentales incluso han comenzado a aceptar participantes acusados de delitos violentos, lo que incluye violencia doméstica. Ídem. En algunos tribunales, como el Brooklyn Mental Health Court, se requiere el consentimiento de la víctima para intervenir en casos más serios. Ídem, pág. 13. La Guía también puede consultarse en línea en <http://consensusproject.org/downloads/guidetocvinmhc.pdf>. Véase también Allison D. Redlich et al, *The Second Generation of Mental Health Courts, Psychology, Public Policy & Law*, vol. 11, pág. 527-538.
29. Juan Francisco Castillo, La Propuesta de Modificación de la Ejecución de las Penas: El Juez de Cumplimiento, Cuadernos Panameños de Criminología, Segunda Época No. 7, pág. 92,114(2008).

principales en las que, al menos en los Estados Unidos, han surgido tribunales de resolución de problemas "de *front-end*".

Antes de analizar en más detalle a los CRJ y de cómo infundirles los principios de la TJ para maximizar su actuación rehabilitadora, permítasenos comparar el modelo con el contexto jurídico "de *back-end*" imperante en los Estados Unidos. En los Estados Unidos, las medidas que apuntan al "cumplimiento efectivo de las condenas" y demás disposiciones legales tendientes a promover la uniformidad, llevaron a la anulación del sistema de *discretionary parole* en el sistema penal federal y en muchos sistemas estatales. Hoy en día, en el sistema federal, al periodo de prisión determinado le suele seguir un período de libertad supervisada, y la duración y las condiciones de dicha libertad se fijan al momento de la condena. En términos de la TJ, este esquema es lo menos propicio que puede haber.

El sistema federal de libertad supervisada constituye un contexto jurídico completamente desprovisto de fuerza motivadora: de ningún modo recompensa ni fomenta los esfuerzos de los presos por reformarse. La extensión de la pena de prisión de un infractor y el período de libertad supervisada se fijan al dictarse la sentencia, y lo mismo ocurre con las condiciones específicas de la libertad supervisada. Por lo tanto, no hay ningún incentivo jurídico para tener buena conducta en prisión con la esperanza de ser puesto en libertad en forma anticipada. Tampoco existe ningún estímulo jurídico para que un infractor se plantee sus necesidades y factores de riesgo durante su estadía en prisión y proponga un plan de prevención de la reincidencia con condiciones significativas y personalizadas que contribuya a la transición hacia la vida en la comunidad. De hecho, la libertad supervisada puede ser tan lejana al futuro que hasta es posible que se rechace una impugnación de la razonabilidad o constitucionalidad de las condiciones de libertad impuestas por no considerarse<sup>30</sup>.

No es de extrañar, por lo tanto, que la figura de un CRJ "de *back-end*" atraiga a un especialista estadounidense en TJ. De hecho, en los Estados Unidos, sólo en un caso aislado como Maryland existe la posibilidad de modificar verdaderamente una sentencia judicial, un método hallado por un analista digno de ser ampliamente adoptado por su capacidad de "modificar la sentencia sin ocultar la verdad"<sup>31</sup>. Y sólo en ciertos códigos

---

30. David B. Wexler, *Therapeutic Jurisprudence, Legal Landscapes, and Form Reform: The Case of Diversion*, Fla. Coastal L. Rev., vol. 10, pág. 361-365(2009).

31 Cecelia Klingele, *Changing the Sentence without Hiding the Truth: Judicial Sentence Modification as a Promising Method of Early Release*, Wm. & Mary L. Rev., vol. 52, pág. 465 (2010). Hay disponible una versión en línea en <http://ssrn.com/abstract=1576131>.

tribales, pero no en virtud de leyes federales o estatales, el convicto puede solicitarle al propio tribunal sentenciador recibir el beneficio de “*parole*”<sup>32</sup>. Dada la evidente importancia del tema de la reinserción social, las jurisdicciones antes mencionadas serían buenas candidatas para proyectos piloto de tribunales de reinserción, que quizás incluyan también un programa de capacitación clínica dictado por la facultad de derecho<sup>33</sup>.

La ausencia en los Estados Unidos de un marco jurídico para crear un verdadero tribunal de reinserción llevó a Wexler a proponer un modelo de CRJ para las jurisdicciones estadounidenses<sup>34</sup>. Sin embargo, a los efectos que nos convocan, la recomendación comprende instar a las *propias* jurisdicciones que cuentan con un CRJ que consideren administrar sus leyes aplicando a conciencia los principios de la TJ y así crear un verdadero tribunal de reinserción<sup>35</sup>. Cabe mencionar, en particular, las disposiciones escritas del derecho español con respecto al Juez de Vigilancia Penitenciaria (lo que venimos denominando CRJ). En España, el CRJ supervisa al infractor a lo largo de tres etapas correccionales y puede conceder, supervisar y revocar la libertad condicional. Desde la perspectiva de la justicia terapéutica, el derecho español posee varias características atractivas:

1. Para aprobar la libertad condicional, la autoridad reside en un único juez y no en un órgano colegiado, lo que permite desarrollar una relación interpersonal entre el juez y el infractor, y así incrementar la influencia del primero como agente motivador.
2. La función del juez comienza en el momento del encarcelamiento (mucho antes de que el infractor pueda acceder a los beneficios de la libertad condicional).

---

32 Bruce J. Winick & David B. Wexler, The Use of Therapeutic Jurisprudence in Law School Clinical Education: Transforming the Criminal Law Clinic, *Clinical L. Rev.*, vol. 13, pág. 605(2006) (análisis del tribunal de reinserción tribal propuesto). Hay disponible una versión en línea en <http://ssrn.com/abstract=844386>.

33 Ídem. Otro posible programa clínico sería armar un “tribunal de reinserción simulado” para convictos que estén por comparecer ante la junta de libertad condicional u otra autoridad pertinente. Véase David B. Wexler, *Retooling Reintegration: A Reentry Moot Court*, *Chapman L. Rev.* vol. 2, pág. 191 (2010). Hay disponible una versión en línea en <http://ssrn.com/abstract=1526626>.

34 David B. Wexler, Spain’s JVP (Juez de Vigilancia Penitenciaria) Legal Structure as a Model for a Re-Entry Court, *Contemporary Issues in Law*, vol. 7(1), pág. 1 (2004).

35 La primera propuesta surgió de Italia, y uno de nosotros (Wexler) fue coautor. S. Ciappi, et al, *Therapeutic Jurisprudence. Riflessioni Su Di Una Concezione Postiberale Del Diritto E Della Pena*, *Rassegna Italiana di Criminologia*, vol. 12, pág. 355 (2001).



De este modo, el juez puede supervisar el avance del convicto dentro del centro penitenciario —y motivarlo— desde un principio.

3. La ley estipula que, si el convicto ha cumplido una determinada parte de la condena, posee una clasificación de tercer grado (la más alta), ha mantenido una buena conducta y presenta un pronóstico favorable, podrá concedérsele la libertad condicional. Cuando se cumple una determinada parte de la condena, la libertad condicional no se otorga en forma automática (lo que privaría al sistema de fuerza motivadora) ni tampoco depende de la total discreción del juez (lo que podría generar arbitrariedades, desesperanza, frustración y furia). En cambio, una norma de “discreción limitada” parece atender tanto los objetivos terapéuticos como los de la justicia.
4. El juez puede fijar condiciones adecuadas, incluyendo las condiciones de las audiencias de seguimiento, como parte del proceso de puesta en libertad<sup>36</sup>.

En Europa y América Latina, existen varios modelos y esquemas de CRJ<sup>37</sup>, algunos de los cuales resultan más propicios para la TJ que otros. Además, es probable que, en la práctica, la administración de dichas leyes varíe enormemente, al punto de que el CRJ, en forma expresa o, más bien, intuitiva, emplee prácticas y técnicas que se ajusten a las recomendaciones de la justicia procesal y la justicia terapéutica. Sin embargo, existe un claro potencial para la introducción de la TJ, lo cual puede constituir un paso muy importante para promover una actitud más abierta frente a la rehabilitación por parte de las sociedades y la posterior aceptación de los TTD.

Antes de concluir este análisis en particular, cabe mencionar un contexto jurídico estrechamente relacionado en el cual, los sistemas angloamericano, latinoamericano y europeo podrían adoptar fácilmente un enfoque basado en la TJ. Nos referimos a la reclusión y libertad —normalmente, condicional— de individuos declarados inocentes por ser considerados enfermos mentales. Normalmente, por ley, los pacientes reclusos deben comparecer en forma periódica ante un juez que decide si debe mantener su reclusión o concederles la libertad condicional. El material publicado sobre la TJ ha explicado detalladamente cómo un juez familiarizado con los “principios de cumplimiento en materia de salud”, podría estructurar el proceso de revisiones periódicas de manera tal que pueda promover el cumplimiento de las condiciones de

---

36. *Rehabilitating Lawyers*, nota 4 anterior, pág. 17-18.

37. El artículo de Panamá de la nota 19 anterior menciona la existencia de tribunales similares en Brasil, Argentina y Venezuela. Colombia posee una figura similar, y Francia también cuenta con un juez que administra las penas. Véase Arie Freiberg, nota 14 anterior.

libertad que finalmente se le impongan al infractor,<sup>38</sup>. Dichos principios comprenden el estilo de comunicación, interacciones respetuosas, voz del paciente, contratos de comportamiento, participación de la familia y varios otros.

En muchas jurisdicciones, un juez similar al CRJ anteriormente descrito, supervisa a los pacientes con problemas mentales no responsables de actos delictivos y decide si deben ser dados de alta o no<sup>39</sup>. Si se los combina con los principios de la TJ, estos procedimientos pueden, en esencia, constituir un tribunal “de *back-end*” para enfermos mentales. Suecia posee un sistema único que, en cierto modo, combina el modelo de salud mental con el modelo de justicia penal: Suecia no reconoce la defensa basada en la condición de insano, pero, una vez que los enfermos mentales graves que han cometido un delito son condenados, pueden ser enviados a un centro de psiquiatría forense, y la concesión de libertad —o “compromiso de paciente ambulatorio” para con la comunidad como medida de transición— se encuentra en manos de un juez administrativo del condado<sup>40</sup>. Por lo tanto, el sistema sueco también sería propicio para la TJ, y podría alentarse a los jueces administrativos de los condados a aplicar los principios de la TJ tendientes a promover el cumplimiento de los infractores y a hacerlos sentir que se los trató de manera equitativa.

Como demuestra el derecho sueco, se pueden encontrar disposiciones potencialmente propicias para la TJ incluso en casos que no se encuadran dentro del esquema jurídico típico. Por ende, es importante que los profesionales y estudiosos del derecho examinen la legislación de sus respectivas jurisdicciones y busquen leyes que puedan aplicarse de manera terapéutica.

No sólo hemos hablado de los contextos jurídicos adecuados para incorporar los principios de la TJ, sino que hemos mencionado una serie de prácticas y técnicas de TJ los jueces que actúan en esos contextos favorables deberían aplicar. El juez King publicó recientemente una extensa guía que analiza las principales técnicas<sup>41</sup>. Antes de concluir, además de retomar el tema que mencionamos al principio del capítulo, nos gustaría resumir algunas de las técnicas más importantes: el hecho de que en la práctica, si bien

---

38. David B. Wexler, *Health Care Compliance Principles and the Insanity Acquittee Conditional Release Process*, en David B. Wexler & Bruce J. Winick, *Essays in Therapeutic Jurisprudence*, pág. 199 (1991). El texto de ese capítulo (sin referencias) se volvió a publicar en *Judging in a Therapeutic Key*, nota 9 anterior, pág. 213.

39. Por ejemplo, Colombia.

40. Moa Kindstrom Dahlin et al, *Mentally Disordered Criminal Offenders: Legal and Criminological Perspectives*, *Int’l J. of Law and Psychiatry*, vol. 32, pág. 377 (2009).

41. [King](#), nota 12 anterior.

muchos tribunales de tratamiento de drogas aplican varios principios de la TJ, en algunos casos importantes, no siguen las recomendaciones de la bibliografía en materia de TJ. En nuestra opinión, dado que el acatamiento de las prácticas de TJ produce los mejores resultados, en esta sección final, examinamos algunos de los principios más importantes de la TJ e instamos a que se apliquen en forma generalizada y a que los tribunales de tratamiento de drogas existentes y los que se creen en el futuro los adopten.

### ***Aplicación de los principios de la TJ en los TTD***

La TJ pone de relieve, la importancia de procurar que el derecho, las instituciones jurídicas, como tribunales y juzgados, y los actores jurídicos, como jueces y abogados, tengan en cuenta los valores terapéuticos en su labor. Asimismo, recalca la necesidad de que se informen, a través de estudios, de los procesos que permiten promover dichos valores. Los TTD y otros tipos de tribunales comúnmente denominados tribunales de resolución de problemas tienen un fin terapéutico en el sentido de que buscan promover un cambio positivo en la conducta de los participantes.

Por ello, los jueces, abogados y demás profesionales que se desempeñan en estos tribunales deben conocer la naturaleza del cambio positivo en la conducta, las etapas del proceso de cambio, las prácticas que lo promueven y también las que lo inhiben. La actuación de los jueces y abogados debería, en la medida de lo posible, estar en sintonía con los principios y las conclusiones en materia de cambio de conducta. Sin embargo, como plantearemos más tarde, a veces, otros valores deben anteponerse a los valores terapéuticos de un TTD, y la respuesta del juez debe determinarse de acuerdo con dichos valores.

Es un hecho ampliamente reconocido que, en muchos casos, las mejoras en la salud o la conducta de un individuo a menudo obedecen a procesos internos propios de dicho individuo, y no a un tratamiento<sup>42</sup>. En el área del cambio conductual –como desistir del abuso de sustancias–, este fenómeno se denomina “auto-cambio” o “cambio natural”<sup>43</sup>. Incluso en el plano delictivo, hay pruebas de que el individuo con frecuencia desiste por

---

42. Carlo C. DiClemente, *Natural Change and the Troublesome use of Substances: A Life Course Perspective*, in William R. Miller & Kathleen M. Carroll (eds.), *Rethinking Substance Abuse: What the Science Shows and What We Should Do About It*, pág. 81 (2006).

43. Harald Klingemann & Linda Carter-Sobell (eds.), *Promoting Self-Change from Addictive Behaviors: Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment* (2007).

voluntad propia<sup>44</sup>. Desde luego, dado que dichos individuos suelen pertenecer a una familia y a una comunidad, el apoyo de la familia y la sociedad también pueden contribuir a sus esfuerzos por cambiar.

DiClemente sugiere que, incluso cuando ha habido una intervención externa para apoyar el cambio de conducta –como en el caso de la orientación sobre abuso de sustancias–, el proceso de cambio es producto de los procesos internos de cambio del individuo y del tratamiento. Según DiClemente, el tratamiento es “una experiencia circunscrita y de duración limitada que interactúa con el proceso de auto-cambio en pos de la recuperación y, con suerte, lo potencia”<sup>45</sup>.

Al referirse a la rehabilitación de personas con problemas de abuso de sustancias, DiClemente observa que el individuo debe pasar por procesos particulares para cambiar su conducta:

Los consumidores de sustancias deben *reconocer* la necesidad de cambiar; *convencerse* de que los beneficios del cambio superan los costos y así verse motivados a tomar la decisión de cambiar; *trazar* un plan de acción viable y eficaz, y *comprometerse* a cumplirlo; *llevar a cabo* el plan tomando las medidas necesarias para producir el cambio; y *consolidar* el cambio adoptando un estilo de vida que permita sostenerlo<sup>46</sup>.

El proceso de recuperación del abuso de sustancias no es necesariamente sencillo ni siempre continuo. Las recaídas y su recuperación son un aspecto natural de la recuperación del abuso de sustancias, hecho que es comúnmente aceptado por los TTD<sup>47</sup>.

Tal como en el caso del tratamiento, por lo general, un enfoque basado en la TJ de la práctica legal y judicial, que se desarrolla en los TTD, en otros tribunales de resolución de problemas y en los programas de rehabilitación auspiciados por los tribunales, considera que la intervención del tribunal es “una experiencia circunscrita y de duración limitada que interactúa con el proceso de auto-cambio en pos de la recuperación y, con

---

44. Stephen Farrall, *Rethinking What Works with Offenders: Probation, Social Context and Desistance from Crime*, pág. 25 (2004).

45. DiClemente, nota 32 anterior, pág. 92.

46. DiClemente, nota 32 anterior, pág. 82.

47. Con respecto a las recaídas, véase Carlo C. DiClemente, *Addiction and Change*, pág. 181-185 (2003).

suerte, lo potencia”<sup>48</sup>. Dicho enfoque reconoce el rol protagónico del individuo como agente de cambio. Como observa Winick:

El juez de resolución de problemas no puede simplemente ordenarle al individuo que reconozca la existencia del problema [que lo lleva a delinquir] y que busque un tratamiento. Las personas deben solas darse cuenta del problema. Por ende, los jueces de los tribunales de resolución de problemas deben comprender que, por más que puedan ayudar a las personas a resolver sus problemas, no pueden resolvérselos. El individuo debe enfrentar y resolver su propio problema, y asumir que es el principal responsable de hacerlo.

Es debatible la medida en que los TTD han aplicado este principio. Como señala King, no es uno de los diez componentes de un TTD los que se consideran esenciales<sup>49</sup>. Se ha sugerido que estos tribunales fueron creciendo en función de lo que creían mejores prácticas, en vez de regirse por los procesos mediante los cuales las personas adoptan un cambio positivo de conducta<sup>50</sup>. Los conceptos y las prácticas comunes de la corriente principal de juzgar –como la consideración que la función del tribunal es resolver problemas, y utilizar el encarcelamiento para promover el cumplimiento de las normas– se han traspasado a los TTD pero con un fin terapéutico. El concepto del tribunal como órgano que resuelve problemas está firmemente establecido en la bibliografía sobre los TTD y los tribunales de resolución de problemas, y en las prácticas de los primeros. Por ejemplo, Nolan cuenta que un juez de un TTD le dijo a la madre de una participante: “¿Qué le dije? ¿No le dije que le devolvería una hija nueva? Recién salida de fábrica.”<sup>51</sup>

Prácticas que se consideran coercitivas en la mayoría de los tribunales –como el uso del encarcelamiento– se consideran valiosas y terapéuticas cuando son empleados por un TTD, pues se cree que promueven la obediencia de los participantes con respecto a las condiciones que aceptaron al ingresar al programa<sup>52</sup>. El grado de utilización de prácticas

---

48. DiClemente, nota 32 anterior, pág. 92; Michael S. King, *Should Problem-Solving Courts be Solution-Focused Courts*, Rev. Jur. U.P.R., vol. 80, pág. 1005 (2011).

49. King, nota 38 anterior.

50. King, nota 38 anterior.

51. James J. Nolan Jr., *Reinventing Justice: The American Drug Court Movement*, pág. 10 (2001).

52. Hay que reconocer que los períodos de encarcelamiento impuestos como sanción por incumplimiento en un TTD son significativamente más cortos que los que suelen utilizar la mayoría de los tribunales penales y están diseñados para hacer frente a casos de incumplimiento intencional en lugar del uso continuo de drogas donde el tratamiento mejorado es una respuesta más apropiada. Con respecto a las diferencias en el uso del encarcelamiento entre los tribunales tradicionales y los TTD, véase: Peggy F. Hora &

punitivas por parte de los TTD y su impacto recibe cada vez más atención a la luz de los resultados de investigaciones sobre prácticas basadas en pruebas. Sin embargo, los TTD normalmente emplean otras prácticas no conocidas por los jueces convencionales para intentar resolver los problemas de abuso de sustancias de los participantes, como la toma conjunta de decisiones sobre las necesidades de rehabilitación de los participantes y sobre los programas por parte de un equipo multidisciplinario, y el uso de distintas sanciones y recompensas para promover el acatamiento de esas decisiones por parte de los participantes. Estos procesos son externos al individuo y no suelen involucrarlo en la toma de decisiones respecto de su rehabilitación.

La TJ sugiere que la práctica legal y judicial de un programa de TTD u otro tribunal cuyo fin sea promover el cambio de conducta, debe apuntar a respaldar los mecanismos internos de cambio que se activan cuando los participantes buscan cumplir las tareas necesarias para tal fin y a brindar el apoyo externo, lo que incluye un tratamiento que contribuya a apuntalar los esfuerzos del individuo.

El enfoque de la práctica legal y judicial de estos tribunales basado en la TJ, considera que los actores jurídicos son coordinadores y no los responsables de resolver los problemas<sup>53</sup>. Insinuar que el tribunal, el juez, el abogado, otros profesionales o una combinación de ellos son los que resuelven los problemas de los participantes, es ignorar los procesos de cambio del individuo y su rol protagónico en lo que respecta a promover el cambio. Es también no reconocer los matices sutiles de la experiencia que viven los participantes al someterse a estos programas<sup>54</sup>. Por ejemplo, puede que los individuos ya hayan comenzado el proceso de cambio –el proceso de resolución de sus problemas– antes de ingresar al programa del tribunal trazando y/o implementando estrategias de cambio. Durante el programa del tribunal, puede que, por propia cuenta, formulen y adopten estrategias para enfrentar sus problemas de abuso de sustancias y demás problemas subyacentes. También puede haber participantes que necesiten seguir puliendo y aplicando estrategias para concluir el proceso de cambio mucho tiempo después de haber finalizado el programa del tribunal<sup>55</sup>. Sugerir que, en esos casos es el tribunal el que resuelve el problema, va en contra de los estudios sobre cómo se produce el cambio de conducta.

---

Theodore Stalcup, *Drug Treatment Courts in the Twenty-First Century: The Evolution of the Revolution in Problem-Solving Courts*, Ga L. Rev., vol. 42, pág. 717 (2008).

53. King, nota 12 anterior, pág. 4.

54. King, nota 38 anterior.

55. King, nota 38 anterior.

Asimismo, existe el riesgo de que los jueces y abogados de los programas de los tribunales terapéuticos considerados responsables de resolver los problemas, empleen estrategias que inhiban los mecanismos internos de cambio de los participantes, socavando su confianza en sus propias fortalezas y su capacidad de efectuar el cambio (auto-eficacia). Este enfoque puede darles a entender a los participantes, de una manera no muy sutil, que deben esperar que los demás lleven a cabo el cambio por ellos<sup>56</sup>. Por ejemplo, es probable que, si un juez de un TTD llama “bebé” a un participante, anule su auto-eficacia<sup>57</sup>. Del mismo modo, un juez que no le permite a un participante ayudar a trazar un plan para enfrentar su recaída y simplemente le indica qué hacer para evitar la recaída, y le informa las sanciones por incumplimiento o lo encarcela durante un período corto para promover su acatamiento, también puede socavar la auto-eficacia del participante.

El enfoque de la TJ no pasa por alto las debilidades que han demostrado tener los participantes de los TTD que hayan cometido delitos a raíz de un problema de abuso de sustancias, que hasta el momento no han podido superar. Pero plantea que los participantes también son la fuente de fortalezas y posibles soluciones a sus problemas<sup>58</sup>. El tribunal debería reconocer ambos aspectos de su naturaleza: aprovechar las fortalezas de los participantes para contribuir al proceso de cambio y, ayudarlos a enfrentar sus debilidades. La práctica judicial que adopta los principios de la TJ en un tribunal de resolución de problemas se ha comparado con el liderazgo transformacional, enfoque en virtud del cual los líderes ayudan a inspirar a otros a conseguir mayores logros y satisfacciones en su trabajo u otra actividad<sup>59</sup>.

Nosotros planteamos que, si se adopta un enfoque de TJ en los TTD, en los tribunales de violencia familiar, los tribunales comunitarios, los tribunales para enfermos mentales y organismos similares, esos tribunales no deberían ser considerados tribunales de resolución de problemas. El término que proponemos es “tribunal centrado en soluciones”, dado que el tribunal, su equipo y los participantes trabajan codo a codo para buscar e implementar soluciones a los problemas delictivos de los participantes<sup>60</sup>. En este planteo, se respeta al participante como fuente de soluciones y como principal agente de cambio, respaldado por el equipo del tribunal y organismos externos.

---

56. King, nota 12 anterior, pág. 3-4.

57. Se observó que un juez de un TTD llamó “bebé” a un participante; véase Nolan, nota 41 anterior, pág. 10.

58. King, nota 12 anterior.

59. Michael S. King, Problem-Solving Court Judging, Therapeutic Jurisprudence and Transformational Leadership, J. of Jud. admin., vol. 17, pág. 155 (2008).

60. King, nota 12 anterior; King, nota 38 anterior.

Entre las principales estrategias de TJ que implementaría el tribunal al adoptar un enfoque centrado en soluciones, se encuentran<sup>61</sup>:

1. *Promover, siempre que sea posible, la libertad de elección de los participantes.* Por ejemplo, se les debe dar a los participantes la opción de ingresar en el programa de TTD y, de ser aceptados, se les debe ofrecer opciones con respecto a los programas de tratamiento a los que pueden someterse<sup>62</sup>. Darles a los participantes el poder de elegir promueve la motivación intrínseca –hacer algo porque es interesante y gratificante, y no por presiones externas–, lo cual está asociado con una mejora en el desempeño, la salud y el bienestar<sup>63</sup>. Si bien puede que el margen de elección que tengan los participantes con respecto al ingreso en el programa sea muy limitado, ya que, de no ingresar, sería juzgado de la manera convencional (y serían enviados a prisión de inmediato), son los propios actos de los participantes los que los han puesto en esa situación<sup>64</sup>.
2. *Pedirles a los participantes que formulen planes de rehabilitación en los que establezcan sus metas durante el programa y tras su finalización, y las estrategias que piensan seguir para lograr esas metas*<sup>65</sup>. *El ejercicio tiene varios beneficios*<sup>66</sup>. Por ejemplo, no sólo promueve la autonomía de los participantes, sino que les permite encontrar la motivación necesaria dentro de ellos mismos. Asimismo, les brinda al juez y al equipo del tribunal la oportunidad de tener una conexión más significativa con los participantes, pues les da una idea de los sueños y las fuentes de motivación de los participantes. Sienta las bases para estimular la auto-eficacia de los participantes –por ejemplo, felicitándolos cuando alcanzan una meta– y colaborar con ellos cuando surgen problemas para aprovechar las fuentes internas de motivación y así atacar dichos

---

61. Estas estrategias se analizan en mayor detalle en Bruce J. Winick, *Therapeutic Jurisprudence and Problem Solving Courts*, Fordham Urb. L.J., vol. 30, pág. 1055 (2003); *Judging in a Therapeutic Key*, nota 9 anterior; King, nota 12 anterior, pág. 151-182. Si bien el foco de nuestro análisis está puesto en la aplicación de estos principios por parte de los jueces, los abogados también deberían seguirlos al representar clientes en un TTD. Véase *Rehabilitating Lawyers*, nota 4 anterior, y Michael S. King, *Therapeutic Jurisprudence and Criminal Law Practice: A Judicial Perspective*, Crim L.J., vol. 31, pág. 12 (2007).

62. King, nota 51 anterior, pág. 1072-1073.

63. Edward L. Deci y Richard M. Ryan, *Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains*, Can Psychol., vol. 49, pág. 14,15 (2008).

64. King, nota 51 anterior, pág. 1074.

65. Winick, nota 51 anterior, pág. 1085; David B. Wexler, *Robes and Rehabilitation: How Judges can help Offenders Make Good*, Court Rev., vol. 38(1), pág. 18 (2001).

66. King, nota 49 anterior, pág. 167.



problemas. De acuerdo con Locke y Latham, tener metas permite concentrar la atención y los esfuerzos en actividades tendientes a alcanzar esas metas; además, es vigorizador, fomenta la perseverancia y puede contribuir de otras maneras a descubrir conocimientos y estrategias que sirvan para cumplir las metas<sup>67</sup>.

3. *Incluir los planes de rehabilitación de los participantes dentro de contratos de comportamiento.* Los contratos de comportamiento se utilizan comúnmente en los centros de salud para promover el cumplimiento del tratamiento<sup>68</sup>. Pero también se emplean en contextos comerciales, educativos y familiares. Su utilización en un tribunal u otro entorno jurídico puede producir una serie de beneficios, entre ellos, promover el cumplimiento, hacer que el participante se sienta respetado como persona digna de ser parte de un contrato con el tribunal, promover la auto-eficacia del participante y darles a las partes un punto de referencia con respecto a sus obligaciones dentro del programa del TTD u otro tribunal<sup>69</sup>. Por ejemplo, el tribunal puede elogiar al participante y reforzar su auto-eficacia cuando el participante cumple una meta de conducta. Si ha habido un problema de desempeño, el tribunal puede remitirse a las propias metas del participante incluidas en el contrato de comportamiento como parte de la conversación que mantenga con el participante para saber qué sucedió y al ayudar al participante a formular una estrategia de prevención.
4. *Tener expectativas positivas (pero realistas) con respecto a los logros de los participantes.* En los entornos comerciales y educativos, las expectativas positivas se vinculan con un mayor desempeño de los empleados y estudiantes<sup>70</sup>. Tener expectativas positivas puede promover una suerte de interacción y la voluntad de hacer más. Con frecuencia, los participantes de los TTD son personas con respecto a las cuales el sistema de justicia y la sociedad generalmente han tenido bajas expectativas. Puede que una respuesta negativa en el pasado por parte de los funcionarios del sistema de justicia haya contribuido a reforzar el auto-concepto negativo y la baja auto-eficacia de los participantes. Un enfoque de TJ que comprenda expectativas positivas y la interacción con los participantes en un programa de un tribunal de resolución

---

67. Edwin A. Locke & Gary P. Latham, *Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation: A 35-Year Odyssey*, *Am Psychol.*, vol. 57, pág. 705 (2002).

68. Winick, nota 51 anterior, pág. 1084-1088; Wexler, nota 55 anterior.

69. Winick, nota 51 anterior, pág. 1084-1088; Wexler, nota 55 anterior; King, nota 12 anterior, pág. 170-171

70. Por ejemplo, Nicole M. Kieran & Michael A. Gold, *Pygmalion in Work Organizations: A Meta-Analysis*, *J. Organizational Behavior*, pág. 913 (2000).

de problemas bien puede tener el efecto opuesto, es decir, promover la rehabilitación de los participantes y mejorar su auto-eficacia<sup>71</sup>.

5. *Promover la auto-eficacia.* La auto-eficacia se refiere al convencimiento de una persona de que puede desenvolverse de manera competente<sup>72</sup>. Según algunos estudios, está estrechamente vinculada con la motivación y el desempeño<sup>73</sup>. En el contexto de un TTD, la auto-eficacia se refiere al convencimiento del participante de que es capaz de recuperarse del abuso de sustancias y llevar una vida feliz, constructiva y sin problemas con la ley dentro de la comunidad. Esto tiene particular importancia dado que es posible que el sistema de justicia haya reforzado la auto-eficacia negativa de los participantes en el pasado<sup>74</sup>. Algunos de los métodos que pueden emplear los jueces para promover la auto-eficacia de los participantes son ayudar a los participantes a formular los planes de rehabilitación y los planes de prevención de recaídas (de ser necesarios), y reforzar su capacidad de ponerlos en práctica, hacer que los participantes reflexionen sobre cómo cumplieron ciertas metas, y elogiarlos por ese logro, y recurrir a contratos de comportamiento.
6. *Evitar, dentro de lo posible, adoptar una actitud coercitiva y/o paternalista al abordar los problemas de desempeño de los participantes de un programa de TTD*<sup>75</sup>. Los problemas deben verse como “un desafío que se presenta en el camino hacia un cambio permanente de conducta”<sup>76</sup>. Mientras que condenar a la persona por su recaída o confrontarla para promover el cumplimiento conlleva el riesgo de socavar la auto-eficacia del participante y promover la resistencia al cambio, es probable que adoptar una actitud de empatía con la situación del participante e incluirlo en el trazado y la implementación de una estrategia de prevención de recaídas fomente su motivación interna frente al cambio y su auto-eficacia. Cuando se adopta el segundo enfoque, el juez le pide al participante que le explique qué sucedió en relación con la recaída u otro problema de desempeño, demuestra escucharlo activamente mientras el participante está dando las explicaciones del caso, expresa empatía por la

---

71. Véase Shadd Maruna et al., *Pygmalion in the Reintegration Process: Desistance from Crime through the Looking Glass*, *Psychol., Crime & L.*, vol. 10, pág. 271 (2004).

72. Albert Bandura, *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory* (1986).

73. Por ejemplo, Albert Bandura & Edwin A. Locke, *Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited*, *J. Applied Psychol.*, vol. 88 (2003); Alexander D. Stajkovic & Fred Luthans, *Self-Efficacy and Work-Related Performance: A Meta Analysis*, *Psychol Bull.*, vol. 124, pág. 240 (1998).

74. King, nota 12 anterior, pág. 165.

75. Si se quiere un análisis más detallado de este enfoque, véase King, nota 12 anterior, pág. 160-162.

76. King, nota 12 anterior, pág. 160.

situación del participante, según corresponda, no emplea tácticas de confrontación ni fomenta de ninguna otra manera la resistencia del participante, invita al participante a formular una estrategia para prevenir las recaídas u otros problemas futuros, y promueve la auto-eficacia del participante para poner en práctica dicha estrategia. Sin embargo, puede que haya ocasiones en que las que ya se haya utilizado sin éxito este enfoque o en las que otros valores del sistema de justicia requieran el empleo de un enfoque coercitivo<sup>77</sup>. Los TTD y tribunales similares no sólo buscan promover la rehabilitación de los participantes, sino que también deben considerar otros valores judiciales, que incluyen la responsabilidad de los participantes, la integridad de los programas, el bienestar del equipo del tribunal y lo que exige la ley y el derecho consuetudinario<sup>78</sup>. Con frecuencia, el tribunal debe buscar lograr un equilibrio entre lo que se considera un tiempo razonable para que el participante deje las drogas —lo que incluye aceptar los períodos de recaída como parte natural de la recuperación— y la necesidad de promover la responsabilidad del participante y la integridad del programa. En algunos casos, el resultado es que el participante es dado de baja del programa.

7. *El uso consciente de las habilidades intrapersonales e interpersonales, lo que incluye saber escuchar de manera activa y otras habilidades relacionadas, el lenguaje corporal adecuado, el uso selectivo del lenguaje de acuerdo con las necesidades terapéuticas y demás requerimientos de la situación, y formas de promover el diálogo con los participantes*<sup>79</sup>. También es importante la capacidad de controlar las emociones propias y ajenas. Por ejemplo, un participante puede mostrarse desanimado al comparecer ante el tribunal tras una recaída. Es importante que haya empatía en la respuesta judicial para ayudar al participante a enfrentar la recaída. Las habilidades intrapersonales e interpersonales resultan esenciales para emplear de manera adecuada las demás técnicas judiciales centradas en las soluciones.
8. *El uso de métodos que no supongan una confrontación con el participante a fin de promover el cambio de conducta, como técnicas de entrevista motivacional y*

---

77. King da un ejemplo de un caso en el que una participante quedó bajo custodia hasta tanto se decidiera si procedía internarla en un centro de rehabilitación residencial después de que el tribunal le diera la oportunidad de rehabilitarse en la comunidad, pero la participante sufriera recaídas crónicas. Posteriormente, la participante reconoció que eso fue lo mejor para ella y concluyó su programa de manera satisfactoria: King, nota 49 anterior, pág. 171.

78. King, nota 12 anterior, pág. 198-199.

79. Winick, nota 51 anterior, pág. 1068-1071; King, nota 12 anterior.

la persuasión<sup>80</sup>. Por ejemplo, cuando el juez, el abogado o el equipo del tribunal pretenden que se incluya una meta o estrategia en particular en el plan de rehabilitación o de prevención de recaídas de un participante, en vez de limitarse a imponer la condición, podrían, según el caso, reconocer lo valiosas que resultan las estrategias existentes y sugerir que se incluya una meta o estrategia adicional. Podrían explicar el porqué de la sugerencia. Si el participante plantea objeciones, podría emplearse un proceso de persuasión para intentar llegar a un acuerdo. Hay que tener cuidado de no ser demasiado persuasivo para no socavar la autodeterminación y la auto-eficacia del participante<sup>81</sup>.

Abordar la práctica judicial con un enfoque centrado en las soluciones es, acaso, el ejemplo más claro de que el poder judicial reconoce cada vez más la importancia de la dimensión interpersonal de la tarea judicial y la necesidad de poner en práctica habilidades intrapersonales e interpersonales adecuadas a dicha tarea<sup>82</sup>. Esas habilidades no sólo resultan necesarias a los fines terapéuticos, sino también para llevar a cabo las funciones técnicas básicas del tribunal, como aceptar e interpretar pruebas, tomar y dictar resoluciones, y comunicar dichas resoluciones a las partes y a la comunidad en general (lo cual, desde luego, puede tener aspectos terapéuticos)<sup>83</sup>.

### ***Declaraciones de misión de la TJ***

Una vez que los jueces tienen una idea razonablemente clara de los principios y la aplicación potencial de la justicia terapéutica, en nuestra opinión, resulta muy útil "legitimar" la invocación de dichos principios. Un método que parece haber tenido muy buenos resultados es la redacción, aprobación y publicación de "declaraciones de misión" judiciales. De hecho, ya existen varias de dichas declaraciones que pueden tomarse como guía<sup>84</sup>. Entre ellas, podemos mencionar la resolución del año 2000 adoptada en los Estados Unidos por la Conferencia de Presidentes de Tribunales y la Conferencia de Administradores de Tribunales Estatales, que defiende el uso de los

---

80. Winick, nota 51 anterior; *Judging in a Therapeutic Key*, nota 8 anterior; King, nota 12 anterior, pág.174-179

81. King, nota 12 anterior, pág. 174.

82. Michael S. King, *Realizing the Potential of Judging*, *Monash U. L. Rev.*, vol. 87, pág. 171 (2011).

83. Ídem.

84. Véase, por ejemplo, la sección titulada "Preliminary 'Codifications' of Therapeutic Jurisprudence Principles", en *Judging in a Therapeutic Key*, nota 8 anterior, pág. 111-127.

principios de la justicia terapéutica<sup>85</sup>, y la resolución del año 2004 de los jueces rurales de primera instancia de Australia Occidental, en la que se adopta la justicia terapéutica<sup>86</sup>. La existencia de dichos documentos promueve su utilización y, al mismo tiempo, protege en cierta medida a los jueces de las críticas de los que se resisten a innovar.

Pese a que con frecuencia son necesariamente algo vagas, las declaraciones de misión —o “visión”— igual incluyen ciertas ideas bastantes concretas sobre lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer en materia judicial. Considérese, por ejemplo, la declaración de visión del Tribunal de Distrito del Condado de Clark, Washington<sup>87</sup>. Esa declaración de visión adopta específicamente los principios de la justicia terapéutica para “lograr un cambio positivo en la vida de las personas que comparecen ante el tribunal”. Uno de los principios rectores es que “los trastornos mentales o el abuso de sustancias no condenan a nadie a una vida de delincuencia o desesperanza, y todos pueden lograr llevar una vida gratificante y responsable”. Otro es la creencia de que absolutamente todos tienen algo positivo en su interior que puede servir de base.

Un juez que actúa siguiendo esa visión y esos principios rectores no consideraría esas palabras vacías de contenido. Un juez así, por ejemplo, difícilmente le diría a una mujer que “no sirve como madre”, como ya ha ocurrido. E incluso al imponer una pena severa, un juez así probablemente no diría “usted representa un peligro y una amenaza para la sociedad; hay que proteger a la sociedad de personas como usted”, algo que salió de la boca de un juez<sup>88</sup>. En cambio, un juez comprometido con la declaración de visión buscaría y resaltaría los rasgos favorables que podría aprovechar el infractor para forjarse un futuro mejor, pese a que lo espere un largo período de encarcelamiento<sup>89</sup>. Por lo tanto, esas declaraciones de misión o visión son sumamente útiles para reforzar los principios de la TJ y darles a los jueces una idea de cómo aplicarlos, y, de hecho, para contribuir a su desarrollo y perfeccionamiento.

## **Conclusión**

Anteriormente, mencionamos estudios que indicaban una mayor satisfacción por parte de los litigantes en los sistemas judiciales adeptos a la justicia procesal y la justicia

---

85. Ídem, pág. 112-114.

86. Vuelto a publicar en la página 39 del manual canadiense *Judging for the 21st Century: A Problem-Solving Approach* (2005).

87. Véase *Judging in a Therapeutic Key*, nota 9 anterior, pág. 124.

88. Ídem, pág. 252.

89. Véase Wexler, nota 55 anterior.

terapéutica<sup>90</sup>. Hay más buenas noticias: lo mismo se da en los jueces que se desempeñan en los tribunales que siguen esas teorías<sup>91</sup>. La satisfacción profesional se incrementa de manera exponencial cuando los jueces sienten que están haciendo un bien, cuando se sienten valorados y cuando sienten que hacen mucho más que mantener aceitada una puerta giratoria.

El deseo de sentir verdadera satisfacción profesional bien puede llevar a varios jueces a adoptar la TJ en su labor. Muchos, cuando conocen el objeto de la TJ, se dan cuenta de que han aplicado algunos de sus principios desde un primer momento, aunque en forma implícita, no sistemática, y sin llamarla así. Pero contando con un vocabulario, publicaciones y un marco conceptual específicos, esos mismos jueces abiertos a la TJ verán que resulta mucho más eficaz y rica: esperarán encontrar constantemente nuevas aplicaciones potenciales y desarrollarán nuevas prácticas y técnicas<sup>92</sup>. (Dicho sea de paso, este carácter dinámico pone de relieve la importancia de que los jueces participen activamente en el proyecto de la TJ a través de los principales sitios web y listas de correo: la TJ no es sólo un paquete de materiales que deben aprenderse y aplicarse. En gran medida, el crecimiento de este campo es atribuible a los profesionales, y todos necesitamos intercambiar información para mantenernos actualizados).

---

90. Juez Roger K. Warren, *Public Trust and Procedural Justice*, *Court Review*, vol. 37, pág. 12, 14-16(2000) (publicación de la American Judges' Association, disponible en línea).

91. Véase Deborah Chase & Peggy F. Hora, *The Implications of Therapeutic Jurisprudence for Judicial Satisfaction*, *Court Rev.*, vol. 37, pág. 12 (2000) (publicación disponible en línea); Hon. Peggy Hora & Deborah J. Chase, *Judicial Satisfaction when Judging in a Therapeutic Key*, *Contemporary Issues in Law*, vol. 7, pág. 8 (2004); Deborah Chase & Peggy Fulton Hora, *The Best Seat in the House: the Court Assignment and Judicial Satisfaction*, *Family Ct. Rev.*, vol. 47, pág. 209(2009).

92. Véase Arie Freiberg, que sugiere que un enfoque "pragmático incremental" de la práctica "es de escasa utilidad si no puede sentar las bases para un mayor desarrollo. Lo que distingue el enfoque teórico abstracto del instrumentalismo pragmático es que sólo el primero puede brindar el marco para el estudio de los fenómenos pertinentes y funcionar como guía o programa para el futuro". Arie Freiberg, *Therapeutic Jurisprudence in Australia: Paradigm Shift or Pragmatic Instrumentalism?* *Law In Context*, vol. 20(2), pág. 1-18(2003). Y el psicólogo británico James McGuire observa que las ciencias sociales pueden brindar una "base de pruebas que, pasada por el marco teórico de la justicia terapéutica, puede ejercer paulatinamente una influencia cada vez mayor sobre los procedimientos, roles y reglas jurídicas con relación a la justicia penal en particular". James McGuire, *Maintaining Change: Converging Legal and Psychological Initiatives in a Therapeutic Jurisprudence Framework*, *Western Criminology Review*, vol. 4(2), pág. 109(2003). *Western Criminology Review* es una publicación en línea.

Si se quieren ejemplos actuales de cómo los marcos conceptuales de la TJ han llevado a importantes aportes de jueces, abogados y demás profesionales, véase David B. Wexler, *From Theory to Practice and Back Again in Therapeutic Jurisprudence: Now Comes the Hard Part*, que puede consultarse ingresando en <http://ssrn.com/abstract=1580129>.

Siempre habrá algunos jueces que se muestren reticentes a adoptar el enfoque, aunque raramente al punto de oponerse a que lo empleen otros jueces. Una técnica que utiliza uno de nosotros en las sesiones de capacitación judicial general es presentar el material —por ejemplo, es más probable que los infractores acaten las condiciones de libertad condicional si son ellos mismos los que las sugirieron para evitar meterse en problemas— y luego referirnos al interesante estudio psicológico sobre supresión del pensamiento conocido como el “estudio del oso blanco”. El estudio demostró que, cuando se les indicaba a los sujetos que no pensarán en un oso blanco, no podían evitar pensar en un oso blanco<sup>93</sup>. Una vez presentado ese estudio, se les dice a los jueces que la TJ es como el oso blanco: de hecho, el lunes por la mañana, pueden optar por seguir como siempre, consultar sus notas, leerle al acusado condiciones estándares de libertad condicional de un formulario, etc., pero ahora que saben que la TJ podría sugerir trabajar de una manera algo distinta —y más eficaz— quizás se les aparezca el oso blanco de la TJ en forma periódica.

En nuestra opinión, es el momento oportuno de incorporar el oso blanco de la justicia terapéutica en muchas nuevas jurisdicciones. Cabe señalar un hecho interesante: muchos países, sobre todo de América Latina, están experimentando o han experimentado recientemente un cambio de un sistema de justicia penal inquisitorio a uno más acusatorio. El cambio se produjo con la idea de que el sistema acusatorio (y el modelo adversarial) haga más abierto y transparente el proceso, y sirva como antídoto contra la corrupción. No ponemos en duda las presuntas ventajas del sistema adversarial. Sin embargo, creemos que las ventajas del sistema adversarial no son más que una parte de la cuestión: de hecho, el sistema adversarial es blanco de numerosas críticas en nuestro país. Con frecuencia, el sistema adversarial está acompañado de disputas, tensión y un énfasis en ganar a toda costa: la idea de que “el litigio es una guerra”. De hecho, bien puede ser el caso que la TJ y demás perspectivas similares del movimiento del derecho integral<sup>94</sup> y de la “justicia no adversarial”<sup>95</sup> sean en realidad *reacciones* frente a la “cultura de la crítica” y los excesos del sistema adversarial<sup>96</sup>.

---

93. Daniel M. Wegner & David J. Schneider, *The White Bear Story*, 14 *Psychological Inquiry* 326 (2003) (donde se describe el estudio original de supresión del pensamiento).

94. Susan Daicoff, *The Role of Therapeutic Jurisprudence within the Comprehensive Law Movement*, en Dennis P. Stolle, David B. Wexler, and Bruce J. Winick (eds.), *Practicing Therapeutic Jurisprudence: Law as a Helping Profession*, pág. 465(2000).

95. Michael King, Arie Freiberg, Becky Batagol y Ross Hyams, *Non-Adversarial Justice* (2009).

96. David B. Wexler, *Therapeutic Jurisprudence and the Culture of Critique*, *J. Contemporary Legal Issues*, vol. 10, pág. 263(1999).

Para sacar provecho del sistema acusatorio y, a la vez, minimizar sus probables efectos secundarios negativos, nos parece que el mejor camino a seguir es adoptar una perspectiva basada en la TJ en el mismo momento en que la jurisdicción encara un cambio hacia el modelo adversarial. Un cambio importante en el sistema jurídico —más allá de la dirección que tome— siempre es estresante, pues obliga a dejar atrás el conocimiento sobre la ley anterior y requiere una sesión de estudio intensivo para aprender el nuevo material. Por estresante que resulte, es posible reducir la resistencia al cambio si los jueces se dan cuenta de que, con un componente de TJ, pueden contrarrestar los aspectos negativos del nuevo sistema y hacer buenas obras, además de sentir una satisfacción profesional considerablemente mayor con el tiempo. La justicia terapéutica puede, en efecto, resultar terapéutica para todas las partes interesadas.



## CAPÍTULO 2

### PRINCIPIOS BÁSICOS DE LOS TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS: EL COMPONENTE JUDICIAL. LA EXPERIENCIA DE CANADÁ Y LAS LECCIONES APRENDIDAS

*Juez Paul Bentley (fallecido) Tribunal de Tratamiento de Drogas de Toronto, y Juez Kofi Barnes, Tribunal de Justicia de Ontario*

---

#### **Introducción**

La conducta delictiva y disfuncional motivada por la adicción a las drogas ilícitas es una problemática mundial. Se han implementado varias estrategias en todo el mundo buscando contenerla y, en algunos casos, erradicarla. Dichas estrategias estuvieron impulsadas por un sinnúmero de creencias ideológicas y filosóficas que propugnan desde una estricta aplicación de la ley y medidas punitivas hasta una amplia variedad de intervenciones basadas únicamente en el tratamiento, pasando por distintos híbridos de ambos extremos.

Más allá de las propias creencias filosóficas acerca de cómo debe tratarse la adicción a las drogas y los delitos que de ella se derivan, el hecho es que las personas dependientes de drogas que cometen delitos terminan en los tribunales. Esos delitos convierten en víctima a la sociedad y atentan contra la seguridad pública. El flagelo de la dependencia de drogas le produce un daño significativo al adicto y le genera costos a la sociedad en forma de pérdida de productividad, familias disfuncionales, mayores costos de atención médica, mayores costos de fuerzas de seguridad, costos de la justicia penal, etc. Esto es un hecho indiscutible.

Los tribunales emplean herramientas jurídicas para juzgar los hechos subyacentes al presunto delito motivado por la dependencia de drogas y determinar la culpabilidad o inocencia en función de principios jurídicos. Es innegable que, en el caso de las personas con dependencia de drogas, para quienes ésta es una de las principales causas de su conducta delictiva, ninguna medida destinada a que se hagan responsables de sus actos es eficaz si no atiende la causa subyacente de la conducta delictiva, es decir, la dependencia de drogas, y no contempla otras intervenciones de tratamiento holístico. En efecto, el infractor adicto se limita a cumplir su condena y reincide en el delito para financiar su adicción a las drogas, por lo que se repite el ciclo de victimización de la

sociedad, el daño auto-infligido del adicto y los costos sociales, económicos, de salud y demás costos nocivos para la sociedad.

Una estrategia que no contemple medidas para crear un sentido de responsabilidad y brindar acceso a un tratamiento eficaz y una rehabilitación holística equivale a echar dinero a una fosa sin fondo con mínimos resultados positivos. Esta cruel realidad nada tiene que ver con la mano dura o blanda frente al delito, ni con creer en la penalización o la despenalización del consumo de drogas. A final de cuentas, cuando falla la red de seguridad de la sociedad y existen conductas delictivas y antisociales, la Justicia pasa a ser el último recurso de la sociedad. En ese contexto, las estrategias que combinan la tramitación de las causas judiciales con un tratamiento eficaz y una rehabilitación holística han demostrado tener resultados prometedores, y eso es lo que hacen los tribunales de tratamiento de drogas (TTD).

El presente artículo está escrito desde una perspectiva muy práctica. No pretende ser un análisis riguroso desde el punto de vista académico o del especialista. Simplemente, compartimos nuestra experiencia y las lecciones que hemos aprendido al implementar el método de los TTD en Canadá.

### ***El modelo de TTD***

El primer TTD se estableció en los Estados Unidos en 1989, en el condado de Dade (Miami). La experiencia de Canadá con los TTD comenzó con el juez Paul Bentley. Bentley encabezó el establecimiento del primer TTD fuera de los Estados Unidos, que comenzó a funcionar en Toronto, Canadá, en diciembre de 1998.

Este TTD se creó con la colaboración de muchos e importantes interesados, entre ellos, el Departamento Federal de Justicia, los abogados defensores, los defensores de oficio, el Departamento de Salud Pública de Toronto, el *Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH), los programas de readaptación social en libertad (*Community Corrections*), los servicios Judiciales y el poder judicial. Los representantes comenzaron a sesionar en el verano (boreal) de 1997. El programa de TTD nació como proyecto piloto cuatrienal financiado por el gobierno federal.

Un TTD es un tribunal destinado específicamente a supervisar causas de infractores dependientes de drogas que han aceptado someterse a un tratamiento contra el abuso de sustancias. Estos tribunales le exigen al infractor que se haga responsable de su adicción y la trate. La labor de los TTD se basa en la idea de que la dependencia de

drogas entre los infractores no es meramente un problema de las fuerzas de seguridad ni de la justicia penal, sino una preocupación social y de salud pública prioritaria. La singularidad de los TTD reside en su capacidad y voluntad de combinar los procesos tradicionales del sistema de justicia penal con los del tratamiento de la dependencia de drogas. El resultado ha sido una peculiar mezcla de tratamiento y supervisión judicial, la cual constituye la esencia del concepto de TTD.

El maridaje del tratamiento de la dependencia de drogas con el sistema judicial hace que el enfoque del tribunal pase de ser legal a terapéutico. La supervisión judicial del tratamiento, combinada con sanciones inmediatas por incumplimiento e incentivos para que se cumpla, promueve una reducción del consumo de drogas y es la piedra angular del nuevo enfoque. En vez de revocar automáticamente la libertad bajo fianza de un infractor drogadicto y enviarlo a prisión cuando tiene una recaída, el acento se pone en corregir la conducta para ayudar al infractor a que deje de consumir drogas. Rindiendo cuentas y aceptando la responsabilidad de sus actos, los infractores aprenden que, en efecto, pueden dejar de abusar de sustancias o, al menos, reducir su consumo. Saber que, de infringir las reglas del tribunal, inmediatamente sufrirán las consecuencias funciona como un eficaz incentivo para garantizar el cumplimiento por parte de los infractores y reducir su consumo de drogas. Este enfoque se adopta en relación con la intervención terapéutica activa y frecuente que ayuda a transformar lo que inicialmente comienza como una motivación externa para el cambio en una motivación interna para cambio; un esencial ingrediente para una rehabilitación exitosa. Forjando relaciones especiales con miembros de la comunidad, los TTD también han logrado ofrecerles a los graduados de sus programas vivienda, educación y una nueva capacitación vocacional a precios que pueden pagar.

### ***Responsabilidad y tratamiento***

Un participante de un TTD tiene una adicción a las drogas demostrable. Dicha adicción es una de las causas principales de la conducta delictiva del participante. La conducta por la que el participante llega al sistema de justicia penal es una conducta delictiva. Por ende, la reseña biográfica que confeccionan las fuerzas de seguridad, la fiscalía y muchos actores de la justicia penal es la de un infractor que acaso tenga antecedentes de conductas delictivas. Esta reseña biográfica se basa en el delito cometido y en las circunstancias que rodean su comisión. La reseña biográfica brinda una imagen unidimensional del participante del TTD, es decir, la del infractor que debe pagar por su delito.

El terapeuta, el médico, el psiquiatra, el especialista en abuso de sustancias y demás profesionales de los servicios de salud ven otro costado del participante del TTD, que puede incluir antecedentes de trauma, mala salud, consumo de drogas, efectos de disfunciones sociales y familiares, y quizás algún trauma psicológico. Con todo esto, se arma la reseña biográfica del participante que tiene el personal de los servicios de salud, y, por ello, el participante se considera un cliente que debe recibir tratamiento.

Así, surgen dos costados de la misma persona: el infractor y el cliente. El punto fuerte del método de los TTD es que la estrategia de rehabilitación holística fusiona esas perspectivas diametralmente opuestas para armar e implementar un programa destinado a rehabilitar al “infractor-cliente”. Este enfoque se traduce en un programa holístico que tiene como propósito rehabilitar al infractor-cliente sin poner en peligro la seguridad pública en el proceso. El término “infractor-cliente” se utiliza en el resto de nuestro análisis para enfatizar este enfoque holístico.

### ***Pautas y recomendaciones de mejores prácticas***

Los principios clave que sientan las bases de los TTD se enumeran al principio de esta publicación: *The 13 Key Principles for Court-Directed Treatment and Rehabilitation Programs* (Los 13 principios clave para los programas de tratamiento y rehabilitación dirigidos por un tribunal), en la que se ha basado por completo nuestra labor en Canadá desde 1998.<sup>1</sup>

Dichos principios son recomendaciones de mejores prácticas para lograr resultados positivos en un TTD. Concretamente, los programas de rehabilitación auspiciados por un tribunal que no siguen estos principios claves no son TTD.

### ***Los TTD en Canadá***

Desde el año 2012, Canadá ya cuenta con 13 TTD<sup>2</sup>. Seis de estos TTD reciben fondos exclusivos de parte del gobierno federal. Se encuentran en Toronto, Vancouver, Ottawa, Edmonton, Winnipeg y Regina. Existen, además, siete TTD “no financiados” en Canadá,

- 
1. Puede que algunas jurisdicciones deseen ampliar el concepto de dependencia de sustancias a fin de incluir el abuso de sustancias u otros problemas de consumo de sustancias. En esas jurisdicciones, el concepto de servicios de tratamiento puede ampliarse para dar cabida a la educación y otros enfoques.
  2. En Canadá, existen 6 TTD financiados por el gobierno federal y 7 TTD que funcionan gracias a aportes “en especie” por parte de los socios de los TTD. Se prevé que la cantidad de TTD aumente drásticamente en los próximos años.

ubicados en las ciudades de Oshawa, Kitchener, London, Calgary, Moose Jaw, Windsor y Metro Toronto Oeste (para jóvenes).

Dentro del contexto de Canadá, “fondos exclusivos” significa que hay fondos asignados específicamente al programa de TTD. La ausencia de “fondos exclusivos” significa que no se asignan fondos especiales al programa de TTD, sino que se reasignan los recursos existentes para establecer el TTD. En efecto, los organismos asociados participantes aceptan realizar aportes “en especie” para establecer el TTD “no financiado”.

En respuesta a la creciente demanda de TTD adicionales en varias ciudades canadienses, el juez K. Barnes ideó el método de establecer TTD “sin financiamiento”<sup>3</sup>. Dicho método se empleó para establecer el primer TTD “no financiado” de Canadá: el Tribunal de Tratamiento de Drogas y Salud Mental de Durham y 2011, para establecer la Corte de Restauración de la Comunidad Metro Toronto Oeste para Jóvenes.

Este enfoque de financiamiento “en especie” se basa en dos principios estrechamente vinculados y entrelazados: “el principio de la misma población” y “evitar la ampliación de la red”. Concretamente, este enfoque se basa en los siguientes supuestos:

- a. Los jueces, fiscales, abogados defensores, fuerzas de seguridad y funcionarios correccionales deben lidiar con los infractores con dependencia a las drogas en forma recurrente con o sin un TTD;
- b. Algunos infractores dependientes de drogas ya han recibido tratamiento médico, psiquiátrico y contra el abuso de sustancias, servicios sociales y otros servicios de rehabilitación;
- c. La característica principal de la población meta de los TTD en Canadá es que se trata de infractores con fuertes adicciones crónicas que utilizan esos servicios en forma recurrente, sin presentar ningún avance apreciable en la erradicación, reducción o control de la intensidad, el impacto y los efectos de la adicción subyacente;
- d. Dada la evidente ineficacia y el alto costo de adoptar un enfoque no coordinado de acceso a múltiples servicios para enfrentar las consecuencias directas e indirectas del consumo de drogas, a muchos servicios de justicia penal, contra el abuso de sustancias, médicos y sociales, y demás proveedores de servicios auxiliares debería interesarles el enfoque de rehabilitación

---

3. Este TTD canadiense “no financiado” se estableció con la colaboración indispensable de John Scout, fiscal de la región de Durham, Paul McGarry, Director de los Servicios para personas dependientes de drogas de Pine Wood y Lake Ridge, y Rob Adams, Director Ejecutivo de los Servicios de Salud Mental de Durham.

intensamente supervisada, coordinada, integrada y holística que ofrecen los TTD;

- e. Una vez explicado el método de TTD y detallados sus resultados positivos, estas entidades y organizaciones deberían mostrarse interesadas en reasignar una parte de sus recursos, que ya se está utilizando para atender las necesidades de las personas dependientes de drogas con conductas delictivas, a fin de establecer un TTD;
- f. Se evita la ampliación de la red, y se limitan las poblaciones meta del TTD a los infractores dependientes de drogas con quienes no funcionaron los procesos tradicionales;
- g. Quedan excluidos los infractores dependientes de drogas para los que los procesos tradicionales, como los trabajos comunitarios y la libertad condicional, han sido efectivos o se consideran efectivos.

La ventaja de este método es que les permite a las jurisdicciones interesadas establecer TTD aunque se les rechace la solicitud de fondos o no cuenten con fondos exclusivos de ninguna fuente. Sin embargo, hay una gran desventaja en el sentido de que los TTD canadienses no financiados tienen cupos limitados a entre cinco y quince participantes. Esa cantidad tan reducida de participantes les dificulta mucho a los TTD no financiados de Canadá atender las necesidades de las poblaciones meta en sus jurisdicciones. Por consiguiente, pese a los beneficios de este innovador esquema de financiamiento, la mejor opción de financiamiento para los TTD es un adecuado financiamiento continuo a largo plazo.

### ***El marco legal***

Los TTD de Canadá funcionan sin legislación específica que los cree. La creación de los TTD se prevé en las disposiciones generales del *Código Penal de Canadá*. El artículo 720 del *Código Penal de Canadá, R.S.C., 1985 c. C-46* y el Artículo 10(4)(a) de la *Ley de Drogas y Sustancias Controladas, S.C. 1996, C.19*, permite postergar la condena para que el infractor-cliente pueda someterse a un programa de tratamiento<sup>4</sup>. Las reglas y excepciones del programa se establecen en contratos de comportamiento denominados “Formularios de Reglas y Exenciones del Programa”, que firma el infractor-cliente tras recibir asesoramiento legal en forma independiente.

---

4. Artículo 720 del *Código Penal de Canadá, R.S.C., 1985 c. C-46* y el Artículo 10(4)(a) de la *Ley de Drogas y Sustancias Controladas, S.C. 1996, C.19*

## ***Las asociaciones***

El estrecho vínculo entre la tramitación de las causas judiciales y la participación activa del infractor-cliente en programas de tratamiento de la dependencia de drogas y de rehabilitación holística es uno de los componentes principales del método de los TTD. Este enfoque de colaboración en equipo es superior a trabajar en forma aislada. Los TTD canadienses hacen hincapié en el tratamiento inmediato, la atención del caso y la supervisión judicial continua.

El equipo del TTD está formado por el juez, el proveedor de tratamiento de adicciones, el encargado de llevar el caso, el proveedor de tratamiento de salud mental (Durham y Metro Oeste), el abogado defensor privado, el asistente legal y defensor de oficio (abogado), el Ministerio del Procurador General, el Servicio de Procuración Pública de Canadá, la Policía, miembros de la comunidad y proveedores de servicios auxiliares, como vivienda y capacitación laboral.

El acento está puesto en adoptar un enfoque no adversarial para la toma de decisiones. En la práctica, eso no significa que no haya desacuerdos entre los distintos socios. De hecho, una de las mejores prácticas consiste en expresar las opiniones dentro de un debate abierto, sincero y constructivo. Es esencial que dicho debate se lleve a cabo de manera cordial y constructiva, teniendo en cuenta los roles profesionales, las responsabilidades y los límites de cada miembro del equipo del TTD.

Todos los TTD canadienses organizan un foro de debate antes de comenzar a sesionar. Dichos foros suelen denominarse reuniones pre-sesión. Estas reuniones les brindan a todos los miembros del TTD la oportunidad de dar información sobre el avance del participante del TTD y formar parte de debates extensos y constructivos sobre las próximas medidas que deben tomarse en el tratamiento del participante. Las reuniones son presididas por el juez del TTD.

Pese a sus distintos roles, responsabilidades profesionales, ética y límites, todos los miembros del equipo tienen una meta en común: la rehabilitación holística del infractor-cliente drogadicto de manera tal de mejorar su rehabilitación y la seguridad pública. En la mayoría de los casos, gracias a este fin común, existe un consenso general entre los miembros del equipo. El juez del TTD procura que el equipo tenga siempre en mente este fin común.

Dado que el hecho por el que se dio inicio al proceso del TTD es un delito o algún otro conflicto legal, el juez del TTD es quien toma la decisión final con respecto a las próximas medidas tras escuchar el debate pre-sesión y las recomendaciones de los miembros del equipo del TTD. Una de las mejores prácticas es que el juez tenga en cuenta las opiniones de los miembros del equipo.

### ***Requisitos para la participación***

Los infractores-clientes adultos que reúnen los requisitos necesarios para participar se identifican en forma temprana. En la mayoría de los casos, casi inmediatamente después de la detención, se determina si el solicitante puede participar en el TTD. Para tomar esta decisión, se considera la seguridad pública y si la persona es apta para un tratamiento. El objetivo es que el tratamiento comience lo antes posible.

Normalmente, los infractores-clientes no son violentos y son adictos a la cocaína, el crack, los opiáceos y/o el éxtasis/metanfetamina de cristal. Tienen permitido participar los infractores-clientes acusados de delitos relacionados con las drogas, pero no con su venta, delitos no violentos contra la propiedad y delitos relativos a la prostitución.

Se adopta un enfoque teleológico y de seguridad pública frente a la cuestión de la violencia ejercida por el infractor-cliente. Eso significa que se consideran todas las circunstancias del infractor-cliente y del delito. Por ejemplo, si bien pueden quedar excluidos delitos que causen la muerte o un daño físico, o un infractor-cliente con antecedentes de violencia grave, es posible que un infractor-cliente acusado de un delito que implique un grado leve de violencia o con antecedentes de violencia leve o lejana en el tiempo sea considerado apto. Éste es un ejemplo algo simplista que pretende demostrar que la categoría de “no violento” comprende un sinnúmero de factores.

Además, debe haber algún vínculo demostrable entre la conducta delictiva y la adicción a las drogas. Entre los delitos excluidos, pueden mencionarse aquellos en los que la principal motivación es el fin de lucro, delitos con violencia extrema, delitos sexuales y allanamientos de propiedad.

Los requisitos para la participación de jóvenes son los mismos que para los adultos. En el caso de los jóvenes, también alcanza con demostrar que la conducta delictiva está vinculada con el abuso de sustancias, pese a no existir una adicción. La mayoría de los programas de TTD de Canadá están dirigidos a los adultos. El Tribunal de Metro Oeste aplica el método de TTD para rehabilitar a jóvenes dependientes de drogas. Este TTD



también se encarga de los jóvenes que padecen enfermedades mentales<sup>5</sup>. Una de las mejores prácticas consiste en aplicar los principios clave que comprenden el método de TTD de manera tal de reconocer el nivel de madurez y desarrollo de los jóvenes.

### ***Esquema de tratamiento***

Los programas de los TTD de Canadá son no residenciales o ambulatorios. Se implementan programas residenciales cuando resulta necesario. El TTD de Calgary es la excepción, pues apunta desde un principio al tratamiento residencial. El TTD de Calgary se concentra en los infractores-clientes de alto riesgo.

El tratamiento de las adicciones está principalmente a cargo de consejeros en adicciones altamente capacitados. El sistema de salud de Canadá mayormente cuenta con financiamiento público. Este esquema les permite a los TTD derivar a los infractores-clientes a otros profesionales de la salud según se requiera, en muchos casos, sin costo adicional para el infractor-cliente.

Los fondos destinados a los TTD financiados por el gobierno federal de Canadá<sup>6</sup> se entregan directamente a organizaciones sin fines de lucro para que presten los servicios de tratamiento de adicciones. El TTD de Vancouver es la excepción. El TTD de Vancouver está financiado en forma conjunta por los gobiernos federal y provincial, y cuenta con su propio personal de tratamiento de dedicación exclusiva. Los TTD que no reciben financiamiento directo del gobierno federal ni de los gobiernos provinciales dependen de los aportes “en especie” de las organizaciones de tratamiento sin fines de lucro<sup>7</sup>.

### ***Flexibilidad de los programas y asociaciones con la comunidad***

Los TTD de Canadá hacen hincapié en la rehabilitación holística. Para lograr este objetivo, los TTD sellan alianzas con las entidades y organizaciones de su comunidad que prestan servicios auxiliares, como vivienda y capacitación laboral, para asistir al

---

5. Este tribunal fue establecido por el juez K. Barnes en junio de 2011 y también se denomina “Youth Community Restoration Court”.

6. Los tribunales financiados por el gobierno federal se encuentran en Toronto, Ottawa, Vancouver, Regina, Winnipeg y Edmonton. El financiamiento se provee principalmente para el tratamiento de las adicciones. Los aportes de los demás socios, como el poder judicial, las fuerzas de seguridad, la fiscalía, los abogados defensores y el sistema de libertad condicional, se realizan “en especie”.

7. Los TTD de Oshawa, Windsor, Kitchener, Calgary, Toronto Oeste, Moose Jaw y London cuentan con los aportes “en especie” de organizaciones sin fines de lucro.

infractor-cliente en el proceso de rehabilitación. Los programas de los TTD asimismo procuran que los programas de tratamiento sean flexibles para adaptarse a las necesidades de las poblaciones especiales en términos de raza, género, cultura, naturaleza y tipo de adicción, o demás criterios particulares. La flexibilidad de los programas comprende ajustes al programa básico de tratamiento o derivaciones a otras entidades u organizaciones de la comunidad mejor preparadas para brindar el tipo de servicio necesario.

Así, la rehabilitación holística de los infractores-clientes de los TTD suele requerir que dichos individuos se sometan a otras intervenciones rehabilitadoras además del tratamiento básico de la adicción. Las alianzas con las entidades de la comunidad que prestan dichos servicios resultan esenciales. La premisa básica es que el infractor-cliente del TTD entra dentro de la población meta de muchas entidades comunitarias, por lo que las derivaciones que realiza el TTD ayudan a esas entidades a llegar a su población meta. A la mayoría de las entidades comunitarias, la integración, la coordinación de los servicios y la supervisión intensiva que ofrecen los TTD les resultan útiles para lograr resultados positivos en una población a la que normalmente cuesta rehabilitar. Por consiguiente, estas alianzas con la comunidad pueden ser provechosas tanto para el TTD como para la entidad comunitaria, y terminan beneficiando al infractor-cliente y la sociedad.

### ***Proceso y procedimiento generales de los TTD***

Se detiene al infractor-cliente acusado de cometer un delito. Con la asistencia de un abogado, el infractor-cliente presenta una solicitud para participar voluntariamente de un programa de TTD. La solicitud es evaluada por la Corona<sup>8</sup> a efectos de determinar si el solicitante reúne los requisitos legales para participar del programa. Posteriormente, se deriva a los solicitantes que cumplen los requisitos legales al proveedor de tratamiento para una mayor evaluación<sup>9</sup>.

---

8. La Corona es la parte acusadora. El fiscal provincial es un Fiscal Adjunto de la Corona perteneciente al Ministerio del Procurador General. El fiscal federal forma parte del Servicio de Procuración Pública de Canadá, anteriormente denominado Servicio de Procuración Federal. Los requisitos legales son los criterios relacionados con la naturaleza y las circunstancias del delito, los antecedentes penales de acusado, etc. La decisión de si el acusado reúne los requisitos legales queda a criterio de la Corona. La Corona funciona como control de acceso al TTD.

9. La evaluación llevada a cabo por el proveedor de tratamiento se concentra en la naturaleza de la adicción del solicitante y demás cuestiones relacionadas.

Los solicitantes de TTD que reúnen los requisitos legales son evaluados por el proveedor de tratamiento a fin de determinar si cumplen las condiciones necesarias y si son aptos para recibir el tratamiento. Las evaluaciones del proveedor de tratamiento son analizadas por todos los miembros del equipo en la reunión previa a la sesión del tribunal. Todos los miembros del equipo aportan la información que poseen sobre el solicitante y formulan recomendaciones al juez del TTD con respecto a los próximos pasos a seguir.

El juez del TTD entrevista en el tribunal al solicitante que, según lo determinado, reúne los requisitos y es apto para participar del programa del TTD. Dichas entrevistas en el tribunal apuntan a brindar una breve explicación de los principales componentes del programa del TTD y a charlar otras cuestiones pertinentes. El juez tiene la ventaja de haber recibido información biográfica y demás datos sobre el solicitante del TTD durante la reunión pre-sesión que antecede a la entrevista. Esta información es de gran ayuda para el juez en la primera charla con el solicitante del TTD.

No nos ha resultado para nada útil darle una importancia significativa a las primeras respuestas que brindan los solicitantes del TTD a la pregunta “¿Por qué quiere participar de este programa de TTD?” a fin de evaluar su nivel de compromiso con respecto al tratamiento de su dependencia de drogas. Toda afirmación por parte de un participante del TTD de que está listo para recibir tratamiento debe tomarse con pinzas en el proceso de justicia penal. Ese solicitante, sobre todo si está detenido, tendrá la oportunidad de ser liberado si aceptan su ingreso al programa. Además, todos los infractores-clientes que concluyen con éxito el programa reciben una pena no privativa de la libertad. Dados esos grandes incentivos, difícilmente las primeras expresiones de un deseo de cambiar en el ámbito de un tribunal sean siempre sinceras. Normalmente, en esta etapa del proceso, la motivación es externa.

El método de los TTD reconoce este hecho, y, en las semanas, meses y a veces años posteriores, el objetivo es implementar una estrategia coordinada de intervención terapéutica, supervisión judicial y apoyo a fin de transformar lo que inicialmente es una motivación externa para recibir tratamiento en una motivación interna.

El infractor-cliente del TTD se declara culpable<sup>10</sup> y se le otorga la libertad bajo fianza, la cual está destinada a cubrir todos los aspectos de las expectativas del programa del TTD.

---

10. En 1998, el primer TTD de Canadá, el TTD de Toronto, ofrecía dos maneras de ingresar a los programas. La primera era un esquema de ingreso previo a la declaración (decisión), en el que los solicitantes del TTD acusados de la posesión simple de ciertas drogas para consumo

El infractor-cliente se presenta en el centro del proveedor de tratamiento para someterse a una evaluación más profunda. Los resultados de dicha evaluación se comunican al tribunal. El infractor-cliente del TTD regresa al tribunal y, de ser hallado apto, ingresa al programa del TTD. En casi todos los TTD, hay un período adicional de evaluación<sup>11</sup> durante el cual se analiza con mayor detenimiento si el solicitante del TTD resulta apto o no.

La mayoría de los programas de los TTD duran doce meses, y, al finalizar, el infractor-cliente del TTD recibe una pena no privativa de la libertad.

### ***Expectativas fundamentales***

Lo que fundamentalmente se espera de los participantes del TTD es sinceridad y responsabilidad. El foco está puesto en el cumplimiento de las expectativas del programa de TTD. No se requiere ni se espera una abstinencia inmediata. Se emplea una serie de sanciones e incentivos “inteligentes” con fundamentos terapéuticos para garantizar el cumplimiento y lograr un cambio positivo en la conducta. La abstinencia es un requisito para graduarse del programa.

### ***Sanciones***

Se implementa un sistema de sanciones progresivas e incentivos para promover el cumplimiento. Entre las sanciones aplicadas para promover un cambio positivo de conducta, pueden mencionarse: advertencia por parte del tribunal; comparecencia ante el tribunal con mayor frecuencia; análisis de orina más frecuentes; horas de trabajo comunitario; ensayos; contratos de tratamiento; revocación de la libertad bajo fianza; y sanciones diferidas.

---

personal y que no presentaban antecedentes penales o presentaban antecedentes por delitos menores podían ingresar al programa sin declararse culpables. Al finalizar con éxito el programa, se retiraban los cargos penales. Los solicitantes acusados de delitos más graves o que tenían antecedentes penales por delitos graves o una adicción más severa ingresaban de la segunda manera, es decir, mediante el esquema de ingreso posterior a la declaración (decisión), y debían declararse culpables. Una vez concluido con éxito el programa, recibían una pena no privativa de la libertad. Las condenas penales impuestas por los tribunales tradicionales a los solicitantes que podían ingresar al programa antes de declararse culpables no los incentivaba a participar de un riguroso programa de tratamiento intensivo como el de un TTD. Por ende, los TTD de Canadá han pasado a apuntar a los infractores-clientes con adicciones crónicas y severas que pueden ingresar tras declararse culpables. En efecto, los TTD canadienses se han vuelto programas de TTD posteriores a la declaración.

11. En el TTD de Toronto, este período tiene una duración de hasta 30 días y puede extenderse dependiendo de las circunstancias.

Hemos notado que las sanciones diferidas resultan muy eficaces para motivar una conducta positiva. Las sanciones por incumplimiento pueden diferirse durante un breve período, normalmente, de entre cinco y catorce días, para darle al infractor-cliente la oportunidad de adoptar una conducta o conductas que contribuyan a su rehabilitación. Si el infractor-cliente adopta dicha conducta, no se aplica la sanción, pero si no lo hace dentro del plazo especificado, se impone una sanción más dura.

## ***Incentivos***

Alguno ejemplos de incentivos incluyen felicitación por parte del tribunal; comparecencia ante el tribunal con menor frecuencia; restricciones horarias menos severas; certificados de consecución por concluir cada etapa del programa; salidas sociales; tarjetas de regalo; “lista de salida<sup>12</sup> temprana”: se le permite al infractor-cliente salir antes del tribunal si ha cumplido a la perfección los requisitos del programa desde la última fecha de comparecencia.

## ***Criterios para la graduación***

El criterio general para la graduación de todos los TTD es la abstinencia de las drogas ilícitas. Los detalles particulares de este requisito varían según el TTD. Un ejemplo de cómo varían los detalles específicos es el período de abstinencia total de su “droga adictiva principal”: en algunos casos, 4 meses. Un período de abstinencia total de otras drogas (incluido el alcohol): por ejemplo, 1 mes<sup>13</sup>. Algunos TTD exigen la abstinencia de toda droga ilícita y no diferencian el período requerido de abstinencia previo a la graduación en función del tipo de droga<sup>14</sup>.

Comúnmente, existen otros criterios de graduación, como contar con una vivienda adecuada y estable, tener un empleo de dedicación exclusiva o asistir a la escuela, y realizar los cambios necesarios en el estilo de vida.

---

12. Los infractores-clientes del TTD deben presenciar una sesión del tribunal para aprender de las experiencias de otras personas en sus mismas condiciones.

13. Requisitos de abstinencia de las drogas para graduarse del TTD de Toronto.

14. Requisitos de abstinencia de las drogas para graduarse del TTD de Toronto Oeste (para jóvenes).

## ***Resultado final***

Los “graduados” del TTD reciben penas no privativas de libertad. Las penas impuestas suelen comprender una orden de libertad condicional, que incorpora condiciones destinadas a estimular o facilitar la participación en programas de reinserción social.

## ***Lecciones aprendidas***

La experiencia de Canadá en lo que a los TTD se refiere le ha dejado algunas enseñanzas, entre ellas:

- la importancia de la interacción entre el juez y el infractor-cliente;
- la continuidad del personal asignado incrementa la eficacia;
- la importancia de institucionalizar el TTD;
- el personal de TTD asignado debe ser apto;
- es una muy buena idea contar con un manual operativo;
- es esencial respetar los 13 principios clave;
- no hay capacitación multidisciplinaria, lo cual atenta contra los TTD;
- los profesionales del TTD deben saber que podrían sufrir agotamiento;
- no es lo mismo, hablando de un solicitante del TTD, la elegibilidad que ser apto para participar;
- es una buena idea implementar programas destinados a cambiar la mentalidad delictiva;
- hay que evitar la ampliación de la red;
- la flexibilidad del programa y la colaboración con recursos de la comunidad son factores importantes;
- realizar análisis de orina al azar es una práctica inteligente;
- la evaluación es una de las mejores prácticas; y
- hay que difundir los logros.

## ***Comunicación entre el juez y el infractor-cliente***

La comunicación personal, en el ámbito del tribunal, entre el juez y el infractor-cliente del TTD es una parte indispensable del proceso del TTD. El juez no cumple la función de un asistente social ni de un terapeuta, sino que actúa como agente motivador que apoya y estimula el proceso terapéutico. El juez debe mostrar empatía, alentar y motivar al participante del TTD, y exigirle que rinda cuentas. La forma de hablar del juez debe reflejar y promover estos objetivos. Debe evitarse adoptar una actitud paternalista.

## ***Continuidad del personal asignado***

Los infractores-clientes del TTD interactúan en forma constante con el juez y los demás miembros del equipo del TTD. Ese contacto frecuente hace que los miembros del equipo del TTD estén muy familiarizados con la historia personal, las características, las peculiaridades, los antecedentes de tratamiento y el avance de los infractores-clientes. Dicha información de antecedentes, familiaridad y conocimiento garantiza la continuidad y mejora la eficacia del equipo del TTD.

La rotación frecuente de los miembros del equipo del TTD quiebra esa continuidad y genera enfoques incoherentes pues los miembros del equipo no pueden llegar a conocer ni comprender a cada participante del TTD. Destruye la dinámica del equipo, produce desconfianza entre sus miembros y atenta contra la eficacia global del método de TTD, lo que a su vez afecta de manera negativa los resultados. Una de las mejores prácticas es designar a todos los miembros del equipo del TTD durante períodos de doce meses y definir el personal de respaldo de antemano.

## ***Institucionalización del TTD***

También es conveniente tomar medidas en pos de la institucionalización del TTD en forma de tribunal para garantizar la continuidad del programa del TTD cuando se vaya un miembro importante del equipo, normalmente el juez.

## ***Personal asignado apto***

Si bien la interacción entre el juez y el infractor-cliente del TTD resulta crucial, también son importantes otros miembros del equipo. Además de las intervenciones de los terapeutas, los miembros del equipo del TTD realizan importantes evaluaciones y aportes en relación con los planes de tratamiento de los infractores-clientes del TTD en distintas instancias de debate en equipo.

Los comentarios formulados por los miembros del equipo del TTD durante las comparecencias ante el tribunal pueden tener un impacto significativo sobre el infractor-cliente: por ejemplo, cuando el fiscal felicita al infractor-cliente por su desempeño.

Los miembros de los equipos de TTD deben conocer los principios clave de los TTD, estar preparados para ponerlos en práctica y trabajar codo a codo como equipo. No todo el mundo tiene los rasgos de personalidad necesarios y adecuados para trabajar en un

TTD, por lo que el personal del TTD debe ser cuidadosamente seleccionado. Asignar al TTD a alguien que no tenga la personalidad adecuada puede ser muy contraproducente para la eficacia del TTD.

### ***Manual operativo***

Además, es esencial que el equipo del TTD cuente con un manual operativo, pues de ese modo se reducen los trastornos que inevitablemente se producen cuando se reemplaza a un miembro del equipo.

### ***Cumplimiento de los 13 principios clave***

No todos los TTD son iguales. Algunos producen resultados positivos, mientras que otros no. Uno de los principales motivos de dichas diferencias es el grado de cumplimiento, por parte del TTD, de los trece principios clave del método de TTD. El cumplimiento de los principios clave es una de las mejores prácticas.

### ***Capacitación multidisciplinaria***

La capacitación continua del personal del TTD es una de las mejores prácticas. Garantiza el cumplimiento de los principios clave del TTD y produce resultados positivos. Uno de los motivos por los que se formó la CATTDP (Asociación Canadiense de Profesionales de los Tribunales de Tratamiento de Drogas)<sup>15</sup> fue para brindarles a los profesionales de TTD la posibilidad de recibir capacitación continua. La sección de servicios profesionales de la CATTDP, el NPSCI les ofrece oportunidades de capacitación y desarrollo profesional a los interesados en trabajar en un TTD.

### ***Evitar el agotamiento***

Un aspecto importante de la capacitación en TTD es aprender a evitar el agotamiento y a aplicar estrategias destinadas a garantizar que los miembros del equipo del tribunal y los especialistas en tratamiento establezcan lazos de empatía con el infractor-cliente, y a la vez, mantengan la distancia necesaria para preservar su bienestar emocional, psicológico y físico sin poner en peligro su eficacia como profesionales del TTD.

---

15. Véase [www.caTTD.org](http://www.caTTD.org).



## ***Reunir los requisitos necesarios en contraposición a ser apto***

No todos los infractores-clientes que reúnen los requisitos de participación en un programa de TTD son aptos para participar. Los TTD establecen parámetros de referencia específicos y les exigen a los participantes rendir cuentas de su cumplimiento. Los infractores-clientes del TTD deben tener la capacidad cognitiva necesaria para comprender y participar. Así, por ejemplo, un infractor-cliente del TTD con una discapacidad cognitiva grave que le impida comprender las reglas y expectativas del programa de TTD no es apto para participar del programa y, por ende, no puede participar.

La condición de apto para participar de un programa de TTD de un infractor-cliente que reúne los requisitos necesarios puede determinarse en función de la capacidad del TTD de atender sus necesidades particulares de tratamiento. Hay casos en los que el infractor-cliente del TTD tiene una capacidad cognitiva que lo habilita a participar del programa del TTD, pero requiere un servicio adicional de tratamiento de salud mental que el TTD no está preparado para brindar y al que no puede acceder.

Otro ejemplo de la dicotomía cumplimiento de requisitos/condición de apto se da cuando un infractor-cliente del TTD que reúne los requisitos necesarios tiene tan incorporado el estilo de vida delictivo (por ejemplo, un traficante de drogas o distribuidor que sigue vendiéndoles drogas a los participantes del TTD) que su participación es perjudicial para los demás participantes.

Hay cantidad de circunstancias en las que un infractor-cliente del TTD que reúne los requisitos necesarios no es apto para participar de un programa de TTD. Una de las mejores prácticas en este sentido consiste en llevar a cabo un proceso minucioso y continuo de evaluación, y establecer lazos con la comunidad y organizaciones pertinentes para permitirle al TTD derivar a los participantes no aptos a TTD u otras intervenciones de tratamiento más adecuadas.

## ***Sesiones para cambiar la mentalidad delictiva***

Una de las principales premisas de un tribunal de tratamiento de drogas es que el infractor-cliente drogadicto principalmente comete delitos para financiar sus hábitos de consumo. Si bien este supuesto no es errado, dada la complejidad del ser humano, hemos observado que, en algunos casos, existe una relación más compleja entre estos factores.

El drogadicto debe desarrollar una serie de habilidades para ser un buen delincuente. En muchos casos, el nivel de eficacia de dichas tendencias delictivas determina si el drogadicto podrá tener los recursos necesarios para volver a comprar droga. Hemos notado que, a veces, algunas de las personas dependientes de drogas que presentan avances en sus intentos de controlar su enfermedad igual extrañan las sensaciones asociadas a su conducta delictiva. Para enfrentar este potencial problema, nos pareció prudente incorporar sesiones de tratamiento que aborden el tema de la conducta delictiva en los programas de TTD. Esa medida ha resultado eficaz para reducir la reincidencia en el delito.

### ***Diferentes parámetros de medición del éxito***

El término “graduado de TTD” puede resultar engañoso. En un sentido, es un reconocimiento a los logros de un infractor-cliente del TTD que ha recorrido en forma satisfactoria el arduo camino de recuperarse de una dependencia de drogas y ha cumplido los estrictos requisitos del programa para concluirlo con éxito. Es un reconocimiento al triunfo del espíritu humano sobre una considerable adversidad. Por otro lado, puede que no exprese de manera adecuada el hecho de que la recuperación es un proceso que lleva toda la vida. Para el drogadicto, la recuperación es un proceso de autocontrol para toda la vida que puede echarse a perder fácilmente si da un paso en falso, a diferencia de obtener un título universitario, que jamás podrán quitarle al graduado que cumplió legítimamente todos los requisitos.

Nos hemos dado cuenta de que el hecho de graduarse cumpliendo todos los requisitos del programa no es el único parámetro para medir el “éxito”. Los TTD no pueden atender a los infractores-clientes en forma indefinida, y a algunos graduarse les puede llevar un tiempo considerablemente mayor que la duración prevista del programa del TTD. Puede que, durante su paso por el programa, esos infractores-clientes lleguen a un nivel de “cumplimiento sustancial” de los parámetros de referencia de la recuperación de una adicción a las drogas. Entre esos parámetros de referencia, podemos mencionar: reducción significativa del consumo de drogas; ausencia de conductas delictivas; mayor estabilidad social; y adquisición de herramientas que transforman al drogadicto en un miembro productivo de la sociedad.

Es conveniente tener una manera de reconocer ese éxito y facilitar una transición eficaz a los programas continuos de reinserción social, sobre todo, cuando el infractor-cliente del TTD ya lleva un tiempo en el programa y necesita mucho más tiempo para conseguir el objetivo máximo, la “graduación”.

## ***Evitar la ampliación de la red***

Es conveniente evitar la ampliación de la red. Hemos observado que no hay necesidad de captar a infractores-clientes a los que les está yendo bien en programas de tratamiento menos intensivos. Es importante que el tipo de intervención de tratamiento se ajuste a las circunstancias y necesidades del infractor-cliente.

Los programas auspiciados por los TTD son intensivos. El método de TTD es uno más dentro de una serie de intervenciones de tratamiento disponibles, y su finalidad es complementar otros procesos eficaces de tratamiento. Los TTD de Canadá apuntan a los infractores-clientes que presentan un alto riesgo de seguir consumiendo drogas y delinquiendo, y con quienes no han funcionado las demás intervenciones de tratamiento<sup>16</sup>.

## ***Importancia de la colaboración y la flexibilidad***

Los TTD no funcionan de manera aislada. Los TTD exitosos trabajan codo a codo con distintos servicios y entidades de la comunicad para brindar tratamiento y servicios especializados, como tratamiento especializado de la dependencia de drogas para personas con trastornos concurrentes, adictas embarazadas, tratamiento específico a una cultura o a un sexo, tratamiento médico y psiquiátrico, capacitación laboral, vivienda y empleo. Resulta claro que un enfoque de rehabilitación holística produce los mejores resultados a largo plazo.

Los TTD deben ser flexibles e innovadores para garantizar que sus programas sigan atendiendo las necesidades de las poblaciones meta.

## ***Los incentivos son importantes***

Las sanciones y los incentivos son importantes herramientas que emplean los TTD para promover el cumplimiento de las reglas y las expectativas de los programas. Por importantes que resulten las sanciones para garantizar el cumplimiento, los incentivos también son de suma importancia para promover conductas en pos de la rehabilitación. Contar con un gran presupuesto no es un requisito esencial de un programa de incentivos eficaz; sin embargo, la creatividad es un factor indispensable.

---

16. Véase nota al pie 11.

## ***Análisis de drogas aleatorios***

Los metabolitos derivados del consumo de drogas permanecen en los fluidos corporales durante un tiempo determinado. Los análisis de orina no aleatorios les permiten a los infractores-clientes calcular en qué momento consumir droga de manera tal que los metabolitos de las drogas ilícitas hayan desaparecido del organismo y no puedan detectarse al someterse a un análisis de drogas. Los análisis de drogas aleatorios les impiden a los infractores-clientes manipular los resultados de los análisis eligiendo en qué momento consumir drogas.

## ***Evaluación y difusión***

En algún momento, alguien preguntará: “¿Está funcionando el TTD?”. Hay que decidir qué información debe reunirse para monitorear y demostrar la eficacia del programa (lo que incluye qué grupo de comparación emplear y cómo hacerle un seguimiento). Debe implementarse un sistema que facilite la recopilación de información y la creación de informes útiles. Es aconsejable asimismo establecer parámetros de referencia para evaluar el grado de cumplimiento de los principios clave de los TTD y los efectos sobre los resultados del programa.

Entre los parámetros de referencia, pueden mencionarse: permanencia en el tratamiento; efectos sobre el consumo de drogas; efectos sobre la conducta delictiva; efectos sobre el bienestar físico, emocional y psicológico del infractor-cliente; y consecuencias en materia de costos. Se recomienda identificar las posibilidades de ahorro de costos y los efectos sobre las relaciones familiares y demás relaciones sociales. La enumeración anterior es sólo a fines enunciativos.

Es conveniente que el TTD difunda sus logros entre las partes interesadas, los hacedores de políticas y los encargados de tomar decisiones. Es importante que la comunidad atendida por el TTD sepa que el TTD ayuda a rehabilitar a los infractores dependientes de drogas, lo cual es una manera de protegerla y ahorrarles dinero a los contribuyentes. Esto le suma apoyo al TTD y contribuye a atraer los fondos y otros recursos que tanto se necesitan para optimizar la eficacia del TTD.

### **Los TTD de Canadá en cifras<sup>17</sup>**

---

17. Este documento fue elaborado por el Instituto Nacional de Investigación y Evaluación del CATTDP, y, específicamente, por James Budd, Irene Hoffart, el Dr. Cam Wilde, wl Dr. Michael

Los datos interesantes que a continuación se enumeran fueron reunidos por algunos evaluadores de TTD canadienses y demuestran que los TTD cambian vidas y favorecen a la comunidad.

### ***TTD: un último recurso***

- Nada menos que el 90% de los participantes de TTD presentan un extenso historial de condenas previas; por ejemplo, en un TTD del oeste de Canadá, los participantes tenían, en promedio, veinticuatro condenas anteriores.
- La cantidad de clientes de TTD que padecen depresión o trastornos de ansiedad, además de su adicción, llega al 70 %, y muchos también presentan síntomas de estrés postraumático y problemas de salud crónicos o agudos.
- En algunas jurisdicciones, hasta el 95% de los participantes se encuentran desempleados al ingresar al programa, y el 22% de los participantes indica que las actividades delictivas son su única fuente de ingresos.
- El 90% de los participantes a quienes se les aplicó el inventario de nivel de riesgo (LS/CMI) obtuvieron una calificación de riesgo de reincidencia “alto” o “muy alto”.
- En algunos tribunales, el 75% de los participantes no había tenido experiencias positivas de tratamiento antes de ingresar al TTD.
- El 86% o más de los participantes de TTD comenzó a consumir drogas antes de cumplir 18 años, y algunos consumen desde los 12 años.

### ***El TTD no es una opción más sencilla y laxa***

- Los TTD ofrecen servicios de tratamiento manejo de casos y supervisión judicial intensivos.
- Los participantes de los TTD quedan en libertad bajo fianza, pero deben cumplir una serie de requisitos estrictos, que incluyen restricciones horarias, condiciones de alojamiento y restricciones para acercarse a ciertas personas y lugares. En muchos casos, los participantes deben acatar esas condiciones durante un período mucho más largo que la condena que les hubiera correspondido de no ingresar al programa.
- Los participantes de los TTD están obligados a asistir semanalmente al tribunal durante un período de 9 a 12 meses o mayor.

---

Weinrath y Pamela Smith a partir de una revisión de las evaluaciones de los TTD de Ottawa, Edmonton, Calgary y Regina.

- Los programas residenciales de tratamiento pueden durar entre 30 días y 6 meses; algunos programas de TTD ofrecen 700 horas o más de tratamiento ambulatorio.
- Los TTD les exigen a los participantes someterse a análisis de orina aleatorios al menos una o dos veces por semana.
- Para graduarse, los participantes deben lograr un período prolongado de abstinencia; no recibir nuevas acusaciones penales; tener una vivienda estable; y participar de alguna actividad que resulte beneficiosa para la sociedad, como empleo, educación o trabajo voluntario.

### ***El TTD reduce el consumo de sustancias y el delito***

- Un TTD del oeste de Canadá realizó un seguimiento de los participantes hasta 18 meses después de su graduación; más de la mitad no había reincidido en el delito.
- Ofrecer tratamiento criminógeno en los TTD ayuda a los clientes a cambiar sus pautas de pensamiento delictivo y puede reducir la reincidencia en un 70%.
- Un TTD de Ontario determinó que, sólo en esa ciudad, el TTD produjo una reducción anual de \$3 millones<sup>18</sup> en los gastos relacionados con drogas. Las actividades delictivas requeridas para financiar el consumo de drogas (robos y/o narcotráfico) se estiman en otros \$9 millones, lo que totaliza un ahorro de aproximadamente \$12 millones.
- Un TTD informa que la frecuencia del consumo de drogas se redujo de un promedio de 28,5 días por mes a sólo 0,8 días por mes durante la participación en el programa. Otro TTD del oeste de Canadá observó que alrededor de un tercio de los participantes no consumió drogas ni alcohol durante un año o más estando en el programa.
- Cuando se comparó a los participantes de un TTD con los clientes de un programa residencial de tratamiento con causas judiciales abiertas, se observó que la totalidad de los participantes del TTD no había consumido sustancias durante el período de seguimiento, a diferencia de sólo el 64% de los que únicamente habían recibido tratamiento contra la dependencia de drogas sin el apoyo y la supervisión del TTD.

---

18. Dólares canadienses.

## ***El TTD mejora y salva vidas***

- Los TTD contribuyen a la reunificación familiar. Aproximadamente el 50% de los participantes de TTD reestablece los lazos con los familiares que los apoyan tras ingresar al programa.
- Lo TTD que brindan servicios de empleo/educación registran resultados extraordinarios: hasta el 75% de los participantes encara actividades educativas o laborales.

Al menos 61% de los participantes que ingresan al TTD sufre problemas de salud agudos o crónicos. En cualquier momento, hasta dos tercios de los participantes de algunos TTD pueden dar positivo en un análisis de hepatitis C. Estos problemas se abordan mediante servicios de salud en las instalaciones de algunos tribunales, alianzas para recibir atención médica en las comunidades y manejo intensivo de casos.

- Un TTD del oeste de Canadá administró la prueba de la Escalera Cantril<sup>19</sup>, una sencilla escala que mide las percepciones sobre la calidad de vida de los clientes y que califica con 1 la calidad de vida más baja y con 10 la más alta. La satisfacción general de los clientes respecto de su vida mejoró de un puntaje promedio de 1,8 al ingresar a 7,8 al graduarse.

## ***Conclusión***

Los TTD son parte de una iniciativa mundial destinada a cortar el innegable vínculo que existe entre la dependencia de drogas y el delito. Se trata de una iniciativa integrada y coordinada que apunta a lograr la rehabilitación holística del infractor-cliente drogadicto sin poner en riesgo con ello la seguridad pública; de hecho, la idea es mejorarla. Es una intervención que ha tenido resultados muy positivos y que merece ser considerada seriamente por jurisdicciones de todo el mundo.

---

19 The Self-Anchoring Striving Scale, in Cantril, Hadley. Pattern of Human Concerns, 1965.

## CAPÍTULO 3

### PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA: DOS PERSPECTIVAS

#### PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA

*Dra. Grace Campbell, Directora Médica y Jefe de Justicia Penal de los Servicios para personas dependientes de drogas, de Glasgow*

---

*A efectos de sumar adeptos y, una vez establecido, tener posibilidades de prosperar, el concepto de tribunales de tratamiento de drogas debía cumplir las necesidades encontradas del poder judicial, el defensor de oficio, el fiscal, la policía y los proveedores de servicios sociales<sup>1</sup>.*

En esta cita, Brummer, defensor público del Programa de Tratamiento de Drogas y Trabajo Comunitario experimental del condado de Miami-Dade (“Tribunal de Tratamiento de Drogas”) resume de manera elocuente los desafíos que debían enfrentar los equipos legales y los proveedores de servicios médicos en 1989. Más de dos décadas después, pese al hecho de que los consumidores de drogas siguen conformando una gran parte de la población carcelaria, los sistemas carcelarios carecen de programas adecuados de tratamiento y rehabilitación para los reclusos. Se estima que entre el 60% y el 80% de la población carcelaria “se encontraba bajo la influencia de drogas o alcohol al cometer el delito; cometió el delito para financiar una adicción a las drogas; fue acusado de un delito relacionado con drogas o alcohol; o es consumidor habitual de sustancias” (Belenko & Peugh)<sup>2</sup>. Internacionalmente, se ha reconocido (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2007<sup>3</sup>; artículo 14 de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988<sup>4</sup> y artículo 38 de la Convención Única de 1961<sup>5</sup>) que debe promoverse la adopción de un enfoque del consumo de drogas y la

- 
1. Brummer, B H y Rodham H, *Miami’s Drug Court: Leading the Way*, 1993, pág. 1.
  2. Belenko, S y J. Peugh. *Behind Bars: Substance Abuse and America’s Prison Population*. Centro Nacional de Lucha contra las Adicciones y las Toxicomanías de Nueva York, perteneciente a la Universidad de Columbia, 1998.
  3. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, EN/INCB/2007/1.
  4. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, 1988.
  5. Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes, 1961, artículo 38.



drogodependencia basado en la atención de la salud y no en sanciones penales. Ciertos estudios demuestran que las sanciones meramente penales tienen un impacto mínimo o nulo sobre la reincidencia. ¿Qué pruebas hay de la eficacia del tratamiento? ¿Cuáles son los principios clave para establecer tribunales de tratamiento de drogas exitosos y, lo que es más importante, cuáles son los principales desafíos y obstáculos?

### ***La drogodependencia es una enfermedad***

La drogodependencia es un trastorno complejo y 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<sup>6</sup>. 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”<sup>7</sup>.

Los trastornos de consumo de drogas también están asociados con un incremento del riesgo de otras enfermedades, como virus de transmisión sanguínea (VIH/SIDA), hepatitis B y C, tuberculosis, suicidio, sobredosis (intencionales y accidentales), daños auto-infligidos y enfermedades cardiovasculares. Los modelos sobre la adicción se analizarán en una sección posterior del presente capítulo.

### ***Tratamiento de la drogodependencia***

Dado que la drogodependencia es similar a otras enfermedades crónicas, debería responder al tratamiento con medicamentos y otras intervenciones<sup>8</sup>. Se han publicado

---

6. *Treatnet* de la ONUDD, 2010, pág. 1.

7. Principios del Tratamiento de la Drogodependencia, ONUDD, 2009, pág. 1.

8. McLellen A T, Lewis D C, O'Brien C P, Kleber H D, Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. Implications for Treatment, Insurance and Outcome Evaluations, publicación de la American Medicine Association, 2000, pág. 3.

numerosos estudios sobre los resultados del tratamiento de la drogodependencia (DATOS<sup>9</sup>, DORIS<sup>10</sup> y NTORS<sup>11</sup>). Los detalles de los tipos específicos de tratamiento y medicamentos se analizan a continuación. 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”<sup>12</sup>.

### ***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 (Hubbard<sup>13</sup>, Gossop<sup>14</sup> y McKeagany<sup>15</sup>). 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. Resulta difícil estimar sus costos totales para la sociedad. Además de los costos en términos de salud y demás 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. Todo ello se traduce en un costo monetario astronómico y un desperdicio inaceptable de recursos humanos”<sup>16</sup>.

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

---

9. Drug Abuse Treatment Outcome Study 2008, NIDA.

10. McKeagany N., Bloor M., McIntosh J. & Neale J., Drug Outcome Research in Scotland 2008, Centre for Drug Misuse Research.

11. Gossop M, Madsen J & Stewart D, *The National Treatment Outcome Research Study*, Boletín 5, 2001.

12. McLellen et al, Drug Dependence, A Chronic Medical Illness. Implications for Treatment, Insurance and Outcome Evaluations, pág. 18.

13. Hubbard R., *Treatment for Drug Dependence*, Association of American Physicians, 1999.

14. Gossop et al, NTORS 2001.

15. McKeagany et al, DORIS 2008.

16. Principios del Tratamiento de la Drogodependencia, ONUDD, 2009, pág. 2.

131.700 millones y USD 171.600 millones, respectivamente<sup>17</sup>. 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.

### ***Relación entre la salud pública, el tratamiento y la justicia penal***

Según Doug Marlowe, “Un enfoque ha demostrado sistemáticamente su potencial para reducir el consumo de drogas y la reincidencia delictiva: una estrategia integrada de salud y seguridad públicas que combine tratamientos comunitarios del abuso de drogas y una supervisión continua por parte de la justicia penal”<sup>18</sup>.

En el condado de Miami-Dade, era evidente, y aún lo es, que las entidades de tratamiento del abuso de drogas atienden a los mismos infractores/pacientes que el sistema de justicia penal. Los tribunales de tratamiento de drogas son un claro ejemplo de que la salud y la justicia penal pueden colaborar para tratar el abuso de drogas y reducir las actividades delictivas. El sistema jurídico establece revisiones periódicas por parte del tribunal, en las que se felicita a los que presentan avances y se sanciona a los que no cumplen las condiciones que se les impusieron.

El documento *From Coercion to Cohesion: Treating Drug Dependence through Health Care Not Punishment* del año 2010, publicado por la ONUDD, alienta a los países a adoptar un enfoque de la drogodependencia desde la perspectiva de la salud, que comprenda asistencia social integral y un tratamiento específico de la drogodependencia y psicosocial<sup>19</sup>. “Pasar de un enfoque basado en las sanciones a uno basado en la salud es coherente con las convenciones internacionales en materia de control de drogas. Además, está en sintonía con un gran conjunto de evidencias científicas”<sup>20</sup>. Sin embargo, el presente artículo aclara que este enfoque se contrapone completamente al tratamiento obligatorio sin derecho a que la persona que consume tenga la alternativa de rechazarlo.

---

18. Marlowe D., *Integrating Substance Abuse Treatment and Criminal Justice Supervision, Science & Practice Perspectives*, 2003, pág. 1.

19. ONUDD, *From Coercion to Cohesion: Treating Drug Dependence Through Healthcare Not Punishment*, 2010.

20. *Ibíd.*, pág. 2.

Un trabajo anterior de la ONUDD, *Custodial and Non-Custodial Measures: Alternatives to Incarceration*<sup>21</sup>, llamaba a los gobiernos a adoptar iniciativas multidisciplinarias, como tribunales de tratamiento de drogas (TTD) y reconocía la labor que se venía llevando a cabo en los Estados Unidos, Europa y Australia.

## **Principios y desafíos clave**

En 1997, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos publicó *Defining Drug Courts: 10 Key components*<sup>22</sup>. En 1999, La ONU y un panel de expertos redactaron 12 Principios Clave que delinearon los principales componentes de un TTD<sup>23</sup>. En 2009, la ONUDD<sup>24</sup> y la CICAD<sup>25</sup> elaboraron documentos sobre los principios del tratamiento y la rehabilitación de la drogodependencia. ¿Cómo se aúnan estos conceptos?; ¿cuáles son los obstáculos potenciales?; y ¿puede uno adaptarse al otro?

## **Labor multidisciplinaria**

El principio de la labor multidisciplinaria es quizás el que plantea el mayor desafío. El sector de la salud, la asistencia social y el sistema de justicia ven cada caso como un “paciente”, “cliente” o “infractor”. En TTD pilotos del Reino Unido, “Las dificultades de los esquemas piloto son consecuencia de encarar una compleja empresa conjunta de la que participan organizaciones con diferentes modos de trabajo, tradiciones y valores. La labor multidisciplinaria fue el mayor desafío”<sup>26</sup>. Muchas de las dificultades pueden mitigarse mediante la capacitación conjunta, memorandos de entendimiento, buenas vías de comunicación y revisiones, así como reuniones continuas. No puede resaltarse lo suficiente la importancia de contar con un coordinador general que reúna a todos los actores involucrados.

## **Recursos y costos**

- 
21. ONUDD, *Custodial and Non-Custodial Measures: Alternatives to Incarceration*, 2006.
  22. Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *Defining Drug Courts: The Key Components*, 1997.
  23. ONUDD, 12 Principios Clave para los Tribunales de Tratamiento de Drogas, 1999.
  24. ONUDD, Principios para el Tratamiento de la Drogodependencia, 2009.
  25. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional, Organización de los Estados Americanos. Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la CICAD: Principios Básicos para el Tratamiento y la Rehabilitación del Abuso y la Dependencia de Drogas en el Hemisferio, 2009.
  26. Eley S., *Drug Treatment and Testing Orders in Scotland: Exploring Professional Perspectives on The Deserving and the Undeserving*, Universidad de Stirling, pág.3.

Los recursos y los costos son los siguientes desafíos importantes. Intentar contratar y retener personal calificado y de ideas afines de todas las profesiones se consideraba uno de los mayores obstáculos en la publicación de la OEA *Establishing Drug Treatment Courts: Strategies, Experiences and Preliminary Outcomes*<sup>27</sup>. Según los encuestados, la falta de financiamiento estable era el mayor obstáculo con el que se enfrentaban<sup>28</sup>. La mayoría de los encuestados debían buscar fondos dentro de los recursos existentes, mientras que algunos habían recibido fondos especiales para la puesta en marcha o había logrado que el gobierno se comprometiera a reservar o afectar fondos para tal fin durante tres años. La mayoría manifestó que sus proyectos contaban con una combinación de fondos federales y estatales, y que estaban destinados a fines judiciales y de tratamiento de los problemas mentales/adicciones.

A continuación, se enumeran algunos de los obstáculos que enfrentaban los encuestados:

- “Obtener financiamiento ha sido el mayor obstáculo a la hora de crear un programa viable y sustentable. Una de las metas sigue siendo mostrarles a las distintas partes interesadas la eficacia de los tribunales de tratamiento de drogas”<sup>29</sup>
- “Demostrar que el programa no es indulgente con el delito”<sup>30</sup>;
- “Resistencia por parte de los que creen que la adicción a sustancias no es una enfermedad legítima que deba tratarse, la cual se mitigó con educación pública, contacto con el proceso de los TTD y logros”<sup>31</sup>.

Las estrategias destinadas a resolver los problemas de financiamiento y conseguir (y mantener) apoyo ideológico y financiero, comprendían educación, resultados de evaluación positivos, alentar a los distintos interesados a asistir a las graduaciones y a estar presentes en las revisiones del tribunal, y recurrir a las comunidades locales.

También se requieren fondos para la capacitación continua, que resulta necesaria para garantizar una labor multidisciplinaria sin problemas y para reducir la rotación de personal.

---

27. Cooper C., Franklin B. & Mease T., *Establishing Drug Treatment Courts: Strategies, Experiences and Preliminary Outcomes Overview and Survey Results*, 2010.

28. *Ibíd.*, pág. 100.

29 Cooper et al *Establishing Drug Treatment Courts: Strategies, Experiences and Preliminary Outcomes Overview* at p 106.

## ***Indicaciones clave de desempeño: Seguimiento y evaluación***

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. De esta manera, la comunidad local es testigo de los avances del cliente. Otros resultados clave de la evaluación son una menor reincidencia y mayores índices de salud y graduación. La mayoría de los encuestados de la publicación de Cooper y otros manifestó que los índices de reincidencia y graduación eran las medidas más significativas de la eficacia de sus programas<sup>30</sup>. Es esencial poder demostrarles al sistema de justicia penal y a la comunidad local que se ahorran costos para no perder el apoyo del gobierno y la comunidad. Para conseguir apoyo en el ámbito local, resulta clave lograr una reducción de los delitos menores y los allanamientos de domicilio, y promover el respeto por la ley en los individuos que se reinseran en la comunidad. “Le ha permitido a nuestra comunidad ahorrar un monto significativo de dinero ofreciéndole tratamiento al grupo de personas dependientes de drogas que ha cometido una cantidad desproporcionada de delitos y que genera una tensión desproporcionada en los servicios de la comunidad, como la policía, los servicios de emergencia y los hospitales”<sup>31</sup>.

## ***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. Este tema se tratará con mayor profundidad en el Capítulo 9.

## ***Conclusión***

---

30. Cooper et al, Establishing Drug Treatment Courts: Strategies, Experiences and Preliminary Outcomes, pág. 106

31. *Ibíd.*, pág. 110.

Muchos países buscan alternativas al encarcelamiento por el consumo de drogas y los delitos relacionados. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito dijo lo siguiente: “El tratamiento como alternativa a las sanciones penales se recomienda expresamente en las convenciones internacionales sobre control de drogas y ha resultado más eficaz que el encarcelamiento para promover la recuperación de los dependientes de drogas y reducir los delitos relacionados con las drogas”<sup>32</sup>.

Según Marlowe, se logra una reducción significativamente mayor del consumo de drogas, la reincidencia en el delito y el desempleo en los clientes de los TTD, en comparación con los individuos sometidos a un sistema de libertad condicional estándar o intensivo<sup>33</sup>.

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.

---

32. ONUDD, *From Coercion to Cohesion: Treating Drug Dependence Through Healthcare Not Punishment*, 2010, pág. 11.

33. Marlowe D., *Integrating Substance Abuse Treatment and Criminal Justice Supervision, Science and Practice Perspectives*, 2003, pág. 8.

## PERSPECTIVAS CLÍNICAS DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE DROGAS Y LOS SERVICIOS AUXILIARES

*Dr. Myo Kyaw Oo, Consultor en Psiquiatría y Director Médico, Hospital Bellevue; Director de Programa, Programa de Tratamiento y Rehabilitación del Tribunal de Tratamiento de Drogas, Kingston, Jamaica*

---

### ***Abuso de sustancias como síntoma inicial***

El abuso de sustancias es una enfermedad. Sigue un curso crónico con deslices y recaídas periódicas hasta que el individuo finalmente logra adoptar un estilo de vida de buena calidad, sin drogas y sostenible. Hay suficientes pruebas científicas de que la drogodependencia es una enfermedad cerebral en la que se producen cambios en la estructura y la neuroquímica del cerebro de quien consume drogas.

Sabemos que a cualquier drogodependiente le cuesta dejar las drogas sometiéndose a un solo programa de tratamiento. Muchos enfrentan dificultades una vez concluido el programa, luchan por llevar una vida sin drogas y tienen varios deslices hasta finalmente lograr su meta o sufrir una recaída total. La función de los servicios de tratamiento es facilitar el proceso de recuperación en un entorno accesible que brinde oportunidades en función de las necesidades del individuo.

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. La calidad de la atención, a su vez, depende de lo abarcadores que resulten los servicios de tratamiento.

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. (1, 2, 17)

### ***Servicios de tratamiento de calidad y la importancia de adoptar un enfoque bio-psico-sociocultural***

Con los años, ha cambiado la concepción de los factores causales subyacentes que llevan a muchos pacientes a depender de distintas sustancias. Han surgido muchas teorías, desde la falta de valores morales a una etiología de múltiples factores. Ahora, se



acepta que es una combinación de todos los factores. Los factores causales son específicos a cada individuo y, por lo tanto, no son aplicables a todos. (1)

La idea de que el abuso de drogas es causado por una combinación de factores bio-psico-socioculturales ha tenido un impacto significativo en los servicios de tratamiento. Cuando los dependientes de drogas delinquen, su problema deja de ser solamente el abuso de sustancias. A esa altura, muchos han sido abandonados por sus familias o los encargados de atenderlos debido a las intensas emociones despertadas por dichos individuos y sus conductas. Por ende, el tratamiento debe contemplar todos los aspectos de un drogodependiente atendiendo todas sus áreas de diferentes necesidades mediante un enfoque holístico.

### ***Compromiso y dedicación***

El desarrollo de programas y servicios de tratamiento requiere involucrar a un equipo con un enfoque multisectorial y multidisciplinario, que cuente con un sólido compromiso y dedicación de parte de los proveedores de tratamiento profesionales y de la cúpula administrativa y política. El abuso de drogas es un problema de salud pública y debe ser una prioridad de todos, no sólo de los proveedores de tratamientos, los profesionales y los expertos. La sólida dedicación de un equipo comprometido determina la sustentabilidad y la calidad de los servicios de tratamiento, sobre todo, en los países en vías de desarrollo donde la disponibilidad de recursos siempre ha sido un obstáculo. Los servicios de tratamiento serán más viables y rendirán más frutos si todos los interesados tienen una visión compartida y una responsabilidad colectiva, respaldadas por un memorando de entendimiento firmado por los distintos organismos que establezca las funciones y responsabilidades de cada uno.

### ***Meta del tratamiento***

La meta final del tratamiento es lograr una vida de calidad y sin drogas. La recuperación del drogodependiente es un proceso. La medicina basada en evidencias demuestra que el abuso de sustancias es una enfermedad crónica.

La tarea de los proveedores de tratamiento es crear un entorno en el que las personas con dependencia de drogas se encuentren así mismos, readapten su vida y busquen maneras de enfrentar sus conductas adictivas y sus problemas con la ley (o involucramiento delictivo). Muchos de los programas existentes de tratamiento del abuso de sustancias, adoptan sus propios criterios de ingreso. Si bien dichos criterios determinan quiénes son aceptados en el programa, a menudo se excluye a muchas

categorías de drogodependientes. Cualquier drogodependiente a quien se le niegue el ingreso a un programa de tratamiento por esos criterios restrictivos bien pueden ingresar en el sistema de justicia penal en algún momento de su período de abuso de drogas. La meta final del tratamiento es suspender completamente el consumo, a través de maximizar la motivación y apuntando hacia evitar la recaída.

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 la importancia de un sistema de apoyo familiar para el proceso de recuperación***

Según nuestra experiencia, muchos familiares pierden la esperanza y, a veces, ya no tienen voluntad de apoyar a los drogodependientes. Por ende, la mayoría de los drogodependientes terminan marginados y excluidos de la sociedad.

En el caso de los infractores con problemas de abuso de sustancias, deben atenderse dos cuestiones básicas: el problema de abuso de sustancias subyacente y el riesgo criminógeno de cometer un delito. Los infractores dependientes de drogas no tienen mucha idea de la conexión que existe entre ambos factores. Si se reestablecen y se mantienen vínculos estrechos con la familia y se comienza terapia familiar, podría haber más posibilidades de suspender el consumo a largo plazo y reducirse el riesgo de recaídas. (13, 18)

### ***Servicios de tratamiento de la drogodependencia de calidad***

Es esencial contar con una política y un plan de salud para coordinar todos los servicios y actividades relativos a la salud mental. Sin políticas y planes adecuados, es probable que los trastornos mentales se traten de manera ineficiente y fragmentada (OMS).

Resulta absolutamente necesario que la política nacional en materia de salud mental contemple la organización de servicios integrales de abuso de sustancias y la mejora de la calidad. Hay algunos elementos esenciales para determinar la calidad de los programas ofrecidos. La accesibilidad y la estructuración son elementos de suma importancia al diseñar servicios de tratamiento, con especial énfasis en captar a todos los tipos de drogodependientes, incluidas las diferencias en términos de género,

minoridad y diversidad, y las necesidades de los jóvenes. Cada programa debe contar con una política, por escrito y clara, en la que se establezca la población meta, la calidad mínima de atención, las metas y los principios del tratamiento, así como los servicios ofrecidos (incluidos servicios de derivación, colaboración con servicios auxiliares y servicios de internación). El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas ha adoptado trece principios de tratamiento de la drogodependencia para las poblaciones carcelarias.

No resulta nada fácil mantener el nivel de calidad del primer mundo cuando el programa se implementa en un entorno del tercer mundo debido a que los recursos son limitados y no están distribuidos en forma pareja. Cada programa de tratamiento del abuso de sustancias debe respetar las normas y pautas disponibles en materia de aseguramiento de la calidad. La CICAD y la OPS desarrollaron normas mínimas de atención de drogodependientes. Las normas mínimas deben ser adecuadas a cada país desde el punto de vista cultural y económico en función de las necesidades situacionales. (6, 12, 16)

### ***Tribunales de tratamiento de drogas***

El tratamiento brindado bajo supervisión de un tribunal de tratamiento de drogas es esencialmente el mismo de un programa común y corriente, con ciertas excepciones, como análisis de orina periódicos y aplicación de sus resultados para reforzar el cambio de conducta mediante sanciones judiciales y recompensas.

El sistema de supervisión judicial cumple una función muy importante para las personas dependientes de drogas que pasan de un tratamiento general de la drogodependencia a un tratamiento en un tribunal de tratamiento de drogas. Los tribunales de tratamiento de drogas y su tratamiento constituyen uno de los programas esenciales que pueden ofrecerse como alternativa.

### ***Análisis/evaluación***

El análisis llevado a cabo por los tribunales de tratamiento de drogas comprende dos pasos principales: análisis legales y médicos para el ingreso al programa. El análisis legal es el primer paso para determinar si el individuo reúne los requisitos de ingreso al tribunal de tratamiento de drogas y se basa en los criterios legales establecidos por ley en algunas jurisdicciones. La gravedad del delito y/o los informes de indagación social elaborados por los funcionarios del sistema de libertad condicional o los asistentes sociales pueden servirle al tribunal para determinar qué individuos cumplen los requisitos generales.

Al análisis legal le siguen entrevistas detalladas e integrales de evaluación a cargo de los proveedores de tratamiento. El propósito del análisis clínico es evaluar si el participante está listo para participar del programa de tratamiento. La inclusión de medios de análisis tanto objetivos como subjetivos hace que la evaluación sea más completa y permita conocer el problema de abuso de drogas del individuo y su vínculo con la conducta delictiva.

Mediante la evaluación, no sólo se puede identificar la información necesaria respecto de tipos, duración, patrón y grado de dependencia, sino también los problemas bio-psicosociales, interpersonales y familiares del participante. Hoy en día, existen muchas herramientas de análisis, entre ellas, ASI, DAST, ASSIST, TCUDS II. La elección de los instrumentos y las cantidades que se emplearán debe basarse en muchos factores, entre ellos, el hecho de ser adecuados o no a la realidad fiscal, la cultura, la edad y el género, y las propiedades psicométricas de exactitud, confiabilidad y validez.

La etapa de evaluación sirve para identificar la estructura y dinámica familiar del participante, sus posibles antecedentes de abuso físico y sexual, sus logros académicos y su grado de alfabetización, su situación laboral y sus habilidades, su salud mental, sus discapacidades, sus antecedentes de detenciones y condenas, la estructura de su personalidad y sus mecanismos de afrontamiento, sus condiciones de vivienda, sus expectativas profesionales, sus áreas problemáticas y sus fortalezas, y sus antecedentes en cuanto a la rehabilitación y el sistema de apoyo social. Dada la elevada prevalencia de trastornos concurrentes en infractores dependientes de drogas, resulta conveniente indagar más acerca de sus antecedentes y escoger la herramienta adecuada para identificar sus trastornos mentales.

Entrevistar a familiares, parejas, colegas e individuos interesados es muy útil para corroborar la gravedad de los problemas y determinar qué servicios deben incluirse en el plan de atención del caso.

Es muy importante adoptar un enfoque bio-psico-sociocultural al evaluar todos los antecedentes para planificar el programa de tratamiento del individuo. El proveedor de tratamiento debe comprender cómo llegó el individuo a consumir drogas, en qué etapa de su vida y los factores o circunstancias de vulnerabilidad que transforman a un drogodependiente en un infractor en algún momento de su vida.

Debe examinar los factores que llevaron al infractor a persistir en su conducta adictiva y además explorar sus habilidades de afrontamiento y factores estresantes en orden cronológico a lo largo de su edad de desarrollo. Básicamente, el proveedor de

tratamiento debe tener una imagen holística y completa de la vida del participante desde el día de su nacimiento hasta el día de la evaluación.

Eso ayudará al proveedor de tratamiento a comprender la patogénesis subyacente del participante, es decir, cómo llegó a consumir drogas y posteriormente a delinquir, y por qué no pudo escapar del ciclo de abuso de drogas. Esa información podría utilizarse en el proceso de orientación y, de hecho, le servirá al infractor consumidor de drogas a conocerse a sí mismo y a llegar a recuperarse.

La evaluación debe ser llevada a cabo por un profesional de la salud capacitado, preferentemente, un asistente social, enfermera, psicólogo o psiquiatra, o un equipo de profesionales de la salud y consejeros en abuso de sustancias.

Resulta indispensable realizar un examen físico general y sistémico con posterioridad a la investigación de antecedentes para identificar las complicaciones físicas del abuso de sustancias y las enfermedades físicas coexistentes. Existe un estrecho vínculo entre el abuso de sustancias y el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, y la tuberculosis. De requerirse, los análisis de laboratorio y demás investigaciones deben estar a disposición de los interesados y poder consultarse con facilidad. (7, 9, 13, 15, 18)

### ***Ingreso inmediato y disponibilidad de las modalidades de tratamiento***

Resulta muy importante el ingreso inmediato tras la evaluación y la disponibilidad de servicios de tratamiento y rehabilitación ambulatorios y con internación para cada cliente con necesidades especiales. A aquellos que cuentan con un buen sistema de apoyo, les va bien como pacientes ambulatorios, mientras que a los que carecen del apoyo necesario les conviene los tratamientos con internamiento.

### ***Análisis de drogas***

El análisis de drogas es el más esencial de los componentes clave del programa del tribunal de tratamiento de drogas. En la mayoría de los casos, se exige a los infractores que no consuman drogas durante el programa.

El análisis de orina es un elemento esencial para el éxito y el avance de los infractores por cuanto permite determinar el nivel de cumplimiento y garantizar la motivación y el que la persona no consuma. La frecuencia del análisis de orina debe determinarse en función de numerosos factores, incluidos el tipo de sustancia de la que se abusa y la fase del programa. Pueden emplearse recompensas para promover un cambio de conducta.

Se recomienda realizar el análisis, como mínimo, dos veces por semana para que el control sea eficaz.

Los programas de los tribunales de tratamiento de drogas deben contar con políticas y protocolos escritos que establezcan la frecuencia del análisis de drogas, la toma de muestras, la forma de realización del análisis y mecanismos para informar el resultado, con acuerdos o contratos que obliguen a cumplir los requisitos del análisis de drogas y permitan que se dé a conocer la información. Estas políticas deben comprender estrategias coordinadas para responder ante los incumplimientos, los cuales pueden incluir análisis no realizados e intentos de manipulación y adulteración. El análisis debe brindar información cualitativa y cuantitativa para controlar de manera eficaz el cumplimiento del participante y hacer frente a las objeciones que puedan formularse respecto de los resultados.

Los análisis de drogas y los programas de tratamiento deben incorporar un esquema bien estructurado de recompensas y sanciones para reforzar las conductas positivas y desalentar las negativas. (8, 12) Las recompensas y sanciones utilizadas por el tribunal de tratamiento de drogas deben programarse y aplicarse, en todos los casos, de manera tal de evitar que se crea que hay cierta inequidad o parcialidad tras el debate con todos los miembros del equipo legal y de tratamiento.

### ***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.

## ***Desintoxicación***

La desintoxicación resulta esencial para ciertos tipos de droga, como el opio y la heroína. La desintoxicación es la fase de preparación y estabilización previa al ingreso del drogodependiente en el proceso de rehabilitación, que es más extenso, y es un proceso de tratamiento supervisado médicamente por profesionales capacitados del campo de la salud.

La necesidad de tratar y atender de manera eficaz el síndrome de abstinencia se basa en el tipo de sustancia de la que se abusa y su potencial de inducir dicho síndrome una vez que se suspende el consumo. La desintoxicación se lleva a cabo en un hospital o centro de salud que cuente con todos los servicios necesarios para atender las complicaciones derivadas de un síndrome de abstinencia grave y emergencias médicas. Por lo general, el método más utilizado es ir disminuyendo lentamente la sustancia de abuso o administrar medicamentos sustitutos que tengan características similares a la droga misma.

La duración de la desintoxicación varía de entre tres y cinco días a varias semanas, según el tipo de sustancia de la que se abuse, la duración y gravedad del abuso, y el individuo. La desintoxicación básicamente ataca los efectos fisiológicos agudos del patrón de consumo de sustancias.

Los programas de los tribunales de tratamiento de drogas deben tener acceso a centros de salud y servicios de emergencia para atender emergencias médicas, como intoxicaciones agudas, sobredosis y complicaciones médicas y psiquiátricas agudas. Debe contarse con servicios de derivación y transporte inmediatos para responder de manera eficaz ante dichas emergencias.

## ***Terapia de sustitución o asistida con medicamentos***

La terapia de sustitución es una opción posterior a la desintoxicación para quienes abusan de estupefacientes potentes, como los derivados del opio o la heroína. Se emplean agonistas del opio, como la metadona, agonistas parciales, como la buprenorfina, y antagonistas de los opiáceos, como la naltrexona. Estos programas requieren una estricta supervisión y pautas bien reglamentadas tanto para los drogodependientes como para los profesionales de la salud. Hay pruebas de que los drogodependientes que participan de programas de mantenimiento consumen menos drogas y delinquen menos. (1, 7, 13)

## ***Servicios de orientación***

Los servicios de rehabilitación del abuso de drogas comprenden la aplicación de un amplio abanico de terapias de orientación, individuales y grupales que adoptan distintos enfoques cognitivo-conductuales y de dinámica conductual, y la terapia de estímulo de la motivación para incrementar la retención del tratamiento. De requerirse, deben ofrecerse orientación y terapia familiar y de pareja. En Jamaica, la Ley de Tribunales de Tratamiento de Drogas (Tratamiento y Rehabilitación de Infractores) estipula un mínimo de seis meses de orientación. La duración de los servicios de orientación varía según el programa. La mayoría de los programas de los tribunales de tratamiento de drogas requiere un período de entre seis meses y más de un año con análisis de drogas negativos para que el participante pueda graduarse.

## ***Prevención de recaídas y continuidad de la atención***

Según ciertos estudios, los primeros tres a seis meses posteriores al tratamiento son el período más vulnerable para las recaídas. La atención debe continuar mediante sesiones programadas de orientación, individuales y grupales. Eso puede lograrse con la asistencia de grupos de apoyo comunitario, apoyo de pares o grupos de autoayuda, o NA (Narcóticos Anónimos) o AA (Alcohólicos Anónimos). La prevención de recaídas es el aspecto más importante de la continuidad de la atención. Sus objetivos son enseñarle al drogodependiente a evitar las emociones negativas y las tentaciones, las presiones sociales o disparadores, y los conflictos interpersonales, y brindar habilidades y capacitación para que pueda luchar de manera eficaz contra esos factores estresantes cuando se presenten. Se trata de un enfoque psico-educativo-cognitivo-conductual de autocontrol. (7, 18)

## ***Otros programas y servicios generales de salud***

El abuso de sustancias está asociado a infecciones del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), a la hepatitis B y C, a la tuberculosis y a las infecciones de transmisión sexual. Debe haber integración en términos de accesibilidad y disponibilidad de servicios, evaluación, análisis, diagnóstico y tratamiento, y supervisión. (14, 20)

## ***Trastornos concurrentes***

A la presencia de abuso de drogas, en conjunto con otros trastornos mentales en la misma persona, se le denomina trastornos concurrentes. Los infractores dependientes de drogas pueden sufrir trastornos de la personalidad, psicosis, trastornos del estado de



ánimo (como trastorno bipolar, depresión y trastornos generales de ansiedad) y estrés posttraumático. Se estima que un tercio de los participantes de los tribunales de tratamiento de drogas presenta trastornos concurrentes. La presencia de trastornos concurrentes incrementa el riesgo de que sean detenidos. Los participantes de los tribunales de tratamiento de drogas con síntomas de trastornos concurrentes pueden necesitar un tratamiento especializado a cargo de profesionales de la salud mental. Algunos pacientes con síntomas subyacentes de trastornos de la personalidad presentan serias dificultades en cuanto a las relaciones interpersonales, lo que afecta su participación en el proceso de tratamiento y, en ocasiones, genera tensión entre los participantes. Asimismo, resulta crucial la derivación de los participantes con trastornos mentales concurrentes u otros problemas de salud física a clínicas o centros de salud adecuados. De ser posible, todos los tratamientos deben estar bien coordinados e integrados. (7, 13)

### ***Servicios auxiliares***

Integrar los servicios auxiliares al tratamiento refuerza la motivación de los infractores, mejora la eficacia del proceso de recuperación y previene las recaídas. Muchos infractores con problemas de abuso de sustancias también viven en situación de calle, pasan hambre, están desempleados, casi no tienen logros académicos y/o presentan un bajo nivel de alfabetización o pocas habilidades vocacionales. La asistencia social debe incluir cajas de alimentos, comida, transporte o pases de autobús. La coordinación entre los distintos organismos, y la accesibilidad y disponibilidad de los servicios auxiliares determinan el éxito del programa y, por ende, reducen los índices de reincidencia en el delito de quienes se gradúan. Por lo tanto, resulta esencial la colaboración de los distintos sectores y la participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como de los entes municipales, las instituciones benéficas y las entidades religiosas, para atender las necesidades de los infractores. (7, 13, 19)

### ***Aplicación de recompensas y sanciones en los servicios de tratamiento***

Las recompensas y sanciones no sólo son aplicadas por el tribunal, sino también por el programa de tratamiento como herramientas de cambio de conducta y refuerzo positivo. Los métodos creativos de recompensa y sanción se basan en muchos indicadores, como la motivación, el cumplimiento, el avance y los resultados de los análisis de drogas, la puntualidad, y los logros conseguidos durante las fases del tratamiento.

La aplicación de estos métodos les sirve a los proveedores de tratamiento para ayudar a los participantes a mantenerse enfocados, motivados e interesados, y para promover la conducta deseada. (7, 12, 16) Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), las recompensas y/o sanciones eficaces permiten responder rápidamente ante los actos del participante; normalmente, se consideran justas; y obedecen a una gradación o escala (sobre todo, en el caso de las sanciones). Por lo general, las recompensas adecuadas por conductas positivas resultan más eficaces para inducir las conductas deseadas que las sanciones por trasgresiones.

### ***Servicios de tratamiento para poblaciones especiales***

Los servicios de tratamiento brindados deben atender de manera integral las necesidades y sensibilidades especiales de poblaciones como los adolescentes, las mujeres, los grupos étnicos o tribales, las minorías y las poblaciones de distinto origen cultural. Las intervenciones terapéuticas integrales deben contemplar todas las barreras y ser adecuadas, desde el punto de vista cultural, a las necesidades específicas de la población especial en cuestión. (4, 10)

Las infractoras mujeres en particular presentan un conjunto único y complejo de necesidades que deben atenderse en un entorno eficaz para el tratamiento de la drogodependencia. Las mujeres bajo tratamiento registran mayores índices de finalización del programa y resultados más eficaces cuando los programas residenciales incluyen a sus hijos; cuando los tratamientos ambulatorios ofrecen terapia y servicios familiares, así como orientación individual; y cuando los tratamientos comprenden un amplio conjunto de servicios de apoyo destinados a satisfacer las necesidades especiales de las mujeres.

### ***Indicadores de desempeño, evaluación y servicios de tratamiento de la drogodependencia de calidad***

La evaluación y el desarrollo de indicadores del desempeño cumplen una función muy importante a la hora de medir el éxito del programa. Pese a las diferencias que existen en muchos de los tribunales de tratamiento de drogas de distintas jurisdicciones, la meta final es lograr el objetivo de brindar servicios de tratamiento a la población meta.

El éxito de los servicios de tratamiento ofrecidos por los tribunales de tratamiento de drogas no debe medirse únicamente en términos de valores estadísticos absolutos, sino también mediante indicadores cualitativos. Acaso ésta sea el área en la que casi todos los programas de dichos tribunales enfrentan enormes desafíos a la hora de reunir los

datos necesarios para medir el éxito. De hecho, la metodología de evaluación, el desarrollo de indicadores de desempeño y el presupuesto estimado deben contemplarse durante la fase de planificación inicial, aún antes de que comience el programa. De existir una planificación cuidadosa, se evitará perder oportunidades de reunir datos e identificar grupos de control para llevar a cabo una evaluación científica basada en estudios.

La evaluación del proceso, los resultados, la eficacia en función de los costos y los beneficios del programa determinan la calidad general de los servicios de tratamiento en cuanto al logro de la meta deseada del programa.

El propósito de desarrollar indicadores del desempeño es que los tribunales de tratamiento de drogas puedan contar con indicadores basados en estudios para complementar las evaluaciones del programa. (21) El establecimiento de expectativas claras en términos de desempeño se traduce en una menor incertidumbre acerca de cómo medir el desempeño del tribunal de tratamiento de drogas y sienta las bases para un proceso continuo de supervisión y mejora del programa. (22)

Los indicadores de desempeño varían en función de la jurisdicción, la meta y los objetivos de los servicios de tratamiento del tribunal y la población atendida. Por ejemplo, los indicadores críticos del desempeño de los tribunales de tratamiento de drogas de Florida incluyen la reincidencia, el apego al tratamiento, la sobriedad y las unidades de servicio. (21) Muchos tribunales de tratamiento de drogas desarrollan indicadores del desempeño para medir los servicios auxiliares, como situación laboral, servicios educativos y de alfabetización, vivienda, salud mental, salud física y dental, control de la ira, manejo del caso, crianza de los hijos, transporte, orientación y análisis de VIH, guardería y nacimiento de bebés libres de drogas. (21, 22, 23)

La recuperación del drogodependiente es un proceso. Asimismo, el concepto y la teoría de evaluación de los tribunales de tratamiento de drogas se encuentran en evolución, por lo que es de prever que surjan desafíos y controversias.

Sin embargo, no cabe duda de que la evaluación y la medición del desempeño de cualquier programa de tratamiento de la drogodependencia determinan el rumbo que tomará el programa, la manera en que se desarrollará y su capacidad de lograr la meta prevista de brindar servicios de calidad con la idea de ayudar a los infractores con problemas de abuso de sustancias, que de otra manera serían encarcelados a ser miembros responsables y productivos de la sociedad.

## Referencias

1. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioural Sciences/Clinical Psychiatry, décima edición
2. Winick, Bruce J. y David B. Wexler, Judging in a Therapeutic Key, Therapeutic Jurisprudence and the Courts
3. *Principles of Effective Treatment*, National Institute on Drug Abuse (NIDA) [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov)
4. *Substance Abuse Treatment And Care For Women: Case Studies And Lessons Learned*. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD), Viena
5. Establishing Drug Treatment Courts: Strategies, Experiences and Preliminary Outcomes. Vol. I: Overview and survey results, OEA/CICAD
6. Mental Health Policy. Plans and Programs (versión actualizada), Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 2005
7. *Quality Improvement For Drug Courts: Evidence-Based Practices*. National Drug Court Institute (NDCI); Monografía, Serie 9
8. Drug Testing in a Drug Court Environment: Common Issues to Address, Departamento de Justicia de los Estados Unidos. Oficina de Programas de Justicia
9. Drug Court Statewide Technical Assistance Project: Developing Statewide Assessment Standards for Drug Court Participants in Michigan
10. Juvenile Drug Treatment Court Standards: Corte Suprema de Virginia  
Diciembre de 2005
11. Adult Drug Treatment Court Standard: Corte Suprema de Virginia  
Septiembre de 2005
12. Minnesota Offender Drug Court Standards for All juveniles, Hybrid, DWI and Adult Drug Courts: 2009
13. Alcohol and other Drug Problems: A Public Health and Public Safety Priority  
A Resource Guide for the Justice System on Evidence-based Approaches  
Abril de 2008
14. Treatment for Drug Abuse in the United States
15. New York State Adult Drug Court Treatment, Julio de 2008
16. Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice populations. National Institute of Health (NIH) de los Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
17. Neuroscience of Psychoactive Substance Use And dependence. Organización de la salud, 2004
18. Galanter, Marc y Herbert D. Kelber. Textbook of Substance Abuse Treatment.
19. Process evaluation of Maine's Statewide Adult Drug Treatment Court Program  
Marzo de 2005
20. Treatment for HIV-infected Alcohol and Other Drug Abusers: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, SAMHSA
21. Critical Performance Indicators for Florida's Drug Courts: Florida Statewide Technical Assistance Project, julio de 2008
22. Developing Statewide Performance Measures for Drug Courts: Statewide Technical Assistance Bulletin, Vol. 2, octubre de 2004
23. Common Performance Measures for the Evaluation of Specialist Court Programs: Discussion Paper, Oficina de Investigación y Estadísticas Delictivas, agosto de 2010. Departamento del Fiscal General, Gobierno de Australia Meridional

## ***Referencias para consultar bibliografía complementaria***

National Institute on Drug Abuse [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov)

Center for Substance Abuse Treatment [SAMHSA.gov/CSAT](http://SAMHSA.gov/CSAT)

American Academy of Addiction Psychiatry [www.aaap.org](http://www.aaap.org)

American Psychiatric Association [www.psych.org](http://www.psych.org)

American Psychological Association [www.apa.org](http://www.apa.org)

Organización Mundial de la Salud [www.who.int/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/substance_abuse/en/)

Proyecto de Centro de Intercambio de Información y Asistencia Técnica sobre Tribunales de Tratamiento de Drogas (DCCTAP) de la American University  
[www.american.edu/justice](http://www.american.edu/justice)

National Association of Drug Court Professionals [www.nadcp.org](http://www.nadcp.org)

## CAPÍTULO 4

### IMPLEMENTACIÓN DE UN TRIBUNAL DE TRATAMIENTO DE DROGAS: DOS EXPERIENCIAS

#### UN ENFOQUE VERTICAL DE “ABAJO HACIA ARRIBA” PARA EL DESARROLLO DE UN TRIBUNAL DE TRATAMIENTO DE DROGAS: EL CASO DE GHENT, BÉLGICA

*Juez Jorn Dangreau y Fiscal Annemieke Serlippens, Ghent, Bélgica*

---

Como se menciona en otros capítulos de la presente publicación, un tribunal de tratamiento de drogas (DTC, por sus siglas en inglés) es un tribunal destinado a supervisar casos de infractores dependientes de drogas que han aceptado recibir un tratamiento contra el abuso de sustancias. Se trata de un enfoque único, sistemático y coordinado para tratar a infractores con problemas de abuso de sustancias<sup>1</sup>. La singularidad de los TTD reside en su capacidad y voluntad de combinar los procesos tradicionales del sistema de justicia penal con los del tratamiento de la dependencia de drogas. El resultado ha sido una mezcla de tratamiento y supervisión judicial, la cual constituye la esencia del concepto de TTD. Los tribunales de tratamiento de drogas incorporan una nueva cultura al sistema de justicia penal, y la iniciativa con frecuencia surge de jueces, fiscales y/o profesionales de tratamiento locales.

En el presente capítulo, veremos cómo fue evolucionando el TTD de Ghent dentro del sistema jurídico belga, analizaremos su funcionamiento, los beneficios que ha producido y los desafíos que ha enfrentado desde su creación en mayo de 2008. Concluiremos con algunas recomendaciones para aquellos que puedan querer establecer un TTD en su propia jurisdicción.

#### ***El sistema jurídico belga***

Bélgica emplea el sistema de derecho continental, lo que significa que el proceso de investigación es dirigido por la Fiscalía y es no adversarial. El proceso se deja asentado por escrito y es confidencial. El fiscal tiene libertad absoluta a la hora de llevar adelante la investigación y decidir el resultado, desestimar el caso, presentar cargos ante el tribunal o emplear alternativas (principio de oportunidad). El expediente es el elemento clave.

---

1. Véase Principios/Componentes Clave, pág. 121.

Una vez concluida la investigación (expediente escrito), el fiscal general cuenta con un amplio abanico de posibilidades: puede determinar que no hay suficientes pruebas y desestimar el caso; puede determinar que hay suficientes pruebas, pero que no es procedente llevar adelante un proceso penal (por ejemplo, en el caso de un joven sin antecedentes penales que indemniza a la víctima; si comparece ante el tribunal, tendrá antecedentes penales, lo que le dificultará encontrar trabajo), en cuyo caso, el fiscal puede desestimar el caso (es decir, por ejemplo con la condición de que se indemnice a la víctima del delito); o, como cuarta opción, el fiscal puede iniciar un procedimiento de mediación.

Sólo en el último caso se lleva a cabo una audiencia adversarial e interviene el juez. El fiscal cita al acusado para que se presente en el tribunal en una fecha determinada. El acusado, las víctimas, el fiscal y el juez tienen las mismas posibilidades de acceso al expediente escrito, que se elaboró bajo supervisión del fiscal. Todos tienen derecho a reclamar que la investigación no está completa y a solicitar una mayor investigación (esto se da en una minoría de los casos). El juez es quien determina si se requiere una mayor investigación. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el juez toma conocimiento del caso el primer día, en presencia de la víctima, el fiscal y el acusado, y dicta sentencia ese mismo día.

### ***El enfoque clásico frente a los drogodependientes***

La legislación belga en materia de drogas se basa en tres pilares:

- la necesidad de prevención de los no consumidores de drogas y los consumidores no problemáticos;
- la necesidad de atención y resocialización de los consumidores problemáticos;
- la represión de los productores y traficantes.

En el marco de esta filosofía, la legislación ofrece varias posibilidades de derivar al consumidor problemático a un tratamiento, más allá de la gravedad del delito cometido o de sus antecedentes penales. La legislación en materia de drogas le da al juez una amplia gama de posibilidades (desde la no aplicación de sanciones hasta una condena de entre cinco y diez años de prisión).

Sin embargo, en el enfoque clásico adoptado frente a las personas dependientes de drogas, el fiscal general no cuenta con medios concretos para derivar a estas personas a un tratamiento. La medida alternativa de mediación puede emplearse únicamente en el caso de delitos relacionados con drogas en los que pueda identificarse a la víctima. Si el

infractor está dispuesto a indemnizar a la víctima y a enfrentar su problema con las drogas, puede ser sometido a un tratamiento por un “funcionario de mediación” (una especie de funcionario de libertad condicional que se dedica a las mediaciones dentro de la fiscalía general). Se formaliza una especie de contrato entre la justicia y el infractor y, durante seis meses, el funcionario de mediación realiza un seguimiento del caso. Si el infractor cumple su promesa, el caso se cierra y no puede volver a abrirse (la cual es una medida de más peso que la mera desestimación del caso). Si no la cumple, será demandado ante el tribunal.

Desde el punto de vista legal, este procedimiento de mediación no puede aplicarse en el caso de personas dependientes de drogas que no hayan cometido delitos relacionados con las drogas o si la víctima no ha sido identificada. En el enfoque clásico, el fiscal general no dispone de los medios para someter a las personas dependientes de drogas a un tratamiento, y los funcionarios de libertad condicional o de mediación no pueden actuar al mismo nivel que el fiscal general sin el marco legal correspondiente. La única posibilidad es pedirle a la policía que ponga bajo tratamiento al infractor y luego pedirle al infractor que firme un documento como prueba, que luego se adosará al expediente escrito. El problema es que la derivación a un tratamiento no es tarea de la policía, y no hay forma de realizar un seguimiento.

Por ende, en el enfoque clásico de requerirse un seguimiento, la única posibilidad que tiene el fiscal es demandar al dependiente de drogas en los tribunales.

Cuando la Fiscalía General acusaba a un infractor drogadicto, el enfoque clásico del juez era el mismo que en otros casos, es decir, tomaba conocimiento del caso y dictaba sentencia el primer día. Cuando el infractor tenía problemas con las drogas, lo más probable era que se le impusiera una pena de prisión en suspenso, lo que significaba que el infractor no tenía que ir a prisión si cumplía las condiciones acordadas durante un cierto plazo.

En este sistema clásico, el juez tomaba conocimiento del caso (basado en el expediente escrito) y dictaba sentencia el mismo día. Sin embargo, el infractor salía del tribunal o debía esperar al menos tres a cuatro meses antes de que la junta de libertad condicional lo invitara a hablar de las condiciones que se le imponían y fuera enviado a los proveedores de tratamiento.

Si no cumplía las condiciones, la junta de libertad condicional debía elaborar un informe del incumplimiento del infractor y enviarlo a la Fiscalía General. El fiscal general podía entonces presentar cargos contra el infractor y solicitarle al juez que revocara la pena en suspenso.



## ***El fracaso del enfoque clásico***

Con los años, el Departamento de Justicia, los fiscales y los jueces se dieron cuenta de que el sistema clásico era un fracaso. Comprendieron que la intervención de la policía, la Fiscalía General y los tribunales en el caso de las personas dependientes de drogas debía ser el *ultimum remedium* (último recurso). Al fin y al cabo, no son ellos los más indicados para dar una respuesta frente un fenómeno social como el consumo de drogas. Además, ya no pueden hacerlo, pues se ha sobrepasado la capacidad del sistema de justicia penal en general y de las prisiones en particular. Por lo tanto, deben implementarse medidas alternativas para derivar la mayor cantidad posible de consumidores de drogas a los programas de rehabilitación, donde se ataca el problema de raíz.

El consumo (abuso) de drogas ya no es un problema de la justicia, sino que pasó a ser un problema social y de salud pública. La idea de que, si se aborda el problema subyacente de abuso de drogas, puede reducirse la reincidencia de los delitos relacionados con las drogas, fue ganando cada vez más adeptos

La experiencia de los fiscales indicaba que se necesitaba una figura intermedia entre el tratamiento y el fiscal para derivar a los infractores dependientes de drogas a un tratamiento bajo la supervisión del fiscal general. Estas personas con dependencia a las drogas no debían ser enviadas de inmediato a un tribunal. Los fiscales consideraban que había que tomar otra medida ante esta población, con un sistema de seguimiento. Si eso fracasaba, el segundo paso sería hacerles comparecer ante el tribunal.

La experiencia de los jueces era que el sistema de pena de prisión en suspenso no ayudaba a los infractores dependientes de drogas a dejar las drogas, y que el sistema no cumplía sus propios objetivos ni los objetivos establecidos por los hacedores de políticas.

Ellos han visto que el abogado defensor y el acusado se mostraban dispuestos a aceptar un tratamiento simplemente para evitar la encarcelación inmediata, por lo que el dependiente de drogas lograba aprovecharse del sistema. Asimismo, vieron que, en general, las condiciones fijadas no eran adecuadas para el acusado y que, una vez dictada la sentencia, concluía la función del abogado defensor. En resumen, todo el procedimiento parecía ser una enorme inversión sin ningún beneficio neto para la sociedad, pues, en definitiva, el infractor seguía siendo adicto.

## ***Nuevos rumbos***

Al reconocer el problema, surgieron varias posibilidades de derivación a un programa de rehabilitación en distintos niveles del sistema de justicia penal. El sistema judicial belga está organizado de manera centralizada. Hay veintisiete distritos judiciales, y cada uno de ellos cuenta con un tribunal y una fiscalía general. Dentro del marco legal existente, las fiscalías generales y los tribunales pueden encarar proyectos piloto sin modificar la legislación. Se desarrollaron dos proyectos piloto en el distrito judicial de Ghent en los últimos años: “*Proefzorg*”, en el ámbito del Fiscal General, en el año 2005, y el tribunal de tratamiento de drogas propiamente dicho, en el año 2008. Esto fue posible gracias a que Ghent posee un sistema bien organizado para el tratamiento de la drogodependencia y a que la ciudad brindó respaldo en forma de un comité directivo en materia de drogas, con representantes de la ciudad, la policía, la fiscalía general y los proveedores de tratamiento. Los proyectos piloto también recibieron apoyo científico de parte de la Universidad.

### ***PROEFZORG: Una medida alternativa empleada por la fiscalía***

En 2005, la Fiscalía General de Ghent lanzó el proyecto piloto de *Proefzorg*. *Proefzorg* es una medida alternativa que puede utilizar la fiscalía en el caso de los infractores que consumen drogas y que llegan a la Justicia sólo por su problema de abuso de drogas. *Proefzorg* es el primer paso en la derivación de los dependientes de drogas a un tratamiento. Tiene lugar en la fiscalía, por lo que, si al final del proceso el infractor cumple las condiciones de *Proefzorg*, el caso se desestima y el infractor no suma antecedentes penales. Si el infractor no cumple las condiciones de *Proefzorg*, el segundo paso es un proceso judicial. *Proefzorg* coexiste con el procedimiento de mediación empleado en el sistema clásico antes descrito, que aún se aplica en el caso de infractores dependientes de drogas que cometen delitos relacionados con las drogas y en los que puede identificarse a la víctima.

El proyecto piloto fue elaborado por funcionarios del sistema judicial (un fiscal general de Ghent y un ex funcionario de mediación de Ghent) junto con representantes del sector de tratamiento y presentado ante el Ministro de Justicia. Se crearon dos nuevas figuras: el *Proefzorgmanager* (en el Departamento de Justicia), que actúa como puente o enlace entre el sistema de justicia penal y los servicios de tratamiento, y dos centros de coordinación de tratamiento, que funcionan como punto de contacto para la Justicia, que se encargan del procedimiento de ingreso y derivan al infractor al centro de tratamiento más adecuado.

El objetivo de *Proefzorg* es derivar a los infractores dependientes de drogas a un tratamiento de manera rápida (mediante la intervención temprana), eficiente (mínimos obstáculos y máxima cooperación entre las autoridades judiciales y los servicios de tratamiento) y eficaz (resultado positivo). *Proefzorg* apunta a evitar la reincidencia y a estimular la reintegración del infractor en la sociedad.

Un fiscal que decide iniciar un proceso de *Proefzorg* envía el expediente escrito al *Proefzorgmanager*. El *Proefzorgmanager* invita al infractor a presentarse en su oficina y lo entrevista sobre su problema con las drogas y demás problemas relacionados que pueda tener. Según la gravedad estimada del problema de abuso de drogas, existen dos tipos de *Proefzorg*: a corto plazo y a largo plazo.

El *Proefzorg* a corto plazo está pensado para infractores consumidores de drogas no problemáticos que no presentan indicios de problemas en otras esferas de su vida. El proceso consiste de una entrevista en un centro de coordinación con el objetivo de hacerle conocer a la persona los servicios de tratamiento. Si el resultado del tratamiento es positivo, se desestima el caso. Si el resultado es negativo, el individuo es llevado a juicio.

El *Proefzorg* a largo plazo es para los consumidores problemáticos de drogas que también presentan problemas en otras esferas de su vida y que tienen antecedentes por delitos relacionados con las drogas. El infractor pasa por tres entrevistas de ingreso en un centro de coordinación y luego es derivado al centro de tratamiento más conveniente. La Justicia realiza un seguimiento y envía informes por escrito al *Proefzorgmanager* durante un período de seis meses. Aquí también, si el resultado es positivo, se desestima el caso, pero de ser negativo, se enjuicia al infractor.

Cuando el infractor no pasa el proceso de *Proefzorg*, el fiscal general presenta cargos contra él y se lleva a cabo una audiencia en la que el juez toma conocimiento del caso. Como la Fiscalía General comenzó a centralizar los casos de delitos cometidos por existir un problema subyacente de consumo de drogas, los tribunales terminaron sobrecargados con esos casos. Como se mencionó antes, se hizo evidente que el enfoque clásico no podía brindarles una respuesta adecuada a los infractores.

Se llevó a cabo una evaluación de los primeros dos años del proyecto piloto de *Proefzorg*.<sup>2</sup> De los 388 expedientes que se analizaron, sólo el 3% de los infractores no

---

<sup>2</sup> DE RUYVER, B., COLMAN, C., REYNDERS, D. e.a., *Een brug tussen justitie en drughulpverlening. Een evaluatie van het proefzorgproject*, Antwerpen, Maklu, 2008, 199 p

pasó la versión corta de *Proefzorg* (40%) y el 36%, la versión larga (60%). *Proefzorg* se consideró suficiente para compensar la imposibilidad del fiscal de derivar a los infractores dependientes de drogas a un tratamiento. Antes de *Proefzorg*, la fiscalía no tenía los medios necesarios para derivar a las personas dependientes de drogas a un tratamiento y realizar el seguimiento correspondiente a menos que los llevara ante el tribunal. Con la introducción de *Proefzorg*, había una respuesta adecuada para cada infractor. A partir de 41 entrevistas cara a cara semi estructuradas y un grupo focal del que formaron parte la policía, autoridades judiciales, servicios de tratamiento y consumidores de drogas, se evaluó si el diseño era adecuado, la estructura del proyecto y el grado de satisfacción de los actores participantes respecto de su rol. Hay pruebas contundentes de una cooperación fructífera entre el sistema de justicia penal y los servicios de tratamiento. En su mayoría, los entrevistados manifestaron sentirse contentos con su función y tenían una actitud positiva hacia el proyecto. Los elementos cruciales (el formulario estándar de comentarios, el rol del *Proefzorgmanager*) fueron recomendados como modelo para desarrollar u optimizar otras alternativas. Por otro lado, se produjeron ciertos cuellos de botella: la falta de capacidad suficiente de tratamiento (sobre todo, centros de crisis) atenta contra la fluidez del proceso de derivación del sistema de justicia penal a los centros de tratamiento.

El ex Ministro de Justicia decidió implementar el sistema de *Proefzorg* en el sistema judicial belga y formuló una primera propuesta en ese sentido. Sin embargo, el procedimiento aún se encuentra pendiente.

### ***Desarrollo del TTD de Ghent***

Frente al fracaso del planteo judicial clásico, un juez y un fiscal de Ghent decidieron estudiar los tribunales de tratamiento de drogas en Estados Unidos y Canadá. Recibieron una beca en 2007 y visitaron diferentes TTD. Llegaron a la conclusión de que no existe un manual sobre TTD: la mayoría de los TTD que visitaron diferían unos de otros para poder sobrellevar las respectivas situaciones locales.

A la vuelta de su viaje de estudios, se convencieron de que era factible implementar los principios de los TTD en el sistema legal vigente de Bélgica.

Es importante hacer hincapié en que el sistema de justicia penal belga -como el de la mayoría de los países- está organizado en forma central por el gobierno central. Como resultado de ello, el sistema sólo puede cambiar cuando un proceso político y democrático tenga lugar en el parlamento y se voten las adaptaciones necesarias de la legislación vigente. Como este proceso político requiere de una gran cantidad de

energía, lleva mucho tiempo y los resultados son inciertos, el juez y el fiscal decidieron concentrarse en la posibilidad de implementar los principios de los TTD<sup>3</sup> sin la necesidad de alterar la legislación vigente. Esto lo hicieron junto con representantes de los Abogados Defensores y con proveedores de tratamientos. El objetivo de su enfoque era cómo desarrollar e implementar un tratamiento supervisado por tribunales sin la necesidad de modificar el sistema legal.

En la medida en que se respeten los aspectos procedimentales del sistema legal y se cumplan las leyes penales, los tribunales tienen la oportunidad de organizar su forma de operar. Por supuesto, tienen obligación de brindar un informe anual sobre su funcionamiento al Consejo Superior de Justicia.

Luego de redactar un texto en el que resumieron sus ideas, comenzaron a debatir la creación de un TTD en el tribunal de Ghent con los actores locales (los abogados, los proveedores de tratamiento, el juez y el fiscal, los trabajadores de calle, el Consejo de Libertad condicional y otros). El debate continuó durante ocho meses y, al final, pudieron desarrollar un texto consensuado con compromisos claros de parte de cada actor. Presentaron el documento consensuado al Ministro de Justicia, a fin de obtener financiamiento para emplear a personas clave en el proyecto, principalmente el “enlace” que sería el puente entre el tribunal y los proveedores de tratamiento.

Luego de recibir este financiamiento, el Presidente del Tribunal les dio permiso para realizar una prueba piloto en el Tribunal de Ghent. La prueba piloto requirió de mayor esfuerzo y energía de parte del Juez y del Fiscal, el secretario del tribunal y los administradores. Además del permiso del Presidente del tribunal, se contó con la buena voluntad de todos los involucrados. El Tribunal de Tratamiento de Drogas de Ghent fue creado en mayo de 2008.

### ***Elementos clave en la implementación del TTD de Ghent***

El TTD de Ghent es una cámara especializada dentro del Tribunal de Primera Instancia que ofrece a los acusados la posibilidad de trabajar en sus casos de drogas bajo la supervisión de esa cámara. Dentro del TTD, el Fiscal y el juez están especializados en problemas de drogas, y el enlace está presente en cada audiencia. El enlace es un proveedor de servicios de cuidado que crea un vínculo entre el departamento de justicia y los servicios de rehabilitación de drogas. El enlace ayuda al acusado/cliente a encontrar el tipo de rehabilitación más apropiado para ese acusado/cliente específico.

---

3. Principios/componentes clave de los TTD. Véase pág. 1.

También colabora en las demás derivaciones dentro del campo de la rehabilitación de drogas.

## ***Audiencias***

Un caso atraviesa diferentes audiencias: una audiencia introductoria, una audiencia de orientación y una audiencia de seguimiento y una audiencia de cierre.

En primer lugar, se cita al acusado para una audiencia introductoria. Cuando el acusado reconoce los hechos de los que se lo acusa y el problema mismo de las drogas, el juez evalúa si el acusado tiene intención de hacer algo con su problema. Si no la tiene, el caso será tratado inmediatamente de la forma tradicional. Si no es así, se lo pondrá en contacto con el enlace que asista a la audiencia en la fecha de la audiencia preliminar para acordar una fecha de cita con el enlace.

Junto con el enlace, el acusado desarrolla un programa de rehabilitación y se concentra no sólo en el problema mismo de las drogas sino también en otros aspectos de la vida, como el trabajo, las deudas y la vivienda. El enlace informa al acusado/cliente las posibilidades de rehabilitación de drogas disponibles (por ejemplo, atención ambulatoria o cuidados domiciliarios) y sus contenidos precisos. Juntos desarrollan un programa de tratamiento ajustado a los problemas específicos del acusado/cliente.

Dos semanas después de la audiencia introductoria, el acusado/cliente asiste a una audiencia de orientación en la que se presenta y explica el programa de tratamiento preparado en consulta con el enlace. Todos los actores debaten y evalúan el programa. Si el tribunal acepta el programa, se supervisará el cumplimiento efectivo de dicho programa. El enlace continuará asistiendo al acusado a lo largo de todo el programa.

El acusado/cliente debe comparecer en el tribunal, al menos, cada dos semanas durante los primeros meses para demostrar que está siguiendo, en forma estricta, el plan de tratamiento acordado. Luego de ello, por lo menos, una vez al mes se realizarán audiencias de seguimiento, a las que también deberá asistir. En esas audiencias los mismos actores (juez, fiscalía, abogado defensor) supervisan directamente al acusado/cliente por entre seis a doce meses. El programa de rehabilitación puede ajustarse al acusado/cliente o adaptarse cuando el programa no funcione correctamente. El Tribunal le pide al infractor que traiga los resultados de las pruebas de orina. Se le permite al infractor que se haga la prueba (y produzca la muestra de orina bajo supervisión) con un médico de su elección.

Si la prueba de orina es positiva, eso podría dar lugar a un ulterior debate y finalmente a un cambio en el programa de rehabilitación. Una persona bajo tratamiento ambulatorio, por ejemplo, podría tener que pasar a cuidados domiciliarios. También podría suceder que el infractor tenga que asistir a audiencias judiciales con mayor frecuencia y producir más pruebas de orina, con el acuerdo de que cuando la prueba de positivo, habrá una audiencia definitiva.

En la audiencia final se determinan la sanción y las condiciones que podrían fijarse posiblemente. La ventaja es que, respecto de las cuestiones relativas a las drogas, el paisaje legal es favorable.

### ***Lecciones aprendidas***

La Universidad de Ghent llevó a cabo una evaluación de proceso científico del TTD de Ghent en 2000-2011.<sup>4</sup> Se llevó a cabo un proceso de licitación en 2012 para realizar una evaluación más científica, en especial un estudio de evaluación de impacto. Este estudio realizará una investigación comparativa de los efectos de un acuerdo tradicional en un tribunal en comparación con un acuerdo alternativo en el TTD.

A continuación se resumen las fortalezas del TTD de Ghent, sobre la base de la evaluación del proceso y nuestra propia experiencia. También se tomó nota de los desafíos por delante, y se concluyó con algunas recomendaciones para otros que posiblemente tengan intención de desarrollar un TTD en sus propias jurisdicciones.

### ***Fortalezas del TTD de Ghent:***

#### ***Experiencias de los interesados***

En términos generales, todos los actores involucrados están satisfechos con los TTD, pero no ignoran ciertas debilidades.

El análisis de las experiencias de los actores respecto de sus tareas principales muestra que todas las partes involucradas están satisfechas con su función en los TTD. Además, el proyecto de TTD promueve una buena relación entre el departamento de justicia y los servicios de rehabilitación.

---

<sup>4</sup> C. Colman, B De Ruyver, F. Vander Laenen, W. Vanderplasschen, E. Boekaert, S. De Keulenaer, S. Thomaes: ***De Drugbehandelingskamer: Een andere manier van afhandelen - Het proefproject geëvalueerd*** Antwerpen, Maklu, 2011, 164 p

## ***Percepciones de clientes***

En general, los clientes de los TTD también favorecen el proyecto. Principalmente ven a los TTD como una oportunidad de volver a encausar sus vidas y de hacer algo por su futuro. Hacen énfasis en la condición interactiva de los TTD. Los clientes de los TTD también aprecian la humanidad del juez. Finalmente, le otorgan gran relevancia al enlace, especialmente por la relación de confianza mutua que pueden crear con el enlace.

## ***Función del enlace***

El nuevo actor, el enlace, es sin dudas la piedra angular del proyecto de TTD. Hasta podría decirse que sin el enlace, el proyecto nunca tendría éxito. Las entrevistas con todos los participantes involucrados muestran que el enlace es un vínculo importante entre el Departamento de Justicia y los servicios de rehabilitación de drogas. El enlace garantiza que el juez imponga condiciones ajustadas a las posibilidades del acusado y/o los servicios de rehabilitación. Después de todo, el enlace y el cliente preparan un programa individual teniendo en cuenta la situación específica del cliente. Consideran no sólo el problema mismo de las drogas sino también posibles problemas que afectan otros aspectos de la vida que sostienen o incluso fortalecen al problema de las drogas. Esta es la única forma de afrontar con eficacia el problema de drogas del acusado.

## ***Los problemas complejos de los clientes de los TTD requieren de un enfoque versátil***

Un estudio de casos de uno de cada tres casos de TTD muestra que el programa de rehabilitación generalmente cubre aspectos múltiples de la vida de un participante. Además de tener problemas con las drogas ilegales y el alcohol, muchas personas acusadas están desempleadas, tienen problemas de salud mental y grandes deudas. Los clientes realizan esfuerzos por cada uno de estos y otros aspectos, buscando ayuda y apoyo, incluso, por ejemplo, comenzando tratamientos ambulatorios de drogas, siguiendo un curso con el Servicio de Empleo Público Flemish (VDAB) y aceptando mediaciones en deudas (lo que significa renegociar las deudas después de la quiebra personal). Toda esta ayuda para superar sus problemas contribuye a su reintegración social y puede dar lugar a una condena reducida. Los clientes son los responsables de probar esos compromisos frente al juez presentando certificados de asistencia sellados.

Completar con éxito el plan de tratamiento diseñado no es una sinecura: aproximadamente uno de cada tres programas de TTD iniciados tienen resultado



positivo. Si bien no es una cifra espectacular, significa que mediante la creación del TTD, resultó posible -en el corto plazo y sin ejecutar la sentencia- mejorar las vidas de un número sustancial de consumidores problemáticos que, de otro modo, habrían recibido una sentencia tradicional.

### ***El Departamento de Justicia presta atención a la realidad del consumo de drogas***

A diferencia de otros casos, los actores judiciales también tienen en cuenta la realidad del consumo de drogas y la posibilidad de una recaída durante un programa de rehabilitación de drogas. Después de todo, las recaídas son inherentes a los problemas de drogas. A través de los TTD, el juez trata de contrarrestar activamente los períodos de recaída que los consumidores problemáticos vivencian, teniendo en cuenta que una recaída no implica necesariamente la inmediata suspensión de su participación en el programa de TTD. Una recaída puede ser parte del proceso de curación, ya que puede utilizarse para que el infractor tome conciencia o refuerce su toma de conciencia respecto de la seriedad de su problema. Luego de un período de recaída, será más fácil convencer al infractor de modificar su problema de rehabilitación de un modo más estricto.

### ***Desafíos***

#### ***Los TTD requieren más tiempo en el corto plazo pero probablemente implicarán un ahorro de tiempo en el largo plazo***

A través de entrevistas y grupos de enfoque, los distintos interesados subrayaron que invierten más tiempo en un caso durante las audiencias de los TTD que durante las audiencias tradicionales. Sin embargo, esta inversión de tiempo tiene un gran significado, dados los efectos a largo plazo del trabajo (reducción del consumo de drogas y del delito, la mejora de otros aspectos de la vida). La comparación de los períodos de seguimiento para casos de libertad condicional y casos de TTD ha demostrado que el período de seguimiento en libertad condicional es mayor que el de los casos de TTD. La diferencia indica que es difícil estimar qué tipo de acuerdo, tradicional o libertad condicional, demandará más tiempo y más energía al final de cuentas.

## ***Debe aclararse la descripción de puesto de los enlaces***

La descripción de tareas del enlace es una debilidad importante: la forma en la que el enlace trabaja con los demás interesados y especialmente con los oficiales de libertad condicional no siempre resulta clara para los actores del sector. Lo mismo sucede con el secreto profesional de los enlaces frente al juez y a los oficiales de libertad condicional. Algunos proveedores de servicios de atención se preguntan si la información llega al Departamento de Justicia.

También observamos la pesada carga de trabajo de los enlaces, especialmente durante las primeras etapas del programa cuando se diseña el plan de tratamiento. Aun así, los enlaces consideran que su tarea tiene valor, precisamente porque ofrece asistencia personalizada.

## ***El proyecto de los TTD –sin querer- ejerce una mayor presión sobre la capacidad de los servicios de rehabilitación***

Durante varios años, la región de Ghent ha tenido que enfrentar las limitaciones de la ya amplias posibilidades de rehabilitación. Las derivaciones que provienen del proyecto de TTD ejercen una mayor presión sobre la capacidad de rehabilitación. Los diversos centros de rehabilitación de drogas actualmente tienen listas de espera, lo que obstaculiza la derivación de los clientes de los TTD. Esto no se condice con el objetivo de los TTD de ofrecer una derivación rápida y eficiente a tratamientos. Si el problema de la capacidad no puede resolverse en el corto plazo, el proyecto de los TTD podría convertirse en una víctima de su propio éxito. Después de todo, el correcto funcionamiento de los TTD depende de la rapidez y de la calidad de las derivaciones.

## ***Lecciones aprendidas y Recomendaciones***

Si está pensando en crear un TTD, le sugerimos que observe las siguientes cuestiones a tener en cuenta para ver si su sistema trata el problema de los consumidores problemáticos de un modo eficaz:

- ¿El sistema de justicia penal puede responder en forma constructiva a la complejidad de la adicción a sustancias (ilegales)?
- ¿Puede sobrellevar la situación real de las recaídas?
- ¿Puede sobrellevar el hecho de que exista la necesidad de ensayo y error dentro de la medida de los distintos tratamientos?

- La reincidencia, ¿se evita en la forma en la que su sistema legal trata los delitos cometidos por consumidores de drogas problemáticos?
- ¿Cuál es la relación costo-beneficio del enfoque del sistema legal actual? ¿Cuáles son los costos? ¿Cuáles son los resultados?
- ¿La mera reclusión pareciera solucionar el problema?

Quando evalúe las respuestas a estas preguntas, probablemente encontrará que su sistema legal trata, en efecto, el problema pero podría hacerlo de una mejor manera. Nuestra experiencia nos ha demostrado que, en la medida que no se solucione el problema complejo de las drogas de fondo, las personas continuarán teniendo problemas judiciales.

### ***Análisis de nuestro propio sistema legal: un exhorto a realizar un enfoque de abajo hacia arriba***

Si usted está convencido de que su sistema legal trabaja con los consumidores problemáticos de drogas en forma correcta, no existe necesidad de modificar su sistema. El término "usted" de la oración anterior hace referencia también a cualquiera que forme parte del sistema legal. Las disfunciones pueden detectarse en todos los niveles del sistema judicial (investigación-acusación, defensa, juez, y ejecución de sentencia). A menudo esas disfunciones permanecen en el nivel en el que se descubrieron, dando lugar a la frustración de la persona que las descubrió. Es el caso, por ejemplo, de un oficial de policía que siempre se enfrenta a los mismos problemas con las mismas personas incluso después de que esas personas atraviesan el sistema legal y después de que se dicta sentencia.

El TTD de Ghent es una iniciativa local de abajo hacia arriba de personas físicas. Sólo se necesita una persona para lanzar una iniciativa que mejore la forma de tratar a los consumidores problemáticos de drogas. Apenas esa persona inicia un debate cruzado con los demás actores acerca de los problemas, todos tendrán una vista "panorámica" de que es lo que más probablemente lleve a la idea de que el enfoque legal clásico no trata a los consumidores problemáticos de drogas en forma eficiente y eficaz.

Los TTD se implementaron por primera vez en Estados Unidos. Luego de desarrollarse en forma gradual y continua por todo Estados Unidos, comenzaron a llegar a otros países, principalmente a aquellos con sistema de *Common Law*. Es poco común observar el desarrollo de TTD en países con sistema de derecho continental. Esta tendencia se presenta por dos motivos: (1) la sensación de superioridad de un sistema legal frente al otro (nuestro sistema funciona perfectamente, no existe necesidad de

cambiarlo); y/o (2) la sensación de superioridad de una sociedad por sobre la otra (no tenemos ese tipo de problemas).

Esto quedó en clara evidencia cuando presentamos el desarrollo de nuestros TTD (el primero en Europa continental) a los coordinadores de drogas de todos los países de la Comunidad Europea, donde descubrimos que gran parte de la reticencia y las críticas provenían del hecho de que fueron desarrollados en Estados Unidos y, por ello, se consideraban no trasladables a la situación europea.

La reticencia frente a una posterior implementación de los TTD también estaba inducida por el hecho de que casi en todos lados, donde se llevaron a cabo esfuerzos, esto fue de la mano de un cambio del sistema legal frente a los principios del *Common Law*. Aparentemente, las personas creen que la implementación de un TTD va de la mano de la adaptación de algunos de los principios del sistema de *Common Law*. Esta visión hace que el enfoque de arriba hacia abajo sea inevitable. Con ese enfoque, probablemente el desarrollo de un TTD demandará muchos cambios en el sistema legal mismo y, por supuesto, de la mayoría de los creadores de políticas que deseen cambiar el sistema. El problema que surge es que puede resultar difícil implementar el TTD en su comunidad local, ya que un gobierno central es el que debe imponerlo a los actores locales.

### ***Enfoque en principios básicos y no en el proceso legal específico***

En nuestra modesta opinión, el punto de partida es incorrecto. Cuando se piense en implementar un TTD, *debe hacerse foco en los principios clave y no en el sistema legal*. Antes de adaptar o cambiar el sistema legal o las leyes, pareciera esencial analizar nuestro propio sistema legal a la luz de los principios clave. Creemos firmemente que debería ser posible encontrar una forma de adaptar la mayoría de los principios clave en el sistema legal actual. Una vez que podamos seguir este enfoque, se extenderá la aceptación del proyecto de los TTD en su comunidad porque permanecerá dentro de su propio marco legal y cultural. En cada país, incluso cuando tengan el mismo sistema legal, existen diferencias en la forma en que los abogados defensores, fiscales, jueces y proveedores de tratamiento manejan los casos y la forma en la que interactúan. Si se puede trabajar dentro del proceso legal tradicional, cualesquiera que fuera, y en la forma en la que se llevan los casos, será más fácil convencer a los "interesados" de la necesidad de otro enfoque.

## ***Deben involucrarse una amplia gama de actores***

Es necesario que muchos actores se involucren en el enfoque local de abajo hacia arriba para la creación de un TTD: los líderes de la justicia penal, el gobierno municipal, los proveedores de tratamiento, los abogados defensores.

Una vez que una persona se convence de que debe cambiarse la forma en la que el sistema legal trata a los infractores dependientes de drogas, debe contactarse con otros profesionales locales para debatir los resultados. Esto alienta el debate y la búsqueda de soluciones.

Sin embargo, a menudo las personas operan en “islas”, lo que hace muy difícil encontrar los aliados correctos con quienes debatir las cuestiones, y puede llevar un tiempo a que las personas correctas puedan reunirse en un mismo espacio. Deben determinarse todos los posibles actores involucrados o que se involucrarán en el futuro. Esto lo hará tomar conocimiento de la posible participación de una gama de personas y organizaciones. Encontrarse con ellos y mostrar interés en cómo funcionan, generará un interés y entendimiento mutuo.

Fijar reuniones periódicas mejorará la comunicación y generará confianza entre las distintas organizaciones. Una vez que hay interés en investigar la posibilidad de implementar un TTD localmente, deberá debatir más la cuestión con las personas correctas que, por lo menos, incluirán a jueces, fiscales, abogados defensores y proveedores de tratamiento.

Debatir la cuestión no es suficiente. Es esencial que cada persona pueda hablar por una organización. No tiene sentido contar con una persona de tratamiento que crea firmemente en la necesidad de un cambio si no tiene autoridad frente a los proveedores de servicios. No tiene sentido contar con un fiscal público que no puede convencer al fiscal general de la necesidad de un cambio, etc. Sin embargo, es claro que el mero contacto con otros actores le puede conferir autoridad dentro de su propia organización.

Nuestra experiencia es que los siguientes pasos nos han resultado muy útiles en la creación de un TTD en Ghent:

- Participación de jueces y otros funcionarios judiciales en el proceso de TTD en forma temprana para ofrecer un panorama inicial de las operaciones y las fortalezas.
- Las reuniones, evaluaciones y capacitaciones continuas mantienen involucrados a los funcionarios y mantienen su “interés” en el proceso.

- La inclusión de algún informe de evaluación positivo sobre TTD puede resultar valioso para obtener el apoyo judicial.
- Destacar el éxito internacional creciente del enfoque de los TTD.

### ***La importancia del gobierno local***

La cuestión de la salud pública es un problema local inevitable, a la vista de la necesidad de los TTD de contar con todos los recursos locales. A menudo es necesario contar con autoridades políticas para que tomen decisiones financieras. Dados los frecuentes cambios rápidos en la política local, es importante contar con un memorando de entendimiento firmado por el gobierno y la oposición para la continuidad del apoyo financiero y la estabilidad del programa de TTD.

Por otro parte, como ya observamos, la incorporación de un TTD suele ser un movimiento muy racional, lo que hace fácil convencer a cualquier partido político. No es ciertamente un enfoque “suave” del infractor dependiente de drogas.

En la mayoría de los casos, la criminalidad relacionada con las drogas es particularmente un problema (penal y de salud pública) local. El problema de las drogas no sólo acarreará un aumento del delito sino también un perjuicio local (por ejemplo, agujas en espacios de juego, gente mendigando...), problemas de vivienda, problemas de empleo, problemas de bienestar local y otros.

Como la drogodependencia involucra una amplia gama de problemas, necesitamos de todos los recursos locales involucrados en el proceso de que los infractores dependientes de drogas vuelvan a una vida normal.

En este sentido, el gobierno local puede tener o debe tener una función de liderazgo y ser el motor de cambio, reuniendo a todos los actores locales en forma estructural.

### ***La función coordinadora de la ciudad***

Podría resultar acertado designar a un “coordinador de drogas” a nivel municipal, con el objetivo de reunir a todos los aliados y así debatir la política de drogas local, resaltar las disfunciones y proponer soluciones. De esta forma, la ciudad puede prever la coordinación necesaria de los distintos actores y tratar de reunirlos en un campo neutral.

La ciudad también puede brindar los medios financieros para establecer un coordinador entre los distintos centros de tratamiento de drogas y otros organismos u obligarlos a

organizarse de un modo tal que una persona pueda hablar por todas las organizaciones que tengan el mismo objetivo. Los centros de rehabilitación y otros organismos no deben considerarse competidores sino complementarios unos de otros.

Mediante la adopción de esta función de coordinación, la ciudad puede establecer el tipo de dinámica local que resulta esencial para la comunidad local y para el futuro desarrollo de un TTD. La reflexión estructural entre los jueces y otras personas involucradas puede acelerar el proceso de entendimiento y confianza mutua y puede ser el perfecto punto de partida para el desarrollo de un TTD.

Las personas dependientes de drogas necesitan una amplia gama de recursos: necesitan ser tratados por sus adicciones y por las condiciones subyacentes, incluida su salud mental (se estima que afecta al 80% o más de las personas dependientes de drogas del sistema de justicia penal) y otros tantos problemas, como vivienda, bienestar, alfabetismo y capacitación laboral. Una de las lecciones clave que nos ha dictado la experiencia es que frecuentemente el abuso de sustancias es el sólo el problema actual pero hay muchos otros problemas subyacentes que deben tratarse. Entre las condiciones subyacentes o los factores de riesgo podemos encontrar la presión social y las asociaciones personales negativas, los estados emocionales negativos, la falta de oportunidades laborales o educativas adecuadas, la falta de viviendas seguras y adecuadas y desórdenes por adicciones y de salud mental concurrentes.

Respecto de los desórdenes concurrentes, es posible que los TTD deseen adoptar un enfoque integrado que recurra a los métodos de tratamiento tanto para adicción a las drogas como para desórdenes psiquiátricos. La integración de entidades es especialmente importante en este sentido: no sólo los proveedores de tratamiento de drogas sino también proveedores de tratamiento psiquiátrico, proveedores de salud física, organismos de vivienda, organismos de trabajo y otros. En la evaluación y diagnóstico deberá tratarse la posibilidad de desórdenes concurrentes y así poder asignarse un tratamiento en forma adecuada. El tratamiento puede incluir tanto medicación como terapia cognitivo-comportamental.

***El tratamiento de la adicción a las drogas debe verse como un problema de la comunidad y no simplemente como un problema de la justicia penal***

Dada la amplia gama de problemas que un infractor adicto a las drogas puede enfrentar, es necesario implementar una amplia gama de organismos y organizaciones (gubernamentales, ONGs, comunitarias) para brindar el apoyo necesario para los

programas de tribunales de drogas. Los líderes municipales pueden jugar un papel esencial en encabezar y coordinar el apoyo de estos servicios locales, y que necesitan trabajar juntos en cooperación en lugar de cada uno en su propia isla. Idealmente, estos servicios deben implementarse con el inicio del programa.

No debe subestimarse la importancia de instaurar socialmente los TTD. Es muy importante desarrollar la concientización de todos los sectores de la comunidad de que el tratamiento de adicciones para infractores dependientes de drogas es un problema de la comunidad y no simplemente un problema de la justicia penal. También es esencial hacerle saber a la comunidad qué hacen estos programas y qué impacto tienen en la seguridad pública, la salud pública y el bienestar de la comunidad.

### ***Redacción de un texto consensuado entre los actores locales***

Los actores que deben involucrarse son el fiscal, el juez, los abogados, el sector de tratamiento y la oficina de libertad condicional. Cada actor tendrá indudablemente su aporte en el debate. De esta forma, el desarrollo de los TTD se equilibrará y se adaptará a su propia situación local (cultural y legalmente).

Analizamos el texto sobre el funcionamiento de nuestro TTD en forma regular durante ocho meses y descubrimos que al comienzo había muchos malos entendidos y falta de confianza, principalmente entre los abogados y los proveedores de tratamiento. Esto sucedió principalmente porque los profesionales de tratamiento no estaban familiarizados con el lenguaje judicial que utilizaban los abogados, mientras que los abogados no estaban familiarizados con el lenguaje de los proveedores de tratamiento. Llevó tiempo convencerlos de que teníamos un objetivo común y de que era necesario ajustar ambos puntos de vista.

### ***Llevar el texto a los creadores de políticas***

La implementación de un TTD es una aventura en la que participan todos los actores, que comienza con un texto consensuado entre los actores y en la que luego ocurrirán muchas cosas inesperadas.

Una vez que puede desarrollarse un texto consensuado entre todos los jugadores clave, puede empezarse la búsqueda de la asistencia financiera. En nuestra experiencia, es una señal muy sólida recurrir a los creadores de políticas como un equipo (con representantes de todos los actores involucrados) y con una solución detallada para mejorar la forma en la que se trata a los infractores dependientes de drogas. Como el enfoque es esencialmente multidisciplinario, muchos creadores de políticas aceptarán el



valor que tiene. Será más fácil convencerlos de que la inversión de ingresos públicos tendrá un resultado positivo.

### ***El enfoque “de raíz” de abajo hacia arriba debe proteger a los TTD del impacto de la inestabilidad política en los altos niveles***

Como no se necesita una legislación más amplia y el proyecto comienza en pequeña escala, es fácil persuadir a los creadores de política de realizar la inversión necesaria. Al mismo tiempo, puede resolverse llevar a cabo una evaluación científica del proyecto piloto para objetivar el mérito del plan.

Con un enfoque de abajo hacia arriba, la creación del TTD es menos dependiente de los creadores de política mismos. La inestabilidad política no afectará la futura existencia de un TTD apoyado por los actores locales. Debe destacarse la importancia de redes de profesionales que los creadores de política no pueden detener independientemente de los cambios en el liderazgo. Las distintas entidades de servicios de tratamiento, junto con los demás actores, ofrecerán un marco que le permitirá a los programas superar los cambios en el liderazgo. Se puede obtener una estabilidad crucial mediante la participación de ONGs o estructuras similares y se puede garantizar la continuidad a través de un Memorando de Entendimiento entre los organismos.

### ***Ser creativo y flexible***

Los sistemas legales y los actores involucrados en ellos suelen ser muy conservadores. Si desea implementar un TTD en su propio sistema legal, será necesario contar con una creatividad y flexibilidad considerable. Una vez que esté fijado el marco legal, es esencial que los diferentes actores se involucren en el proceso de crear un TTD tan pronto como sea posible.

### ***No tiene sentido tratar de hacerlo solo***

Si desea crear un TTD, no tiene sentido tratar de hacerlo solo. Si desea contar con un sistema que funcione bien, deberá ganarse la confianza de todos con los que tratará una vez que se implemente el TTD. Si, por ejemplo, los proveedores de tratamiento no confían en la forma en la que el tribunal trata al infractor dependiente de drogas, se mostrarán reticentes a compartir información, haciendo imposible que el sistema funcione como debería.

Si el fiscal no quiere adaptar su política a los infractores dependiente de drogas, casi ningún caso será llevado a los TTD. Si un abogado defensor no está familiarizado con la

forma en la que funciona un TTD, no podrá ofrecerle la asistencia adecuada al infractor drogodependiente. Si el juez desea aplicar los principios de TTD, tendrá que poder hacerlo en el entorno correcto y en cooperación con el fiscal y el abogado defensor.

### ***Sustentabilidad, continuidad y estabilidad: estrategias para promover la comunicación continua y el perfeccionamiento del programa***

Si bien el desarrollo del TTD depende al comienzo en gran parte de las personas que negociaban el proyecto, resulta esencial crear estructuras que le den sustentabilidad y estabilidad al proyecto.

Como no existe un manual sobre TTD que pueda prepararlo para todos los problemas entre organismos, de políticas y operativos en juego, prepárese para afrontar muchas dificultades durante la etapa operativa. Es indispensable que los distintos interesados se reúnan periódicamente para debatir los problemas que puedan surgir.

En Ghent, implementamos distintos tipos de grupos de reflexión. Hay un comité directivo en el que el juez, el fiscal, los abogados y las personas del área de tratamiento se reúnen en forma periódica. También hay un comité directivo sobre tratamiento para ayudar a desarrollar aún más la función de puente entre el departamento de justicia y los proveedores de tratamiento.

Todos los problemas que surgen puedan debatirse en forma abierta. De esta forma, las distintas soluciones que surjan contarán con el apoyo de los actores locales.

La experiencia muestra que existe la necesidad de reflexionar, en forma continua, cómo pueden mejorarse las cosas. Los problemas de los infractores dependientes de drogas no pueden restringirse a los problemas con las sustancias ilegales. Por el contrario, es posible a menudo observar que debe hacerse foco principalmente en otro aspecto de la vida. La mayoría de las veces, el infractor dependiente de drogas tiene que afrontar problemas de vivienda, problemas de desempleo, problemas de administración general y problemas financieros.

### ***Llamado a los organismos locales***

Es esencial esforzarse para tener una amplia recepción social de los TTD. Junto con el equipo, deberá ganarse la confianza de los distintos organismos locales necesarios y lograr que entiendan el enfoque diferente que utilizará el tribunal.

Al hacerlo, generará una dinámica local difícil de detener. Al mismo tiempo, ganará más apoyo de los creadores de política locales y la confianza de los creadores de política centrales.

A largo plazo, tendrá que promover la emisión de un memorando de entendimiento entre los distintos organismos a fin de garantizar que la situación esté claramente definida y que el dinero de impuestos se asigne en forma eficiente.

Puede suceder, por ejemplo, que el tratamiento de drogas ambulatorio tenga una división para ayudar a las personas con problemas de vivienda. Es sensato desarrollarse hasta llegar a un punto en el que el tratamiento de drogas ambulatorio pueda recurrir a los organismos de vivienda existentes para que los ayuden a resolver el problema de viviendas sin demasiada gestión.

No puede subestimarse el papel del gobierno municipal en la dirección de la creación de un memorando de entendimiento. El enfoque estructurado del TTD puede persuadir la idea de que la cooperación en forma coordinada es esencial y, en sí misma, económica.

### ***Capacitación (multidisciplinaria y especializada) para los distintos actores***

El enfoque de TTD demanda una capacitación continua de los distintos actores. Es acertado desarrollar capacitación especial para cada uno de los actores involucrados, en pos de la continuidad. El desarrollo de un manual detallado para el juez, el fiscal, el enlace y el abogado defensor garantizará continuidad y estabilidad.

Como el foco está puesto en un enfoque multidisciplinario, es acertado brindar capacitación multidisciplinaria y sesiones de capacitación especializada. Esto ayudará a superar los cuellos de botella en las relaciones entre el sistema de justicia penal y los servicios de salud. Las capacitaciones multidisciplinarias pueden generar un conocimiento acabado de los demás actores y sus procedimientos, que por supuesto resulta beneficioso para el funcionamiento de los TTD.

Todos tienen que tener nociones amplias del contenido del puesto del otro. Esto significa que la capacitación tiene que concentrarse en los procesos y en los procedimientos y también en las adicciones, los efectos de las adicciones sobre el cerebro, las funciones cognitivas y cómo las personas actúan y cumplen con las directivas. La capacitación multidisciplinaria afectará la manera en que el sistema de justicia penal debe relacionarse con estos infractores, las expectativas de su desempeño y los servicios y apoyo que necesitarán.

## ***Otras cuestiones potenciales***

Es posible que las causas fisiológicas y psicológicas de las adicciones deban tratarse cuando se vincule a los participantes de los TTD con los servicios apropiados durante la etapa de evaluación y diagnóstico. También es importante examinar el papel de las sanciones/recompensas apropiadas (posiblemente ofrecidas una vez completado el tratamiento) para seguir cumpliendo con las expectativas del tribunal y de los proveedores de tratamiento.

Como los TTD ofrecen la posibilidad de un tratamiento supervisado por el tribunal, es obvio que la función de los distintos actores diferirá considerablemente de su función en los procedimientos judiciales normales. Cada actor debe tener conciencia del hecho de que su actitud y la forma de tratar al infractor pueden ayudar en el proceso de curación. Deben tomarse recaudos para garantizar que la actitud de uno de los actores no interfiera con la relación cuidadosamente entablada entre el infractor drogodependiente y otro actor. En este sentido, es muy importante saber cómo funcionan los distintos programas de tratamiento.

También es bueno darle a cada actor la oportunidad de llevar a cabo una capacitación y también de crear capacitaciones interesantes para todos, por ejemplo sobre técnicas de entrevista motivacional.

Los contactos con organizaciones internacionales como NADCP, IADTC, American University y la CICAD/OEA brindan mucha información interesante y conocimientos sobre la mejor forma de tratar a los infractores dependientes de drogas. Es muy importante que cada actor continúe invirtiendo en medios para mejorar la forma en la que se puede ayudar a los consumidores de drogas problemáticos. El enfoque internacional ayuda a difundir las buenas prácticas entre profesionales.

## ***Recolección y exploración científica de datos***

Para mantener el continuo interés público y político, es necesario que se demuestre la eficacia a largo plazo del enfoque de los TTD. Para hacerlo, se necesita recurrir a recursos de ayuda científica y determinar junto con ellos qué datos reunirá.

Es importante que se supervise bien el enfoque clásico y se compare con el enfoque de los TTD. No sólo debe controlarse el simple costo de los procedimientos judiciales sino también las ganancias a largo plazo para la sociedad, como el empleo, evitar la reclusión y la reincidencia, el costo del delito y la confianza en el sistema judicial.

En nuestra opinión, el pequeño costo adicional de los procedimientos de DCC se recuperará con la eficiencia de los procedimientos de los TTD.

Los resultados de una evaluación bien fundada deberían ser suficientes para persuadir a los creadores de políticas de invertir más en el enfoque de los TTD.

Las evaluaciones científicas también son, sin dudas, importantes para determinar los problemas y sugerir soluciones para las dificultades encontradas por los TTD. Pueden determinar los cuellos de botella y arribar a soluciones, y permiten verificar si el proyecto cumple con los objetivos y si funciona como se espera. A través de la propuesta de resultados claros a los creadores de política, puede probarse la eficacia desde el punto de vista de los costos del enfoque de TTD y así, la necesidad de mayor apoyo.

### ***Desarrollo de estrategias de comunicación***

Es necesario organizar las comunicaciones permanentes sobre el proyecto de TTD, tanto a nivel nacional como a nivel local. De esta forma, puede comunicarse el progreso local y así lograr una mejor instauración local que promoverá la cooperación con otros organismos locales.

La buena comunicación tiende a ser muy beneficiosa en el mercado local, lo que genera un mayor interés del público y otras organizaciones nacionales.

Es muy importante también comunicar los resultados de las evaluaciones científicas para generar una concientización de política permanente y la concientización del público.

Además de la comunicación y la capacitación permanente entre profesionales, puede resultar importante desarrollar y mantener el apoyo entre el público para garantizar la uniformidad operativa. Con el apoyo del público con los TTD, es más difícil que los cambios de liderazgo o de personal den lugar a una regresión en la filosofía de tribunales judiciales.

### ***Conclusiones***

El enfoque legal clásico es determinante. El mensaje dado a un consumidor de drogas problemático será muy simple: "Tienes que dejar de consumir esas sustancias ilegales inmediatamente". Incluso en el enfoque legal clásico, la gente suele tener la oportunidad de buscar tratamiento para su problema, pero el mensaje sigue siendo el

mismo y no se corresponde con la idea de que la dependencia de las drogas es una enfermedad crónica con recaídas que debe ser tratada. Partiendo de esta idea, hay que repensar la forma de tratar a las personas que sufren de la dependencia de drogas.

En Ghent, hemos aprendido que:

- Generalmente los TTD son más eficaces para reducir la reincidencia que los tribunales comunes.
- Suelen ofrecer una mejor relación costo/beneficios y, en algunos casos, pueden resultar más económicos en un todo.
- Los beneficios van más allá de los costos y la reincidencia: los TTD generan beneficios de salud para los participantes, las familias y las comunidades, como también beneficios en la seguridad pública.
- Los TTD representan un enfoque cooperativo, en lugar de punitivo y adversarial, para tratar a los infractores dependientes de drogas.
- Las evaluaciones existentes han mostrado resultados positivos.
- El enfoque de los TTD puede ayudar a que el público vuelva a creer en el sistema judicial y promueve la recuperación (a) dándoles a las personas tiempo para que internalicen la motivación externa; (b) ofreciéndoles la oportunidad de poder desarrollar un plan de tratamiento apropiado teniendo en cuenta la realidad de la adicción a las drogas (enfermedad crónica con recaídas).
- Es importante otorgar incentivos positivos para cumplir con el programa y sanciones a quienes no cumplen.
- Cada interesado tiene el mismo objetivo pero utiliza diferentes medios para motivar al acusado.

## UN ENFOQUE VERTICAL DE “ARRIBA HACIA ABAJO” PARA LA CREACIÓN DE UN TRIBUNAL DE TRATAMIENTO DE DROGAS: EL CASO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN, MÉXICO

*Juez Jesús Demetrio Cadena Montoya. Tribunal Superior de Nuevo León, México*

*Berenice Santamaría González. Dirección de Vinculación y Coordinación Operativa, Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). México.*

*Luz M. García Rivas, Ex-Directora de Vinculación y Coordinación Operativa, Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC).*

---

Este capítulo describe la experiencia de México de los últimos cuatro años desde que se implementó el modelo del tribunal de tratamiento de drogas. Esperamos que la información sea útil para aquellos interesados en promover este mecanismo de justicia terapéutica.

En 2008, México comenzó el proceso de reforma de su sistema de justicia penal. Los Estados iniciaron un programa de modificaciones que cambiaría el sistema (escrito) tradicional por un sistema de procedimiento oral.

Los factores claves que le permitieron a México crear su TTD, y ahora contar con proyectos de iniciativas similares en curso en algunos estados fueron: (a) la cooperación internacional; (b) la voluntad política, y (c) la colaboración eficaz entre los distintos niveles del gobierno (interconexión).

### ***Antecedentes***

En el área de reducción de la demanda de drogas, México ha tenido una política muy activa a nivel internacional: participa en foros regionales y multilaterales y mantiene una relación muy cercana con Estados Unidos, dada la proximidad geográfica entre los dos países. México no sólo ha compartido información y asistencia técnica con otros países, sino que también ha sido proactivo en la identificación de mecanismos que muestran resultados positivos y que pueden evaluarse y adaptarse a la realidad mexicana. Ese fue el caso con los TTD, que fueron una iniciativa del gobierno federal que generó la participación de funcionarios de la Procuraduría General de la República (PGR) y del Sector de Salud en el Primer Foro de Ciudades de Europa, América Latina y el Caribe del programa EU-LAC Alianza de Ciudades en Tratamiento de Drogas, realizado en Santo

Domingo, República Dominicana. Recibimos esta invitación de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y de la Unión Europea en abril de 2008. El Foro nos ofreció la oportunidad de participar en un taller sobre alternativas a la encarcelación de infractores dependientes de drogas, en el que países como Estados Unidos, Canadá, Chile, Bélgica, Brasil y otros hablaron acerca de las ventajas del modelo de TTD y sus propias experiencias. Se puso en evidencia que el modelo de TTD ofrecía la oportunidad de reunir a los Sectores de Justicia y Salud con excelentes resultados a la hora de abordar la cuestión de los delitos cometidos por personas con problemas de adicciones.

### ***Evaluación a nivel federal***

Los resultados de esta experiencia fueron presentados al ex-Procurador General de la República en 2008, quien tenía un interés particular en explorar nuevas soluciones para el problema del delito asociado al consumo de drogas, concentrándose en el concepto de adicción como enfermedad y en políticas que reflejaran el respeto por aquellos afectados por esta enfermedad. Cuando se enteró de los beneficios de este modelo, que habían sido documentados en varias fuentes de información, y de las experiencias analizadas en el intercambio de Santo Domingo, el Procurador General dio instrucciones de empezar a trabajar en la determinación de la viabilidad de este enfoque en México.

El Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate de la Delincuencia (CENAPI <sup>5</sup>) dependiente de la Procuraduría General de la República comenzó un estudio legal y técnico de la factibilidad de los TTD en los diferentes estados (nivel local). Se evaluaron dos cuestiones:

Primero, *la identificación de estados con sistema de juicio oral*: como la interacción entre el Juez y el participante es una condición previa de los TTD, se excluyeron aquellos estados que no tenían sistema de juicio oral en el que podría producirse esta interacción.

Segundo, *la aplicación del procedimiento “suspensión del proceso a prueba del imputado”*, que permite la conmutación de una condena privativa de la libertad. El estudio de factibilidad analizó los Códigos de Procedimiento Penal de los distintos estados, a fin de examinar los conceptos legales que podrían acoger el modelo de TTD. Entre ellos encontramos el concepto de juicio oral y una disposición que prevé la suspensión del juicio mediante la cual se le permite al acusado sujetar el proceso a

---

<sup>5</sup> CENAPI: Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia



prueba. Esto significó que no sería necesario realizar reformas sustanciales y engorrosas de los códigos penales para comenzar con los TTD.

Tercero: El CENAPI también realiza un análisis de las tasas de criminalidad a nivel nacional y la relación entre el delito y el abuso de sustancias. De acuerdo con datos del 2011 del Sistema Nacional de Seguridad Pública<sup>6</sup>, el sesenta por ciento de los delitos fueron cometidos por personas bajo los efectos del alcohol y/o las drogas, con el fin de obtener recursos para adquirir drogas. Esto tiene un impacto directo sobre el sistema penitenciario, ya que contribuye a la sobrepoblación de las cárceles.

De acuerdo con la información del CENAPI, la relación entre las tasas de criminalidad y la sobrepoblación carcelaria fue estudiado a nivel nacional y estatal, a fin de observar el impacto del delito en la sobrepoblación carcelaria y también evaluar cómo el consumo de drogas se intensifica dentro de las cárceles por el tiempo promedio que transcurre hasta el dictado de la sentencia, más el tiempo de la condena efectivamente cumplida.

México tiene una infraestructura de 420 centros penitenciarios, que tienen una capacidad instalada de 195.278 reclusos pero una población actual de 242.174, lo que se traduce en una población carcelaria en exceso de 47.476 personas o un 25%.

De acuerdo con el Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social (OADPRS)<sup>7</sup>, se estimó que en 2012, a nivel nacional, el 94% de los reclusos consumía drogas. Esto significaba que 218.478 de los 242.174 reclusos de las 420 cárceles del país consumían drogas. El delito cometido por la mayoría de los internos dependientes de drogas (más del 50%) fue robo (tanto simple como violento) El cuarenta por ciento de los reclusos no había sido condenado, lo que les impidió participar en alguno de los programas de reintegración dentro de las cárceles.

En el campo de la salud, la Secretaría Técnica del Consejo Nacional contra las Adicciones del Ministerio Federal de Salud llevó a cabo un estudio de las capacidades humanas y de infraestructura para el tratamiento de las adicciones en cada estado. También se

---

<sup>6</sup> El Sistema Nacional de Seguridad Pública (SNSP) es la instancia que sienta las bases de coordinación así como la distribución de competencias, en materia de seguridad pública, entre la Federación, los estados, el Distrito Federal y los municipios, bajo la directriz del Consejo Nacional de Seguridad Pública.

<sup>7</sup> OADPRS: Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social del Consejo del Consejo Nacional de Seguridad Pública.

tuvieron en cuenta los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002<sup>8</sup> (ENA), el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y la información obtenida por los Centros Estatales contra las Adicciones que funcionan en cada estado. Esta información, junto con el análisis legal efectuado, hizo que el Estado de Nuevo León, ubicado en el norte de México, fuera el candidato más apropiado para empezar con el primer programa piloto del modelo de TTD.

El Ex-Procurador General de la República, un hombre de visión que tenía un liderazgo político importante en el momento, presentó el proyecto al Gobernador de Nuevo León, quien reconoció las ventajas del proyecto y le dio instrucciones al Procurador General local para coordinar el proyecto en el estado y servir de vínculo con el Gobierno Federal durante el desarrollo del proyecto.

Fue en esta instancia donde resultó evidente la importancia que tienen la voluntad política y la toma de conciencia acerca de la importancia de la capacidad de las autoridades en la promoción de esquemas innovadores. Sin este empuje, sustentado en el análisis anterior, habría sido mucho más complicado avanzar.

Los resultados del análisis legal y de salud permitieron sustentar la viabilidad de la modalidad de TTD ante las autoridades. Los datos demostraron la necesidad de una forma distinta de tratar la relación entre el consumo de drogas y el delito y de abordar los distintos problemas de los procedimientos judiciales (lentitud, demoras y costos), así como también el aumento de las tasas de criminalidad y los efectos de la reincidencia. También se comprobó que el modelo adversarial no era la solución, dado que existen nuevas tendencias más conciliatorias.

Este mismo análisis de datos nos permitió sensibilizar a las autoridades en cuanto a la teoría de que el sistema tradicional de castigo y reclusión, cuando se aplica a consumidores de drogas, no promueve la rehabilitación sino que estimula el consumo de drogas por la corrupción y el tráfico de drogas entre internos, y el entorno penitenciario. Esto disparó la búsqueda de nuevas alternativas y el reconocimiento de la adicción como una enfermedad que requiere de un enfoque interdisciplinario y multidisciplinario, favoreciendo los esquemas de rehabilitación y reintegración.

Por lo tanto, recomendamos llevar a cabo un estudio detallado de las condiciones en las que se pretendía implementar el proyecto de TTD y sensibilizar debidamente a las

---

<sup>8</sup> National Survey on the Addictions 2002, National Council Against the Addictions, National Institute of Psychiatry, Department of Epidemiology, National Institute of Statistics, Geography and Informatics, Mexico, 2002.

autoridades responsables de su implementación, de manera que pudieran ser promotores convenidos con suficientes herramientas técnicas para promover -y defender- el proyecto.

## ***Preparación***

### ***Redes con el gobierno federal y el gobierno local***

En enero de 2009, se iniciaron los trabajos de preparación para el inicio del primer programa piloto de TTD. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinario coordinado por el Director Ejecutivo de Reducción del Área de Reducción de la Demanda de Drogas del CENAPI; sus integrantes eran funcionarios federales de los sectores de salud y justicia y funcionarios del Tribunal de Justicia de Nuevo León, el Instituto de la Defensoría Pública, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Seguridad Pública. Y lo más importante es que gran parte del éxito del proyecto fue gracias a la actitud cooperativa y a la responsabilidad profesional que prevaleció en el grupo.

La experiencia de trabajar con el gobierno federal y el gobierno local, con distintas afiliaciones políticas, y el esfuerzo bien organizado y el trabajo de los distintos organismos involucrados, resultó ejemplar y desafortunadamente poco común, ya que los intereses políticos suelen prevalecer por sobre los beneficios que pudieran generarle a la sociedad. La experiencia del grupo de trabajo, con la cooperación entre personas con distintas responsabilidades y antecedentes académicos, fue muy enriquecedora para el proyecto, porque la multiplicidad de visiones brindó una perspectiva más amplia del proyecto mismo. El grupo llevó a cabo reuniones con regularidad, en las que cada participante tenía tres tareas específicas para resolver, desde el análisis más específico de las cuestiones legales hasta el estudio de metodologías de tratamiento para identificar cuáles eran las que mejor se adaptaban a las necesidades del modelo de TTD. El gobierno federal entabló vínculos y negoció apoyo externo para realizar visitas a TTD del exterior, y obtener asistencia técnica para el grupo. Las personas a cargo del gobierno de Nuevo León y de la Procuración General se mantuvieron informadas acerca de las exigencias y el progreso del proyecto, y brindaron el apoyo necesario para continuar con el desarrollo del proyecto.

### ***Visitas internacionales, asistencia técnica y recursos***

Otro factor fundamental en la implementación del primer modelo de TTD en México fue, sin dudas, la cooperación internacional que el país recibió en ese momento, y que aún recibe. En ese momento, el grupo de trabajo contó con la cooperación de la CICAD,

materializada a través de invitaciones a seminarios especializados en materia de tribunales de drogas del proyecto EU-LAC. Los seminarios se llevaron a cabo en Santiago, Chile, y en Ghent, Bélgica, en 2009, y le permitieron a México visitar los tribunales y, sobre todo, interactuar con todos los participantes del seminario. Fue sorprendente la completa apertura y predisposición de los especialistas involucrados con este tema: compartieron información y brindaron asistencia técnica. Además, a través del gobierno de Estados Unidos, el Departamento de Estado y la Embajada de Estados Unidos en México, se realizaron visitas a diferentes TTD y proveedores de servicios en San Diego, California y San Antonio, Texas. Se entabló una relación muy fructífera con la Asociación Nacional para Profesionales de los Tribunales Antidrogas (NADCP, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos, a través de la participación en conferencias de la NADCP (Anaheim, CA., Boston, MA., Washington, DC) y el apoyo de sus expertos.

### ***Implementación***

De este modo, luego de muchas reuniones de trabajo, de participar en congresos internacionales y de distintas sesiones de capacitaciones dictadas por expertos internacionales, se desarrolló un esquema para implementar el programa piloto de TTD en el estado de Nuevo León. Como parte de la cooperación con el gobierno de Estados Unidos, seis expertos de ese país participaron en un programa de capacitación de una semana para todo el personal que trabajaría con el primer modelo de TTD en México. La Oficina Nacional de Control de Drogas de los Estados Unidos (ONDCP, por sus siglas en inglés) mostró, desde un principio, un apoyo e interés especial para comenzar con los TTD en México.

El primer TTD en México, que se describe en detalle en el Anexo I, comenzó a operar en septiembre de 2009 en la municipalidad de Guadalupe, en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Fue presidida por un juez de un tribunal penal, con competencia concedida por el Tribunal de Justicia local. Los manuales de procedimiento fueron preparados en forma conjunta por el tribunal y los proveedores de tratamiento de drogas. Estos manuales han sido modificados a lo largo del tiempo a la luz de las experiencias obtenidas en el Tribunal. La Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), le brindó recursos al estado de Nuevo León para un centro de tratamiento exclusivo, entre otros programas, destinado a la atención de los participantes del programa de TTD.

## ***Situación actual***

En noviembre de 2012, el Tribunal Superior de Justicia de Nuevo León anunció la creación de cuatro Tribunales de Tratamiento de Drogas en las municipalidades de San Nicolás de los Garza y Monterrey, la capital estatal. El tratamiento de drogas en estos TTD quedó a cargo de la Dirección de Adicciones y Salud Mental de la Secretaría de Salud.

El 8 de abril, la Secretaría de Salud, la Procuraduría General de la República, el Instituto de Defensoría Pública y la Secretaría de Seguridad Pública firmaron un acuerdo de cooperación en materia de Tribunales de Tratamiento de Drogas para institucionalizar el programa, incorporarlo en el programa de trabajo anual de las distintas direcciones involucradas, asignarle un presupuesto dentro del Tribunal Superior Estatal y definir las distintas responsabilidades de las partes involucradas.

Los primeros cuatro participantes completaron el programa el 21 de junio de 2011. La segunda generación, integrada por catorce participantes, completó el programa de TTD el 16 de marzo de 2012 y catorce participantes más se graduaron el 31 de octubre de 2012. La cuarta promoción completó el programa el 19 de junio de 2013 y estuvo integrada por quince participantes. Así, los cuarenta y siete participantes completaron con éxito el programa de tratamiento de dieciocho meses.

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) actualmente desarrolla un Estudio Diagnóstico de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en la ciudad de Guadalupe, Nuevo León, que establecerá los indicadores de desempeño de los TTD. Se presume que estos indicadores serán invaluable y servirán de referencia inmediata para implementar el modelo en otros estados.

Una vez más, se torna muy importante el rol del gobierno federal a través del liderazgo de figuras políticas bien informadas. El Consejo Nacional contra las Adicciones, cuyo jefe fue designado por el presidente en enero de 2011 para fortalecer todas las acciones de reducción de la demanda del gobierno federal, lidera los esfuerzos de promoción de los beneficios del modelo de TTD en otros estados del país. En aquellos estados en los que se ha progresado a través de reformas en los procedimientos de tribunales orales, el CONADIC promueve relaciones de trabajo directas entre el sistema de salud y el sector de la justicia oral, a fin de generar conciencia acerca de los beneficios sociales del modelo de TTD como medio eficaz de reducción de la demanda que tiene un impacto significativo en la reducción de la reincidencia y en la reducción del consumo de drogas, y en disminuir la sobrepoblación carcelaria. El Comisionado también ha asumido el

trabajo de fortalecer los vínculos de cooperación internacional, lo que significa que México cuenta con aliados importantes para continuar estimulando este esfuerzo.

### ***Observaciones/cuestiones actuales***

Estos tipos de programas enfrentan la dificultad de no contar con suficientes recursos para infraestructura o para desarrollar estrategias de reinserción. Esto se debe al sistema de administración de justicia mexicano, que está en proceso de pasar del sistema tradicional a un sistema acusatorio, de acuerdo con la reforma de la ley penal de 2009. Esto implica diversos requisitos técnicos y desafíos, como criterios de armonización, adaptación de los sistemas normativos, capacitación y recursos humanos e infraestructura.

A pesar de que los programas de TTD son parte del Programa Nacional para la Prevención y el Tratamiento de Adicciones, la implementación de un TTD involucra a muchas instituciones y diferentes necesidades operativas y regulatorias. Por lo tanto, se está diseñando una política multidisciplinaria que aborde la necesidad de rehabilitar a los infractores y así reducir la reincidencia penal.

Todavía quedan pendientes algunas cuestiones, como LA DE entablar lazos con instituciones académicas que puedan proponer proyectos de investigación y producir publicaciones que respalden el trabajo que está haciendo el TTD. También es muy importante abrir el debate en la sociedad civil para difundir los beneficios de los TTD y apoyar los posteriores esfuerzos en la cuestión. Hay mucho más por hacer, pero los avances han sido importantes. México ha aprendido lecciones importantes del trabajo que ha hecho durante estos cuatro años, que ahora está a disposición de los países interesados en esta experiencia.

## ANEXO I. TRIBUNAL PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES, MODELO DE NUEVO LEÓN, MÉXICO:

### ***Descripción***

Este mecanismo alternativo de justicia permite el tratamiento de la dependencia de drogas, en lugar de una pena privativa de la libertad, para una persona que cometió un delito bajo el efecto de una sustancia psicotrópica o un narcótico, o con el fin de obtener recursos para adquirir drogas, siempre que el delito no sea grave y que prevea una pena de prisión máxima no mayor a ocho años, incluidos los atenuantes.

Dados estos criterios de elegibilidad y otras consideraciones que sugieren que el candidato hará un buen uso del programa, el Centro de Tratamiento realizará un diagnóstico en el que el acusado es una persona que abusa o depende del alcohol o de las drogas.

Podrá establecerse la relación entre el supuesto delito y la adicción si, al momento del delito, el imputado estaba bajo los efectos del alcohol o de las drogas, si la comisión del delito fue una consecuencia directa de estar bajo los efectos del alcohol o las drogas, como resultado de la necesidad indirecta de pagar por esas sustancias.

A través del Coordinador del Tribunal, el Juez ordenará que se evalúe la persona procesada. La orden será remitida al Centro de Tratamiento, para realizar lo siguiente:

- (a) Llevar a cabo una entrevista preliminar con el candidato dirigida a detectar las consecuencias negativas relacionadas con el consumo de alcohol o de sustancias, y aplicar los criterios de diagnóstico ICD-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y, como método auxiliar, la aplicación de un examen toxicológico (examen de orina) para determinar si es dependiente del alcohol o de drogas o no;
- (b) Luego de la entrevista preliminar, realizar una evaluación clínica del candidato para determinar la modalidad de tratamiento a utilizar; y
- (c) Llevar a cabo una investigación sociológica del candidato que incluirá antecedentes de empleo, educativos, comunitarios, familiares y sociales.

Los imputados que se tengan en cuenta para participar en el programa deberán ser personas con adicciones al alcohol, a los narcóticos y/o sustancias psicotrópicas. El delito del que se los acusa deberá estar contemplado en el capítulo de la suspensión del procedimiento a prueba del procesado en el Código Estatal de Procedimiento Penal.

El modelo opera en la justicia penal no adversarial, utilizando procedimientos orales y la suspensión del proceso penal a prueba; esto está contemplado en el código de

procedimiento local, con requisitos procedimentales y formales especificados. Esto le otorga competencia al Juez de Garantías para tratar la cuestión.

La suspensión del proceso a prueba del procesado es la medida decretada por el Juez o Tribunal, a petición del imputado y la defensa que tiene como propósito suspender los efectos de la acción penal a favor del primero, y evitar la determinación de la responsabilidad penal en una sentencia, sujetándose a los siguientes requisitos:

- I. Que no exista oposición fundada del Ministerio Público o de la víctima;
- II. Que se trate de un delito no calificado como grave y cuya pena máxima de prisión no sea mayor a cuatro años, incluyendo las circunstancias atenuantes;
- III. Que el imputado no haya sido condenado con anterioridad por sentencia ejecutoria, por delito doloso, o que se encuentre sujeto a un proceso penal;
- IV. Que, en el tribunal y ante el juez, el imputado celebre un acuerdo reparatorio de daños y/o perjuicios con la víctima (si la hubiera);
- V. Que el imputado se comprometa a cumplir con las medidas y condiciones de participación en el programa que el Juez le fije.

En este contexto, aquellos que cumplen con los requisitos para la suspensión del procedimiento a prueba del procesado, al que se hace referencia en el código procesal local, serán elegibles para participar en el programa<sup>9</sup>.

El tratamiento de drogas se realiza bajo la supervisión directa del tribunal en forma regular, a través de la coordinación entre los sistemas de salud, seguridad y justicia.

El tratamiento de desintoxicación y rehabilitación de adicciones a las drogas y al alcohol comenzará una vez que el participante haya recibido información acerca del programa, haya aceptado recibir tratamiento, y haya firmado el formulario de consentimiento

---

<sup>9</sup> Los requisitos procesales pueden cambiar según el estado en el que se lleve a cabo el programa, porque cada estado tiene su propio derecho procesal penal; sin embargo, todos los códigos locales se deben adherir a los principios fundamentales del código federal. El alcance de esta medida es, por un lado, tratar de evitar los efectos negativos para aquellos que tienen el primer contacto con el sistema de justicia penal, abriendo un espacio para la reintegración social y, por el otro, aliviar la carga del sistema tradicional para concentrar los esfuerzos en los casos más serios que requieren más bien de un juicio completo. Esta postura es congruente con la necesidad de utilizar el juicio como una herramienta eficaz en los procedimientos penales, y tiene también por objeto generar respuestas penales diversificadas de acuerdo a las circunstancias.



informado. Esto tiene por objeto brindar el tratamiento personalizado necesario para el problema de adicción en particular y las enfermedades relacionadas.

El tratamiento tendrá varias modalidades:

- a) Una evaluación diagnóstica integral del equipo del centro de tratamiento (trabajo social, psicología, psiquiatría).
- b) Tratamiento psicofarmacológico, si fuera necesario a criterio del médico para el manejo de la intoxicación, abstinencia o condición psiquiátrica comórbida.
- c) Psicoterapia individual de aproximadamente 45 minutos por sesión, y con una frecuencia adaptada a cada etapa del programa.
- d) Psicoterapia grupal de aproximadamente 90 minutos por sesión, y con una frecuencia adaptada a cada etapa del programa.
- e) Psicoterapia familiar de una duración de 60 minutos y con una frecuencia adaptada a cada etapa del programa y a las necesidades de cada participante.
- f) Sesión familiar grupal, que consiste en una sesión de dos horas con las familias de participantes. El objetivo de esta sesión es que los participantes sean las familias de los participantes únicamente, y a través de su testimonio les hagan comentarios acerca de cómo manejan la situación de la adicción.
- g) Si fuera necesario, también existen servicios de internación disponibles, a través de los cuales se asigna al participante a instituciones privadas que ofrecen el servicio (instituciones que tienen acuerdos de cooperación con la Secretaría de Salud).
- h) Realización de exámenes de laboratorio para detectar el consumo de sustancias cuando el equipo del Centro de Tratamiento considera que son clínicamente necesarios.
- i) Examen de detección de alcohol realizado por parte del funcionario supervisor o del personal del centro de tratamiento, en cualquier momento que sea necesario.
- j) Visitas a domicilio del personal del centro de tratamiento, cuando sea necesario.

El tratamiento de desintoxicación y rehabilitación del alcohol o las drogas dura entre catorce y dieciocho meses. Se realizan tratamientos psicológicos y médicos individuales y familiares según los criterios establecidos y autorizados por organizaciones internacionales (Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional sobre Abuso de

Drogas) para tratar las enfermedades causadas por el abuso o dependencia del alcohol o las drogas y/o las sustancias psicotrópicas<sup>10</sup>.

El tratamiento del alcohol y las drogas tiene cinco etapas. La duración mínima de las primera cuatro etapas es tres meses y la etapa restante durará seis meses.

El Juez le asignará al imputado varias tareas y actividades en cada etapa del programa. Estas tareas y actividades, o su frecuencia, sólo pueden ser reducidas por acuerdo unánime de los operadores del programa, y cuando el participante muestre un avance significativo en el proceso de tratamiento.

En la audiencia introductoria, el Juez anunciará las obligaciones impuestas al candidato, con las que se le ha obligado a cumplir. Luego se le dirá al candidato si cumple con los requisitos de elegibilidad generales y especiales, los criterios de admisibilidad del programa y si los operadores del programa han recomendado su admisión.

Si el candidato cumple con los criterios de elegibilidad y cuenta con la recomendación de los operadores, el Juez le informará las reglas del programa. El candidato debe decidir en ese momento si continuará con el programa o si desea que se revoque la suspensión del juicio. El código de procedimiento penal del Estado indica las obligaciones que tendrá el inculpado para la suspensión del procedimiento a prueba del procesado, además de las obligaciones específicas que puede imponerle el Juez.

Una vez que el inculpado ha sido admitido en el Programa, el Juez realizará audiencias de seguimiento a fin de realizar una supervisión intensiva.

Antes de estas audiencias, se realizará un debate de los casos o una reunión del personal operativo como clara demostración de la naturaleza inter-departamental del Programa. El Juez lidera estas reuniones y recibe información detallada sobre cada caso, a fin de entablar una relación terapéutica con el participante. Durante las reuniones, es necesario contar con la presencia de los operadores del programa y de los funcionarios involucrados en los casos que se verán en las audiencias de seguimiento.

Las audiencias de seguimiento se llevarán a cabo con la frecuencia mínima que se detalla más abajo. Sin embargo, podrán realizarse audiencias con mayor frecuencia, a discreción del Juez, si lo considera necesario:

---

<sup>10</sup> Basado en *Neuroscience Of Use And Dependence Of Psychoactive Substances, World Health Organization; And Principles Of Treatment Drug Addiction. A Guide Based On Investigations*. Segunda Edición. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas.

- I. Semanales durante los primeros tres meses desde la admisión en la primera etapa del Programa.
- II. Semanales durante los tres meses siguientes, cuando el participante ha sido promovido a la segunda etapa.
- III. Cada dos semanas durante los tres meses siguientes, cuando el participante ha sido promovido a la tercera etapa.
- IV. Mensuales durante los seis meses siguientes (cuarta y quinta etapa).  
Podrán realizarse audiencias especiales para resolver las situaciones de emergencia que pudieran surgir, tales como:
  - I. Necesidad de reevaluar a un participante que requiere de una modificación en el nivel de atención clínica;
  - II. Emisión de órdenes para evaluación médica;
  - III. Otorgamiento de autorizaciones para salir de la jurisdicción del tribunal; o
  - IV. Cualquier otra circunstancia que pudiera beneficiar al participante en su proceso de rehabilitación sin interferir con el tratamiento clínico recomendado.

Una vez que haya concluido el tratamiento, el Centro de Tratamiento y los Oficiales de Vigilancia de la Policía certificarán al TTD que el participante ha completado el programa satisfactoriamente.

La culminación de este proceso se realizará a través de una audiencia fijada por el Juez. Una vez que se hayan evaluado los informes del Centro de Tratamiento y de los Oficiales de Vigilancia de la Policía y que se haya determinado que son favorables en cuanto a que el participante ha completado el proceso de rehabilitación y no ha consumido drogas durante trescientos días, el Juez fijará una Audiencia de Graduación. Ese día, se realizarán exámenes de origina a todos los participantes que sea candidatos a graduarse. Los casos de participantes que tengan un resultado positivo de drogas continuarán abiertos, y el Juez determinará las sanciones que correspondan.

## CAPÍTULO 5

### ¿A QUIÉNES DEBEN SERVIR LOS TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS? MAXIMIZAR SU ALCANCE Y SU IMPACTO POTENCIAL

*Douglas B. Marlowe*

---

#### **Introducción**

No debe esperarse que un mismo programa funcione para todas las personas. Cada disciplina profesional –desde la medicina a la psicología, del trabajo social a la criminología– debe entender que las intervenciones tienen poblaciones objetivo para las que son más eficaces y poblaciones no objetivo para las que pueden resultar ineficaces, innecesariamente costosas o hasta perjudiciales. Es signo de madurez profesional la de poder relacionar a los clientes con los servicios más apropiados para optimizar sus resultados y utilizar los recursos de la forma más eficiente.

Los tribunales de tratamiento de drogas no son la excepción. Más de dos décadas de investigación han identificado qué personas responden mejor al modelo de los tribunales de drogas y ofrecen el mejor retorno sobre la inversión de los contribuyentes. Son las personas que (1) tienen factores negativos de riesgo por fallas en programas de supervisión o tratamientos menos intensivos, y (2) que son dependientes a las drogas o al alcohol (Marlowe, 2012 a). Estas personas suelen denominarse comúnmente infractores de “alto riesgo/alta necesidad” o casos de “alto valor”. Esta terminología fue tomada de una escuela de pensamiento en criminología de Canadá llamada *Risk, Needs, Responsivity Theory or RNR* (Andrews & Bonta, 2010; Taxman & Marlowe, 2006).

Entre los paradigmas mejor validados y estudiados con mayor atención en materia de criminología, RNR predice correctamente que los programas intensivos, como los tribunales de tratamiento de drogas, deberían generar mayores beneficios para los infractores que tienen entornos antisociales más severos, impedimentos clínicos o historiales de resistencia a tratamientos (Lowenkamp et al., 2006). Esas personas generalmente requieren de intervenciones de tratamientos sostenidos y controles intensivos a fin de desprender sus patrones comportamentales negativos arraigados.

Por otra parte, los infractores de bajo riesgo y de baja necesidad que no tienen estas características, presentan menos probabilidad de llevar una trayectoria antisocial fija y pueden mejorar su conducta después de una detención penal. Por lo tanto, es posible

que las intervenciones intensivas ofrezcan pocos beneficios graduales para estas personas, pero un costo sustancial (DeMatteo et al., 2006). Lo que es aún peor, es la probabilidad de que los participantes de bajo riesgo aprendan comportamientos y actitudes antisociales por pasar el tiempo con participantes de alto riesgo, lo que puede generarles peores resultados (Lowenkamp & Latessa, 2004; McCord, 2003; Petrosino et al., 2000).

### ***Participantes de alto riesgo***

Entre los infractores dependientes de drogas, los factores de riesgo más confiables y sólidos de las fallas en los programas correccionales estándar incluyen los siguientes:

- una edad muy joven al momento del tratamiento (especialmente los menores de 25 años);
- pertenecen al género masculino;
- presentan un desarrollo temprano de delincuencia o abuso de sustancias (especialmente en adolescencia temprana);
- tienen condenas previas por delitos graves;
- registran intentos anteriores de tratamiento o rehabilitación sin éxito;
- tienen un diagnóstico concurrente de trastorno de la personalidad antisocial (APD por sus siglas en inglés); y
- manifiestan un predominio de pares antisociales o consumidores de sustancias.

Las personas con estas características de alto riesgo suelen tener resultados muy deficientes en los programas tradicionales de rehabilitación correccional. Si bien también tienden a tener resultados relativamente más bajos que otros participantes en los tribunales de tratamiento de drogas, sus resultados son significativamente mejores en los tribunales de tratamiento de drogas que en otros tipos de programas de rehabilitación correccional. Los estudios han revelado que los tribunales de tratamiento de drogas obtuvieron beneficios significativamente mayores en comparación con otros programas para participantes que eran relativamente más jóvenes, tenían más condenas por delitos graves previas, tenían diagnóstico de trastornos de la personalidad antisocial o habían fracasado anteriormente en disposiciones menos intensivas (Cissner, et. al., 2013; Lowenkamp et al., 2005; Fielding et al., 2002; Marlowe et al., 2006, 2007; Festinger et al., 2002). Este resultado también implica un mayor ahorro de costos para los contribuyentes. Los tribunales de tratamiento de drogas que han actuado con infractores de alto riesgo obtuvieron aproximadamente un 50 por ciento de mayores beneficios en costos para sus comunidades que aquellos que actuaron con infractores de bajo riesgo (Bhati et al., 2008; Carey et al., 2008; Carey et al., 2012).

Es esencial tener en cuenta que, en este contexto, el término “alto riesgo” hace referencia a la probabilidad de que un infractor no tenga éxito con la supervisión estándar y continúe vinculado al mismo patrón de comportamiento que lo llevó al problema en primera instancia. En otras palabras, se refiere a un pronóstico relativamente poco exitoso en los servicios de rehabilitación estándar. Por este motivo, es más preciso denominarlo riesgo de pronóstico (Marlowe, 2009). El término “alto riesgo” no necesariamente hace referencia a un riesgo de violencia o peligrosidad. La mayoría de las herramientas de evaluación del riesgo que se utilizan en la práctica de la justicia penal de rutina fueron validadas respecto a la probabilidad de que un infractor evada la justicia, incumpla con los términos de la libertad condicional o reincida, y no respecto a la probabilidad de cometer un acto violento. Si bien las herramientas de evaluación existen para medir el riesgo de violencia, son utilizadas más comúnmente en el tratamiento de infractores habituales de delitos sexuales o para llevar a cabo exámenes forenses en delitos graves serios. En la práctica de la justicia penal de rutina son escasamente utilizadas.

Esta distinción entre *riesgo de pronóstico* y *riesgo de violencia* es crítica. Algunos tribunales de tratamiento de drogas de Estados Unidos evalúan a los infractores de alto riesgo fuera del programa porque probablemente los perciben (equivocadamente) como que son necesariamente una amenaza para otros o, de alguna manera como que no son dignos de merecer los servicios. Por el contrario, la investigación indica que a mayor nivel de riesgo, más apropiado sería derivar a la persona a un tribunal de tratamiento de drogas si se garantizan soluciones de tipo comunitario y si es probable que se fijen en esos casos.

### ***Participantes de alta necesidad***

Las personas que son adictas o dependientes de las drogas o del alcohol suelen sufrir de un fuerte deseo o ansiedad por consumir la sustancia, y es posible que muestren síntomas de abstinencia dolorosos o incómodos cuando tratan de dejarlas. Estos síntomas suelen reflejar un tipo de daño neurológico o neuro-químico al cerebro (Baler & Volkow, 2006; Dackis & O’Brien, 2005; Goldstein et al., 2009). Es necesario un tratamiento formal para esas personas a fin de aliviar su ansiedad y los síntomas de abstinencia, enseñarles habilidades concretas para resistirse a las drogas y al alcohol, y proporcionarles estrategias eficaces para poder manejar las tensiones y los desafíos diarios (Chandler et al., 2009). Las condiciones concurrentes, como enfermedades mentales y daños cerebrales, son también comunes en esta población y requieren de una recuperación sustancial (por ejemplo, Ross, 2008). La investigación muestra que la falta de suministro de una dosis y modalidad de tratamiento adecuadas a las personas

dependientes de drogas se asocia a resultados significativamente más deficientes (De Leon et al., 2008, 2010; Karno & Longabaugh, 2007; Vieira et al., 2009; Belenko, 2006).

Sin embargo, es erróneo asumir que como una persona fue detenida por un delito relacionado con las drogas, debe ser un adicto o que necesita de un tratamiento por abuso de drogas formal. En Estados Unidos, al menos la mitad (más del 55%) de los infractores en delitos relacionados con las drogas abusan de drogas ilícitas o alcohol, pero no son dependientes de ellas (National Center on Addiction & Substance Abuse, 2010; Fazel et al., 2006; DeMatteo et al., 2009). Es posible que estas personas ingieran drogas o alcohol repetidamente en circunstancias que sean potencialmente peligrosas para ellos y para otros, pero su consumo está, en gran parte, bajo control voluntario.

La investigación revela que el tratamiento formal del abuso de sustancias puede estar contraindicado para esas personas. Se ha asociado el hecho de someter a personas que abusan de sustancias no dependientes de drogas (especialmente a los más jóvenes) a tratamientos por abuso de sustancias grupales o domiciliarios con una mayor reincidencia penal y abuso de sustancias (Lovins et al., 2007; Lowenkamp & Latessa, 2005; Szalavitz, 2010; Wexler et al., 2004). Tal vez, pasar el tiempo con pares dependientes de drogas, normaliza indebidamente el estilo de vida del consumidor de drogas o tal vez los requisitos del tratamiento pueden interferir con el compromiso de los participantes con las actividades productivas, como son el trabajo, la escuela o la crianza de los hijos. Cualquiera sea el motivo, pareciera que brindar demasiado tratamiento no es solamente un gran desperdicio de recursos preciosos. También puede dar lugar a efectos colaterales negativos **en los que los resultados pueden empeorar las cosas.**

Los tribunales de tratamiento de drogas requieren que los participantes completen un régimen intensivo de tratamiento de abuso de sustancias, administración de casos clínicos, grupos de recuperación de auto-ayuda y servicios de rehabilitación adyuvantes (NADCP, 1997). En el caso de las personas que no son adictas a las drogas o al alcohol, es posible que no se justifique esta inversión de recursos y que se exponga a los participantes a un mayor contacto con las drogas y con los cómplices del consumo de drogas. Como se discutirá más adelante, las pruebas sugieren que estas personas pueden ser mejor atendidas mediante programas alternativos que no se basen principalmente en tratamientos formales de abuso de drogas para alcanzar los efectos deseados.

## ***Cómo llegar a la población objetivo***

Los criterios de elegibilidad para algunos de los primeros tribunales de tratamiento de drogas no estaban correctamente dirigidos a la población de infractores de alto riesgo/alta necesidad. Principalmente en un esfuerzo por evitar parecer "débiles frente al delito" y por ganarse la aceptación de los fiscales y otros interesados, algunos de los primeros tribunales de drogas comenzaron como programas de trabajo comunitario antes de la declaración de culpabilidad para infractores que delinquíán por primera vez, y estaban acusados de simple tenencia de drogas. Sin embargo, el objetivo no era detenerse en esa población de baja severidad, sino expandirse y concentrarse en los criterios de admisión una vez que los programas demostraran su valor y que la investigación identificara las mejores poblaciones para atender.

En las dos décadas siguientes, los tribunales de tratamiento de drogas de los Estados Unidos han tenido un éxito encontrado a la hora de llegar a la población objetivo. Por un lado, la clara tendencia nacional ha sido adentrarse en el sistema de justicia penal para atender a los infractores con historial penal más grave. El modelo de trabajo o tratamiento comunitario previo a la declaración de culpabilidad ahora representa menos del ocho por ciento de todos los tribunales de drogas de Estados Unidos (Huddleston & Marlowe, 2011). En su lugar, la mayoría de los tribunales de drogas siguen un modelo post-sentencia o post-pena para personas que son condenadas a libertad condicional o que son acusadas de incumplir el sistema de libertad condicional. Además, prevalece cada vez más el modelo de tribunal de drogas de reinserción, que atiende a personas que regresan a sus comunidades después de estar reclusos o en prisión.

Por otra parte, la investigación ha descubierto un buen grado de variabilidad en la severidad clínica y el nivel de riesgo de los participantes de los tribunales de drogas. En algunos estudios, los participantes de bajo riesgo representaron casi el 30 por ciento de la muestra en los tribunales de drogas de delitos graves (Fielding et al., 2002) y aproximadamente la mitad de la muestra en tribunales de drogas de delitos menores (Marlowe et al., 2006). Algunos estudios han descubierto que casi un tercio de los participantes de tribunales de drogas de delitos menores no mostraron pruebas de un trastorno de consumo de sustancias clínicamente severo (DeMatteo et al., 2009; Marlowe et al., 2004).

Esto tiene importantes ramificaciones para la política de drogas en Estados Unidos y tal vez para otros países. Si bien los tribunales de drogas han probado claramente reducir el delito y el abuso de sustancias, estos resultados positivos no siempre han justificado



la inversión de recursos. En muchas evaluaciones, los tribunales de drogas han probado ser eficaces pero no necesariamente desde el punto de vista de costos (Downey & Roman, 2010). Esto es porque los tribunales de drogas que tratan las poblaciones de baja severidad tal vez no estén compensando, de hecho, los delitos graves o reduciendo el uso de camas en prisión. Un tribunal de drogas que trata infractores acusados de simple tenencia de drogas, por ejemplo, probablemente no tenga influencia sobre la sobrepoblación de cárceles porque esas personas seguramente no serán condenas a prisión para empezar (Sevigny et al., 2013).

No es muy claro qué lecciones, si las hubiera, pueden ofrecer las experiencias de los Estados Unidos a otros países. Gran parte del aumento de la población de detenidos en Estados Unidos es producto de los casos de tenencia de drogas, y en algunas jurisdicciones, es posible que los infractores sean condenados a prisión o reclusión por la simple tenencia de drogas. Como las prácticas de detenciones y sentencias son, a menudo, muy distintas en otros países, es posible que no tenga mucha relevancia el hecho de que una gran cantidad de casos de tenencia de drogas de bajo riesgo, sean remitidos a los tribunales de tratamiento de drogas.

Como muchos estados estadounidenses están enfrentando enormes déficits presupuestarios, están tratando con seriedad este problema. Por ejemplo, se le ha asignado al Departamento de Auditoría y Cuentas de Georgia (2010) la tarea de determinar si los tribunales de drogas trabajaron y ahorraron dinero del estado, con la posibilidad de reducir el financiamiento si los resultados no eran manifiestamente favorables. En un informe publicado en septiembre de 2010, la conclusión fue que los tribunales de drogas de Georgia reducían, en realidad, el delito, costaban entre un 72 y un 80 por ciento menos que la mayoría de las demás opciones de penas y generaban un ahorro económico neto de aproximadamente \$18 millones para el estado. La recomendación fue la de ampliar aún más estos programas a fin de reducir el déficit presupuestario correccional del estado. Por el contrario, la Oficina de Responsabilidad de Gobierno y Análisis de Políticas de Programas de Florida (2010) concluyó que los tribunales de drogas en tales estados que recibieron financiamiento estatal tienen que atender a infractores más serios de manera de generar un ahorro de costos netos.

Ofrecer tratamiento a todo aquel que lo necesite es un objetivo loable sin lugar a dudas. Sin embargo, los creadores de políticas deben tomar decisiones a la luz de los recursos limitados que pueden producir el mayor beneficio para el mayor número de ciudadanos, y ofrecer la mayor protección a la seguridad pública. Si los tribunales de tratamiento de drogas quieren alcanzar su máximo potencial, deben concentrar sus criterios de elegibilidad no solo en las poblaciones que son más fáciles de atender, sino también en

aquellas que les son más difíciles y que presentan los mayores desafíos para sus comunidades. Como se analizará más adelante, pueden utilizarse opciones menos costosas para satisfacer las necesidades de otras poblaciones de infractores.

### ***Elegibilidad y criterios de exclusión***

Para tener acceso a la población objetivo apropiada, los tribunales de tratamiento de drogas deben pensar en forma crítica y estratégica acerca de la elegibilidad y los criterios de exclusión. En Estados Unidos, como en otros países, a menudo se les niega la admisión a los tribunales de drogas a personas con cierto tipo de antecedentes penales. El criterio de exclusión más común es para los infractores con historial de violencia y para los distribuidores o productores de drogas. La clara intención de estas limitaciones es proteger la seguridad pública y denegar los servicios a personas desagradables.

Cualquiera sea el motivo político de estas exclusiones, no parecieran estar justificadas por las pruebas que resultan de las investigaciones. Muchos estudios han descubierto que los tribunales de drogas que aceptaron infractores violentos eran tan efectivos con estas personas como con otros participantes (Carey et al., 2008; Carey et al., 2012; Rossman et al., 2011; Saum & Hiller, 2008; Saum et al., 2001). Del mismo modo, los estudios han revelado resultados asombrosos para los tribunales que atendieron a infractores dependientes de drogas, acusados de distribución de drogas o tenencia de ellas con intención de distribuirlos (Cissner et al., 2013; Marlowe et al., 2008). Si se remite a estos tipos de infractores a la supervisión comunitaria (y muchos de ellos ya fueron remitidos), entonces el tribunal de tratamiento de drogas puede ser, en efecto, el mejor lugar para ubicarlos.

Al menos, pareciera no existir fundamento empírico para limitar la participación en los tribunales de drogas de personas acusadas solamente de delitos de drogas, como tenencia o intoxicación pública. Los tribunales de drogas que han expandido sus criterios de elegibilidad para atender a personas adictas a las drogas acusadas de delitos no relacionados con las drogas (como robo y delitos que afectan a la propiedad) han casi duplicado los efectos y los beneficios en términos de costos que tienen los tribunales que sólo aceptan infractores por tenencia de drogas (Carey et al., 2008; Carey et al., 2012; Bhati et al., 2008). Un punto importante pareciera ser si la persona tiene alto riesgo y alta necesidad según se definió anteriormente, y no simplemente la naturaleza de los cargos penales actuales o los antecedentes penales del infractor.

## ***Vías alternativas***

En algunas comunidades, el tribunal de tratamiento de drogas puede ser el más eficaz o tal vez el único programa que funcione como una alternativa a la reclusión que cuenta con personal experimentado en el tratamiento de infractores involucrados con las drogas. En tales circunstancias, sería apropiado que el programa expanda sus criterios de elegibilidad para llegar a personas necesitadas que no podrían de ningún otro modo ser incluidas dentro de la población objetivo ideal.

Si este es el caso, entonces suele ser recomendable para el programa, hacer modificaciones sustanciales al modelo operativo de manera de satisfacer las necesidades y el nivel de riesgo divergente de los participantes. Por ejemplo, la investigación indica que los participantes de bajo riesgo pueden ser manejados de forma segura y eficaz en el seguimiento de un tribunal de drogas que no requiere de audiencias de estado frecuentes ante el juez (Marlowe et al., 2006, 2007; Festinger et al., 2002). Los participantes de bajo riesgo se desempeñan igual de bien y hasta a veces mejor que cuando son supervisados por administradores de caso clínicos que informan su progreso al juez, y solicitan audiencias judiciales sólo si es necesario para tratar el cumplimiento deficiente del tratamiento. Este mecanismo no sólo reduce la carga de supervisión del tribunal, sino que también reduce el grado de contacto entre los participantes de alto riesgo y los participantes de bajo riesgo. Como se observó anteriormente, la combinación de los infractores de alto riesgo y bajo riesgo puede arrojar efectos colaterales negativos para las personas de bajo riesgo porque pueden adoptar valores o actitudes antisociales.

Del mismo modo, algunos estudios han arrojado resultados exitosos cuando los infractores recibieron sanciones punitivas gradualmente ascendentes en caso de pruebas de drogas positivas y otras infracciones, sin hacer énfasis centralmente en el tratamiento del abuso de sustancias formal (Harrell & Roman, 2001; Hawkin & Kleiman, 2009; Kilmer et al., 2012). Generalmente conocidos como programas de abstinencia coaccionados, estas intervenciones pueden ser más adecuadas y más eficaces desde el punto de vista de los costos para los infractores no dependientes de drogas que abusan de sustancias.

El alcance de este capítulo está excedido para debatir en detalle cómo podrían estructurarse estas vías alternativas. Existen otros recursos disponibles que revisan la investigación pertinente en esta área y que ofrecen sugerencias prácticas para el desarrollo y la administración de regímenes alternativos (Marlowe, 2009; Marlowe, 2012b).

## **Conclusión**

Los tribunales de tratamiento de drogas combinan las mejores prácticas de tratamiento intensivo de abuso de sustancias con la supervisión de la justicia penal. Por lo tanto, no debe sorprender que ellos sean los que generen los resultados más eficaces y más económicos para los participantes que requieren de ambos elementos de la intervención. Brindar servicios de tratamiento o supervisión a personas que no requieren de esos servicios, es un gran desperdicio de ingresos públicos y es sabido que genera efectos colaterales negativos donde los delitos y el abuso de sustancias, en realidad han aumentado.

En los últimos años, los tribunales de tratamiento de drogas en Estados Unidos han hecho esfuerzos significativos para identificar las poblaciones objetivo y alterar los procedimientos de admisión, para tener una mejor llegada a estas personas. Algunos críticos podrían argumentar que el ritmo de los cambios no ha sido suficientemente rápido o decisivo. Pero en el esquema de cosas del sistema de justicia penal, veinticinco años es un período de tiempo breve para que un programa quede establecido en un país o en el mundo, para armarse de docenas de estudios empíricos que identifiquen la población específica y para luego alinear el modelo fundamental a los requisitos de esa población. Uno se vería muy presionado a designar otro programa que haya hecho un progreso equivalente dentro del mismo período breve.

Independientemente de ello, puede y debe trabajarse más para perfeccionar los criterios de elegibilidad de los tribunales de tratamiento de drogas. Los programas deben alinear sus criterios de admisión con las pruebas empíricas que demuestren efectos superiores para personas de alto riesgo y alta necesidad, según como ya se han definido esos conceptos anteriormente. Además, no existe fundamento empírico para las exclusiones globales de infractores que han sido acusados de delitos no relacionados con las drogas, como robo, delitos contra la propiedad, distribución de drogas y hasta delitos violentos. Si esas personas son legalmente elegibles para recibir una disposición basada en trabajo comunitario y es posible que la reciban, entonces hacer que la participación en un tribunal de tratamiento de drogas sea una condición de esa disposición, puede fundamentarse en razones de seguridad pública y salud pública. Finalmente, cuando sea apropiado o necesario recibir personas de bajo riesgo o baja necesidad en el programa, los tribunales de tratamiento de drogas deben adaptar sus regímenes para estas personas, de manera que conserven los recursos y eviten el contacto evitable con sus pares de alto riesgo y alta necesidad.

Si los tribunales de tratamiento de drogas no se hacen cargo de estas cuestiones, las decisiones podrían ser tomadas por creadores de políticas u otros interesados en su nombre que posiblemente no tengan los mismos conocimientos acerca de las fuentes de investigación o las prácticas basadas en pruebas. Si los organismos de control gubernamental reducen o revocan el financiamiento de los tribunales de tratamiento de drogas o imponen criterios de elegibilidad arbitrarios que sean incongruentes con las mejores prácticas, es posible que los tribunales de tratamiento de drogas no tengan otro camino que culparse a sí mismos por ello.

## Referencias

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5° edición). New Providence, NJ: LexisNexis.
- Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2006). *Drug addiction: The neurobiology of disrupted self-control. Trends in Molecular Medicine*, Volumen 12, pág. 559-566.
- Belenko, S. (2006). *Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. Crime & Delinquency*, Volumen 52, pág. 94-113.
- Bhati, A. S., Roman, J. K., & Chalfin, A. (2008). To treat or not to treat: Evidence on the prospects of expanding treatment to drug-involved offenders. Washington, DC: The Urban Institute.
- Butzin, C. A., Saum, C. A., & Scarpitti, F. R. (2002). *Factors associated with completion of a drug treatment court diversion program. Substance Use & Misuse*, Volumen 37, pág. 1615-1633.
- Carey, S. M., Finigan, M. W., & Pukstas, K. (2008). *Exploring the key components of drug courts: A comparative study of 18 adult drug courts on practices, outcomes and costs*. Portland, O: NPC Research. Disponible en [www.npcresearch.com](http://www.npcresearch.com).
- Carey, S. M., Mackin, J. R., & Finigan, M. W. (2012). What works? The ten key components of drug court: Research-based best practices. *Drug Court Review*, 7(1), 6–42.
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). *Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. Journal of the American Medical Association*, Volumen 301, pág. 183-190.
- Cissner, A. B., Rempel, M., Franklin, A. W., Roman, J. K., Bieler, S., Cohen, R., & Cadoret, C. R. (2013). A statewide evaluation of New York's adult drug courts: Identifying which policies work best. New York: Center for Court Innovation.
- Dackis, C., & O'Brien, C. (2005). *Neurobiology of addiction: Treatment and public policy ramifications. Nature Neuroscience*, Volumen 8, pág. 1431-1436.
- De Leon, G., Melnick, G., & Cleland, C. M. (2010). *Matching to sufficient treatment: Some characteristics of undertreated (mismatched) clients. Journal of Addictive Diseases*, Volumen 29, pág. 59-67.

- De Leon, G., Melnick, G., & Cleland, C. M. (2008). *Client matching: A severity-treatment intensity paradigm*. *Journal of Addictive Diseases*, Volumen 27(3), pág. 1-15.
- DeMatteo, D. S., Marlowe, D. B., & Festinger, D. S. (2006). *Secondary prevention services for clients who are low risk in drug court: A conceptual model*. *Crime & Delinquency*, Volumen 52, pág. 114-134.
- DeMatteo, D. S., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., & Arabia, P. L. (2009). *Outcome trajectories in drug court: Do all participants have serious drug problems?* *Criminal Justice & Behavior*, Volumen 36, pág. 354-368.
- Downey, P. M., & Roman, J. K. (2010). *A Bayesian meta-analysis of drug court cost-effectiveness*. Washington DC: The Urban Institute.
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). *Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review*. *Addiction*, Volumen 101, pág. 181-191.
- Festinger, D. S., Marlowe, D. B., Lee, P. A., Kirby, K. C., Bovasso, G., & McLellan, A. T. (2002). *Status hearings in drug court: When more is less and less is more*. *Drug & Alcohol Dependence*, Volumen 68, pág. 151-157.
- Fielding, J. E., Tye, G., Ogawa, P. L., Imam, I. J., & Long, A. M. (2002). *Los Angeles County drug court programs: Initial results*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volumen 23, pág. 217-224.
- Florida Office of Program Policy Analysis & Government Accountability (Octubre de 2010). *Without changes, expansion drug courts unlikely to realize expected cost savings* [Report No. 10-54]. Tallahassee, FL: Author. Disponible en [www.oppaga.state.fl.us/government](http://www.oppaga.state.fl.us/government).
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). *A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works!* *Criminology*, Volumen 34, pág. 575-596.
- Georgia Department of Audits and Accounts. (Septiembre de 2010). *Judicial branch adult-felony drug courts [Performance Audit No. 09-14]*. Disponible en <http://www.audits.ga.gov/PAO/PAOdivision.html>.
- Goldstein, R. Z., Craig, A. D., Bechara, A., Garavan, H., Childress, A. R., Paulus, M. P., & Volkow, N. D. (2009). *The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction*. *Cell*, Volumen 13, pág. 372-380.
- Harrell, A., & Roman, J. (2001). *Reducing drug use and crime among offenders: The impact of graduated sanctions*. *Journal of Drug Issues*, Volumen 31, pág. 207-232.
- Hawken, A., & Kleiman, M. (2009). *Managing drug involved probationers with swift and certain sanctions: Evaluating Hawaii's HOPE* [NCJRS no. 229023]. Washington DC: National Institute of Justice. Disponible en <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/229023.pdf>.
- Hiller, M. L., Knight, K., & Simpson, D. D. (1999). *Risk factors that predict dropout from corrections-based treatment for drug abuse*. *The Prison Journal*, Volumen 79, pág. 411-430.

Huddleston, W., & Marlowe, D. B. (2011). *Painting the current picture: A national report on drug courts and other problem solving court programs in the United States*. Alexandria, VA: National Drug Court Institute.

Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2007). Does matching matter? Examining matches and mismatches between patient attributes and therapy techniques in alcoholism treatment. *Addiction*, 102, 587-596.

Kilmer, B., Nicosia, N., Heaton, P., & Midgette, G. (2012). Efficacy of frequent monitoring with swift, certain, and modest sanctions for violations: Insights from South Dakota's 24/7 Sobriety Project. *American Journal of Public Health*, at DOI: 10.2105/AJPH.2012.300989.

Lovins, L. B., Lowenkamp, C. T., Latessa, E. J., & Smith, P. (2007). *Application of the risk principle to female offenders*. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, Volumen 23, pág. 383–398.

Lowenkamp, C. T., Holsinger, A. M., & Latessa, E. J. (2005). *Are drug courts effective? A meta-analytic review*. *Journal of Community Corrections*, Fall, pág. 5-28.

Lowenkamp, C. T., & Latessa, E. J. (2004). *Understanding the risk principle: How and why correctional interventions can harm low-risk offenders*. *Topics in Community Corrections-2004*, pág. 3–8.

Lowenkamp, C. T., & Latessa, E. J. (2005). *Increasing the effectiveness of correctional programming through the risk principle: Identifying offenders for residential placement*. *Criminology & Public Policy*, Volumen 4, pág. 263-290.

Lowenkamp, C. T., Latessa, E. J., & Holsinger, A. M. (2006). *The risk principle in action: What have we learned from 13,676 offenders and 97 correctional programs?* *Crime & Delinquency*, Volumen 52, pág. 77-93.

Marlowe, D. B. (2009). *Evidence-based sentencing for drug offenders: An analysis of prognostic risks and criminogenic needs*. *Chapman Journal of Criminal Justice*, Volumen 1, pág. 167-201.

Marlowe, D. B. (2012a). Targeting the right participants for adult drug courts [Practitioner Fact Sheet Vol. VII, No. 1]. Alexandria, VA: National Drug Court Institute.

Marlowe, D. B. (2012b). Alternative tracks in adult drug courts: Matching your program to the needs of your clients [Practitioner Fact Sheet Vol. VII, No. 2]. Alexandria, VA: National Drug Court Institute.

Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Dugosh, K. L., Arabia, P. L., & Kirby, K. C. (2008). *An effectiveness trial of contingency management in a felony pre-adjudication drug court*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, Volumen 41, pág. 565-577.

Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Dugosh, K. L., Lee, P. A., & Benasutti, K. M. (2007). *Adapting judicial supervision to the risk level of drug offenders: Discharge and six-month outcomes from a prospective matching study*. *Drug & Alcohol Dependence*, 88S, pág. 4-13.

Marlowe, D. B., Festinger, D. S., & Lee, P. A. (2004). *The judge is a key component of drug court*. *Drug Court Review*, Volumen 4 (2), pág. 1-34.

Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lee, P. A., Dugosh, K. L., & Benasutti, K. M. (2006). *Matching judicial supervision to clients' risk*

*status in drug court. Crime & Delinquency*, Volumen 52, pág. 52-76.

Marlowe, D. B., Patapis, N. S., & DeMatteo, D. S. (2003). *Amenability to treatment of drug offenders. Federal Probation*, Volumen 67, pág. 40-46.

McCord, J. (2003). *Cures that harm: Unanticipated outcomes of crime prevention programs. Annals of the American Academy of Political & Social Science*, Volumen 587, pág. 16-30.

National Association of Drug Court Professionals. (1997). *Defining drug courts: The key components. Washington, DC: Office of Justice Programs, U.S. Dept. of Justice.*

National Center on Addiction & Substance Abuse. (2010). *Behind bars II: Substance abuse and America's prison population.* New York: Author.

Peters, R.H., Haas, A.L., & Murrin, M.R. (1999). *Predictors of retention and arrest in drug court. National Drug Court Institute Review*, Volumen 2, pág. 33-60.

Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., & Finckenauer, J. O. (2000). *Well-meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments such as Scared Straight. Crime & Delinquency*, Volumen 46, pág. 354-379.

Roll, J. M., Prendergast, M., Richardson, K., Burdon, W., & Ramirez, A. (2005). *Identifying predictors of treatment outcome in a drug court program. American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, Volumen 31, pág. 641-656.

Ross, S. (2008). *The mentally ill substance abuser.* In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (4° edición) (págs. 537-554). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Rossmann, S. B., Roman, J. K., Zweig, J. M., Rempel, M., & Lindquist, C. H. (Eds.) (2011). *The Multi-Site Adult Drug Court Evaluation: Study Overview and Design*, en <http://www.urban.org/uploadedpdf/412354-MADCE-Study-Overview-and-Design.pdf>.

Saum, C. A., & Hiller, M. L. (2008). *Should violent offenders be excluded from drug court participation? An examination of the recidivism of violent and nonviolent drug court participants. Criminal Justice Review*, Volumen 33, pág. 291-307.

Saum, C. A., Scarpitti, F. R., & Robbins, C. A. (2001). *Violent offenders in drug court. Journal of Drug Issues*, Volumen 31, pág. 107-128.

Sevigny, E. L., Pollack, H. A., & Reuter, P. (2013). Can drug courts help to reduce prison and jail populations? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 647, 190-212.

Szalavitz, M. (2010). *Does teen drug rehab cure addiction or create it?* Revista *Time* en línea, en <http://time.com/time/printout/0,8816,2003160,00.html> (obtenido el 16/7/2010).



Taxman, F. S., & Marlowe, D. B. (Eds.) (2006). *Risk, needs, responsivity: In action or inaction?* [Edición Especial]. *Crime & Delinquency*, 52(1).

Vieira, T. A., Skilling, T. A., & Badali-Peterson, M. (2009). *Matching court-ordered services with treatment needs: Predicting treatment success with young offenders*. *Criminal Justice & Behavior*, Volumen 36, pág. 385-401.

Wexler, H. K., Melnick, G., & Cao, Y. (2004). Risk and prison substance abuse treatment outcomes: A replication and challenge. *The Prison Journal*, 84(1), 106–120.

## CAPÍTULO 6

### ATENDIENDO LAS NECESIDADES DE JÓVENES Y JÓVENES ADULTOS

*Michael F. Nerney*

---

#### ***Introducción***

Si bien esta publicación se concentra principalmente en cuestiones relativas a la planificación e implementación de los tribunales de tratamiento de drogas (DTC, por sus siglas en inglés) para adultos, nunca es suficiente el énfasis que se haga en la necesidad crítica de establecer estos programas para jóvenes. Casi todos los países que brindaron información sobre la actividad de los TTD para adultos en la publicación CICAD/OEA-AU<sup>1</sup> 2010 destacaron la necesidad imperiosa de adaptar el concepto de los TTD para abordar las necesidades de los jóvenes de su país. Sabemos tanto por la investigación como por la experiencia, que desarrollar respuestas eficaces al consumo de drogas en adolescentes y jóvenes adultos requiere de estrategias especiales que aborden las necesidades de desarrollo y otras necesidades que tienen los jóvenes, y que el enfoque de TTD clásico para adultos requiere de una modificación esencial para que cobre significado para los jóvenes. Este capítulo analiza los resultados pertinentes relacionados con el desarrollo del “cerebro” adolescente y otras consideraciones que se relacionen con estos esfuerzos.

#### ***El cerebro adolescente***

Una vez que los adolescentes ingresan al sistema de justicia juvenil, se activan los mecanismos usuales que guían el proceso de evaluación. Un examen profundo de los problemas legales, las cuestiones sobre abuso de sustancias y alcohol, la salud física, la estructura familiar y las necesidades educativas de cada adolescente, le permite al personal comenzar a crear un plan de tratamiento que aborde, con eficacia, los déficits que tiene cada adolescente. Este capítulo se concentrará en formular y dictar cambios dentro de las prácticas de tratamiento que aborden la naturaleza más complicada del

---

<sup>1</sup> Caroline Cooper et. al. Establishing Drug Treatment Courts: Strategies, Experiences and Preliminary Outcomes. Organization of American States and School of Public Affairs, American University. April 2010.

desarrollo del cerebro adolescente, especialmente en lo relacionado con el crecimiento cognitivo, emocional y social durante entre diez y doce años de adolescencia.

Las nuevas investigaciones nos muestran que el cerebro adolescente no es una versión simplemente inmadura del cerebro adulto. En realidad, ahora sabemos que los adolescentes perciben y vivencian las emociones de una forma distinta a la de los adultos: utilizan diferentes partes del cerebro para distintas formas de resolver los problemas, evalúan y toman decisiones sobre la asunción de riesgos a través de un conjunto de mecanismos neurales diferentes, y perciben el mundo que los rodea y su propia persona a través de un sistema de filtrado diferente al de los adultos.

A medida que los niños se acercan a la pubertad, una combinación de químicos dispara cambios importantes en el cerebro. La kisspeptina, una hormona poderosa, le indica al sistema endocrino que produzca la hormona del crecimiento pituitario, y también la testosterona en hombres y los estrógenos en mujeres. Estos químicos inician la actividad de crecimiento físico, así como también las características sexuales primarias y secundarias que transformarán niños en hombres jóvenes y niñas en mujeres jóvenes.

El crecimiento físico y la madurez sexual crean cambios significativos en el cerebro, tanto estructurales como químicos, que ejercen influencia sobre el desarrollo social, emocional y cognitivo. La genética, al igual que factores ambientales como la nutrición, ejercen influencia sobre los tiempos de la pubertad, pero en la mayoría de los adolescentes, esos cambios comienzan alrededor de los 12 años de edad para los niños y un poco antes para las niñas. Estos cambios finalizan alrededor de los 23 a 25 años de edad en el caso de los hombres, y alrededor de los 21 años de edad en el caso de las mujeres.

Para el momento en el que la pubertad llega al cerebro humano, el cerebro ya ha pasado por cambios destacables. Durante el lapso que va desde el nacimiento hasta la edad de diez años, estos jóvenes cerebros duplican y hasta triplican su tamaño. A medida que se acercan a la edad de once o doce años, estos cerebros tendrán mil millones o más de células de materia gris en la corteza pre frontal, y un número aún mayor, se esparce en el resto del cerebro.

En este punto, mientras se completa la mayor parte del crecimiento explosivo del cerebro, todavía habrá pequeños centros del cerebro que continúan creciendo y algunas migraciones de células significativas dentro del cerebro. Se crearán billones de nuevas conexiones en todo el cerebro. A medida que los adolescentes comienzan a desarrollarse físicamente y maduran sexualmente, también empiezan a adquirir

habilidades y experiencias cognitivas, emocionales y sociales. Durante el período de diez a doce años de adolescencia, las redes neurales, las estructuras centrales y los núcleos complejos de actividad cerebral se agrandan y se fortalecen a través de la práctica y la repetición. Al mismo tiempo que los caminos bien utilizados crecen y se fortalecen, otros caminos de materia gris menos utilizada se eliminan, desconectan o se funden en otros sistemas. Este es el proceso de restructuración neuronal que los investigadores describen como “desarrollo de un cerebro adulto”. En general, este proceso comienza más abajo en el bulbo raquídeo y se arrastra hacia arriba desde la parte posterior del cerebro hacia la frontal, finalizando por último en el centro ejecutivo del cerebro, la corteza pre frontal.

Esta es la parte del cerebro donde se alojan la razón, la lógica, la inducción, la deducción, la abstracción, la extrapolación y la solución de problemas. Es fascinante que esta parte esencial del cerebro esté todavía “en construcción” durante la mayor parte de la adolescencia. En la mayoría de los adolescentes, los cerebros adultos femeninos emergen entre los 21 y 22 años de edad, mientras que los cerebros adultos masculinos emergen entre los 23 y 25 años de edad. A medida que la materia gris del cerebro se reduce, la materia blanca, la superestructura subyacente del cerebro, aumenta. Este proceso prolongado, que a veces suele ser frustrante para los adultos que quieren que los adolescentes “se comporten como adultos” es crucial para mantener la plasticidad destacable del cerebro. Un cerebro que esté fijo y estático en la adolescencia sería incapaz de flexionarse, aprender y adaptarse: las cualidades exactas que necesitará para realizar con éxito los cambios que el tratamiento requiere.

Detrás de la corteza pre frontal y del cerebro se encuentra el centro límbico. Todas las emociones que experimentan los seres humanos, se generan en esta parte del encéfalo. Con la ayuda de estructuras centrales como la amígdala, el núcleo accumbens y la corteza singular anterior, el cerebro adolescente genera, amplifica y transmite las emociones al resto del cerebro.

Como los cerebros adolescentes tienen muchas más células de materia gris que los cerebros adultos, las emociones de los adolescentes se presentan con mucha más intensidad. Lo que es estresante o genera ansiedad para los adultos es doblemente estresante para los adolescentes. Lo que genera enojo o irritación en los adultos puede generar ira y resentimiento en los adolescentes. Lo que entristece a los adultos tiene el potencial de generar una depresión seria en adolescentes. Y lo que deleita a los adultos puede excitar y alborotar a los adolescentes.

El principio importante aquí es que los adolescentes tienen estados emocionales más potentes y más cambiantes que los adultos, y que eso es absolutamente normal en términos de desarrollo. Varios adolescentes han tenido traumas infantiles, deficiencias nutricionales, exposición pasiva a drogas peligrosas o inicio temprano en el consumo de drogas y alcohol. Muchos adolescentes no cuentan con los modelos de rol de adulto apropiados o con el entorno adecuado necesario para que los contengan para ser emocionalmente competentes.

Si bien ambos géneros luchan con intensidad emocional, existen algunas diferencias basadas en el género. El cerebro masculino es más receptivo a la liberación de adrenalina y puede reaccionar con enojo más rápido. Este es un factor importante para ayudar a los niños a ser más competentes en el manejo de la ira. Las niñas también pueden debatirse con el manejo de la ira, pero otra diferencia en el cerebro puede generarle un tipo de riesgo distinto a las niñas. Por motivos que no se entienden completamente, pero que están claramente vinculados a cambios hormonales, los cerebros femeninos muestran una capacidad reducida de síntesis de la serotonina, un componente importante de la estabilidad emocional. Esto comienza a suceder en las niñas alrededor de los 13 años y la reducción en la síntesis de la serotonina puede ir desde el 30 hasta el 50 por ciento. Las niñas adolescentes pueden, de hecho, tener un factor de riesgo biológico para depresión.

Es esencialmente importante entender este factor de riesgo, a la luz de la batalla continua que los adolescentes han demostrado frente a la depresión y al suicidio.

Determinar las realidades de la depresión adolescente y darles una respuesta, se hace más complicado por el hecho de que muchos adolescentes que ingresan al sistema de justicia juvenil, ya tienen un historial de abuso físico, emocional o sexual, y a menudo una combinación de ellos. Se han identificado múltiples factores que aumentan la probabilidad de que se produzca un abuso. Entre ellos se encuentran la adicción y el abuso de drogas y alcohol de parte de los padres, los encargados de su cuidado, los hermanos y otros con acceso a los niños, lo que los hace vulnerables por la falta de vínculo entre hijos y padres, por abandono o por supervisión ineficaz. Los nuevos datos científicos muestran el impacto que un trauma temprano tiene en el desarrollo del cerebro. Un porcentaje importante de adolescentes ha sido protagonista de estos traumas. Para una recuperación exitosa es necesario evaluar si los participantes en tratamiento tienen algún trauma, y diseñar y ofrecer componentes de tratamiento específicos para tratar las circunstancias y hechos de la vida traumáticos.

Los adolescentes en tratamiento necesitan de adultos que entiendan la intensidad y la frecuencia de las emociones adolescentes, que puedan modelar con eficacia la regulación y gestión de emociones, y quienes puedan ayudar a los adolescentes bajo su cuidado a adquirir competencias emocionales. Entre las competencias emocionales se incluyen la capacidad de identificar las emociones que uno experimenta, la capacidad de verbalizar esas emociones a otros, la internalización de habilidades de gestión emocional, la capacidad de auto-regulación y el desarrollo de la empatía. También es importante que los adultos generen oportunidades para que los adolescentes practiquen estas habilidades, obtengan la respuesta apropiada del personal y practiquen un poco más. Las competencias sociales y emocionales son indicativas de éxito vocacional e interpersonal más que cualquier otro factor.

### ***Asunción de riesgos***

Los investigadores de la Universidad de Pittsburgh descubrieron recientemente un cambio en la cantidad de sitios receptores del cerebro relacionados con la asunción de riesgos en adolescentes. Alrededor de los 13 años, se desarrollan sitios adicionales en el sistema de recompensa del cerebro adolescente, pero el nivel de dopamina, el principal transmisor neuroquímico de recompensas, permanece inalterable. Los investigadores creen que esto significa que los mismos comportamientos de asunción de riesgos de pre-adolescentes ya no servirán para generar recompensas en el cerebro del adolescente. En términos generales, esto significa que los adolescentes necesitan de nuevos comportamientos de mayor riesgo para alcanzar la sensación de recompensa emocional. Este es probablemente el motivo por el cual vemos un aumento en los comportamientos de búsqueda de emociones y asunción de riesgos comenzando alrededor de los 13 años de edad.

Es probable que haya un aspecto evolucionario de esto, y que sin este conductor, nosotros como especie no hubiéramos evolucionado como lo hicimos. Algunas culturas parecen tener un conocimiento acabado de ello y crean ritos de paso para los jóvenes. Estos ritos de paso, si bien suelen percibirse como temerarios y riesgosos por aquellos que están por enfrentarlos, cuentan sin embargo con características como la seguridad y la supervisión del adulto. Cuando estas opciones no existen, los adolescentes rápidamente descubren los comportamientos de alto riesgo por sí mismos, y salen a buscarlos en sus comunidades. Por supuesto, los comportamientos riesgosos disponibles suelen incluir actividades sexuales, químicas, criminales y físicas inseguras. Como estos cambios en el cerebro son normales y previsibles en el desarrollo, es importante que los adultos que trabajan con adolescentes en cualquier entorno, incluido el entorno de tratamiento, ofrezcan elementos de asunción de riesgos que

estén estructurados y sean seguros, pero que satisfagan la necesidad del adolescente de la recompensa emocional por la asunción de riesgos.

Los planes de tratamiento de adolescentes deben incluir, en consecuencia, oportunidades seguras de excitación, euforia y aventura. No siempre es necesario que el centro de tratamiento o el sistema de justicia juvenil brinde una gama completa de oportunidades de asunción de riesgos, ya que puede haber programas vigentes en las escuelas locales o en la comunidad a los que podría accederse. Entender que la estructura y la química del cerebro adolescente disparan un mayor deseo de asunción de riesgos para satisfacción emocional, también ayuda a informar a los adultos acerca del lenguaje que utilizamos con los adolescentes. En los programas educativos sobre abuso de sustancias y alcohol en particular, podemos ver que hablar acerca de los peligros del alcohol y las drogas haciendo énfasis en los factores de riesgo podría no ser un disuasivo sino, inadvertidamente, una inducción a consumir.

### ***Lazos sociales***

En estudios tras estudios, los adolescentes nos dicen cuán importantes son las relaciones con sus pares, al mismo tiempo que les resulta estresante mantener y conservar el equilibrio de esas relaciones. Muchos adolescentes en tratamiento no cuentan con familias funcionales y, por ello, es posible que sufran de baja autoestima y que tengan relaciones sociales deficientes o prescindan de ellas. Estos adolescentes, como la mayoría de sus pares, sienten una terrible necesidad de lazos sociales, aceptación de sus pares e inclusión de sus pares. Un programa de tratamiento exitoso encontrará la forma de asistirlos en la adquisición de un conjunto de habilidades que los ayude a satisfacer esas necesidades.

Una evaluación precisa de las habilidades sociales adolescentes resulta esencial para el proceso de planificación que llenará los vacíos que muchos adolescentes tienen en la selección de pares, compromisos sociales, creación y conservación de relaciones y respuesta empática. Es también importante ayudar a los adolescentes a aprender cómo terminar con éxito relaciones no saludables. A medida que los adolescentes adquieren y ejercitan estas habilidades, les resulta más fácil aplicarlas en situaciones sociales fuera del tratamiento y utilizar estas habilidades para formar nuevas relaciones pro-sociales en la etapa post-tratamiento.

### ***Solución de problemas***

Otra investigación interesante nos revela que mientras que los adolescentes suelen ser buenos en la resolución de problemas, lo hacen mejor cuando se sienten

emocionalmente seguros. De hecho, la actividad en la corteza pre frontal del cerebro de un adolescente es una maravilla digna de observación. (Pídale a un adolescente que lo ayude a conectar su Blu-Ray a Netflix, y antes que se dé cuenta, está hecha la conexión, se ha maximizado la resolución de imagen de Alta Definición, y se ha conectado el sistema de Sonido Envoltivo también.) Pero cuando un adolescente está pasando por una crisis emocional (separación de su novio o novia; confrontación padre/hijo; discusión con entrenador o atleta; enfrentamiento docente/estudiante; pelea con el mejor amigo), la corteza pre frontal pasa a segundo término frente al centro emocional. Como resultado de ello, es mucho menos probable que en estas situaciones los adolescentes usen la lógica y la razón como parte de su proceso de toma de decisiones y mucho más probable que se basen en comportamientos impulsivos menos funcionales disparados por la fuerte intensidad emocional.

Bajo estrés emocional, el cerebro adolescente suele producir un químico que desconecta los caminos hacia la corteza pre frontal (el centro del pensamiento, la lógica y la razón). Al mismo tiempo, se agudiza la actividad del centro límbico (el centro emocional), aumentando los sentimientos de ansiedad, agitación, ira e impulsividad. Este es el motivo por el que los adolescentes inteligentes bajo carga emocional a veces, no actúan en forma tan inteligente. Contar con personal de tratamiento capacitado, que promueva la seguridad emocional, reconozca las crisis emocionales y utilice técnicas como tiempos muertos y salas de recuperación (en lugar de exigirles a los adolescentes que simplemente "piensen esto ahora mismo"), resulta indispensable para promover el crecimiento y el progreso en clientes adolescentes.

Por último, a medida que los adolescentes mejoran su participación en el tratamiento y se adhieren a la estructura y a los lineamientos del programa, los adultos que trabajan con ellos deben destacar y comunicar la valorización de los cambios pequeños, graduales y positivos que ven en forma diaria. Los adolescentes tienen más probabilidad de mejorar cuando los adultos que aprecian y admiran ven sus mejoras y hacen comentarios positivos acerca de esos cambios. El cerebro adolescente es más vulnerable a la adicción a las drogas y al alcohol que el cerebro adulto, pero la gran plasticidad que genera esta vulnerabilidad les da un alto potencial de crecimiento, cambio y recuperación.



## CAPÍTULO 7

### RECOPILACIÓN DE DATOS SIGNIFICATIVOS: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA Y DEL IMPACTO SOBRE EL PROGRAMA Y LOS PARTICIPANTES

*Caroline S. Cooper*

---

¿Cómo medimos el impacto de los programas de tribunales de tratamiento de drogas? ¿Cómo determinamos el “éxito” de los participantes? ¿Y el éxito del programa? ¿Y cómo comunicamos lo que estos programas logran al resto de la comunidad? Los autores de otros capítulos de esta publicación han analizado estas preguntas desde varias perspectivas, destacando una gama de “medidas de desempeño” aplicables a sus respectivas disciplinas y a las audiencias a las que debe comunicarse esta información. El mensaje es claro: los tribunales de tratamiento de drogas deben compilar y difundir una gama de información en múltiples niveles para describir los servicios que prestan, las personas a las que los prestan y el impacto que están logrando. En la mayoría de los casos, esta información debe presentarse con una comparación de elementos comparables para el proceso tradicional.

A la fecha, la mayoría de las evaluaciones de resultados de los tribunales de drogas han apuntado principalmente a las distintas mediciones estadísticas totales de “reincidencia” para determinar el valor del programa. La mayoría de estos análisis de reincidencia comparan las distintas cohortes de los participantes de tribunales de drogas -generalmente quienes completaron el tratamiento- con supuestas cohortes similares de individuos sujetos a libertad condicional. Los resultados han demostrado invariablemente que quienes completaron el tratamiento con tribunales de drogas en general tienen menor tasa de reincidencia que los individuos sujetos a libertad condicional de tribunales distintos de drogas. Este resultado, sumado al menor costo por cliente de un programa de tratamiento de drogas en comparación con el costo de la reclusión, ha motivado a muchos creadores de política a apoyar el concepto del tribunal de tratamiento de drogas.

Sin embargo, el defecto principal de la mayoría de las evaluaciones de los tribunales de drogas efectuadas a la fecha es que no relacionan el desempeño de los participantes – actualmente medido principalmente en términos de reincidencia- con (a) la naturaleza de los servicios prestados y otros aspectos de las operaciones del programa -que, en

Estados Unidos, varía significativamente entre programas- o (b) la naturaleza de las adicciones y otras necesidades presentadas por los participantes individuales.

Asimismo, la reducción de la tasa de reincidencia y el ahorro de costos muestran sólo una pequeña parte del potencial impacto que un tribunal de tratamiento de drogas puede tener sobre los participantes individuales y sobre todo el sistema de justicia, de salud pública y otros sistemas relacionados, ni que decir sobre la comunidad en general. Es bien sabido que el abuso de sustancias afecta a muchos sectores además de la seguridad pública: la salud pública, el empleo, la dinámica familiar y otros. ¿Qué medidas de desempeño debería aplicarse entonces para desarrollar una base empírica adecuada para evaluar el impacto multidimensional de los programas de tribunales de tratamiento de drogas para los participantes individuales? ¿Para el sistema de justicia local? ¿Y para la comunidad local? Y, dadas las variaciones en términos de diseño y operaciones entre los programas, ¿cómo pueden realizarse comparaciones significativas y arribarse a conclusiones generales de la experiencia de múltiples programas de tribunales de drogas?

Este capítulo sugiere cinco medidas de desempeño esenciales e interrelacionadas para aplicar a los tribunales de tratamiento de drogas a fin de abordar estas cuestiones y desarrollar un mecanismo para estudios de evaluación que obvие las limitaciones de muchos de los análisis previos. La estrategia de evaluación propuesta combina una evaluación de:

- (1) el grado en el que los pretendidos tribunales de tratamiento de drogas reflejan la fidelidad al modelo del tribunal de drogas como se refleja en los Componentes Clave/Principios Clave adoptados por Estados Unidos y por la International Association of Drug Court Professionals;
- (2) el grado en el que los programas funcionan como fueron diseñados;
- (3) el grado en el que se aplican las “prácticas basadas en pruebas”;
- (4) el grado en el que los tribunales de tratamiento de drogas llegan y retienen a sus poblaciones objetivo; y
- (5) el impacto del tribunal de tratamiento de drogas sobre los participantes individuales a través de una perspectiva del “antes” y “después” en las situaciones individuales.

Este enfoque propuesto evitará problemas metodológicos significativos planteados por muchas estrategias de evaluación de tribunales de drogas actuales que: (a) se concentran en comparaciones de cohortes seleccionadas de participantes de TTD (generalmente graduados que completaron el programa con "éxito") con grupos

comparativos artificialmente creados formados por individuos sujetos a libertad condicional, que a menudo incluye una mezcla de infractores “con éxito” y “sin éxito”; (b) no co-relacionan el progreso -o la falta de progreso– de los participantes de los tribunales de drogas con los servicios prestados y/o las necesidades que presentan, y (c) pasan por alto el progreso positivo de rehabilitación de muchos participantes de tribunales de tratamiento de drogas que posiblemente no alcancen la condición de tratamiento "exitoso"/"completado".

## ***Medidas de desempeño sugeridas***

### **A. Evaluación de la calidad del programa**

Para evaluar adecuadamente la calidad de los programas de los tribunales de tratamiento de drogas, es necesario concentrarse en tres áreas críticas:

- (1) si el programa se adhiere a los “componentes clave”/”principios clave” formulados tanto en Estados Unidos como a nivel internacional para los programas de tribunales de tratamiento de drogas;
- (2) si el programa opera como se esperaba, tanto en término de procedimientos como de servicios; y
- (3) si el programa aplica las prácticas basadas en pruebas a sus operaciones y servicios.

### ***¿El diseño del programa refleja los “Componentes clave”/”Principios clave” para los tribunales de tratamiento de drogas?***

En las últimas dos décadas, se ha producido una explosión en la cantidad de programas que se autodenominan "tribunales de tratamiento de drogas" en Estados Unidos y un crecimiento significativo de estos programas fuera de Estados Unidos. Como no existe ningún organismo de acreditación universalmente reconocido que certifique que un programa es un “tribunal de tratamiento de drogas”, los diez “componentes clave” articulados aplicables a los tribunales de tratamiento de drogas en Estados Unidos y los trece “principios clave” articulados para los tribunales de tratamiento de drogas fuera de Estados Unidos brindan el marco de valor para determinar si los programas son, en realidad, “tribunales de tratamiento de drogas” independientemente del nombre que se les ha asignado.

Los “componentes clave” y los “principios clave” resumidos más abajo son similares. Los principios clave abordan tres áreas adicionales: la necesidad de que la administración de casos promueva la "reinserción" de la persona en la comunidad, la necesidad de abordar

necesidades de salud mental de los participantes y la necesidad de servicios de cuidados post-tratamiento permanentes.

Componente clave 1: Los tribunales de drogas integran los servicios de tratamiento de alcoholismo y otros tratamientos de drogas con el procesamiento de casos del sistema judicial.

Principio clave 1: Procesamiento integrado del sistema de atención de salud/justicia de los casos comunes.

Componente clave 2: A través del uso de un enfoque no adversarial, la fiscalía y los abogados defensores promueven la seguridad pública al mismo tiempo que protegen el debido proceso de los participantes. Principio clave 2: Enfoque no adversarial para la solución de problemas de casos por parte del juez, el fiscal y la defensa.

Componente clave 3: Los participantes elegibles son identificados en forma temprana y asignados inmediatamente al programa del tribunal de drogas.

Principio clave 3: Identificación inmediata y objetiva y asignación al programa de infractores elegibles.

Componente clave 4: Los tribunales de drogas ofrecen acceso a servicios de rehabilitación y tratamiento de la dependencia del alcohol y de las drogas continuo, y a otros servicios relacionados.

Principio clave 4: Acceso de los participantes a un continuo amplio de servicios de tratamiento y rehabilitación.

Componente clave 5: Supervisión de la abstinencia mediante pruebas frecuentes de alcohol y otras drogas.

Principio clave 5: Control objetivo del cumplimiento de los participantes a través de las pruebas de abuso de sustancias.

Componente clave 6: Una estrategia coordinada regula las respuestas del tribunal de drogas al cumplimiento de los participantes.

Principio clave 6: Respuesta estratégica coordinada al cumplimiento y no cumplimiento del programa por parte de todas las disciplinas involucradas (policía, fiscalía, libertad condicional, tratamiento, trabajadores sociales, tribunales).

Componente clave 7: Es esencial la interacción judicial continua con cada participante del tribunal de drogas.

Principio clave 7: Interacción judicial directa continúa con los participantes.

Componente clave 8: La supervisión y la evaluación miden el logro de los objetivos del programa y la efectividad.

Principio clave 8: Supervisión y evaluación del desempeño del programa (tanto del proceso como del impacto).

Componente clave 9: La educación interdisciplinaria continua, promueve la eficaz planificación, implementación y operaciones de los tribunales de drogas,

Principio clave 9: Educación interdisciplinaria continua del equipo completo del Tribunal de Drogas.

Componente clave 10: Las alianzas forjadas entre los tribunales de drogas, organismos públicos y organizaciones basadas en la comunidad, generan apoyo local y mejoran la eficacia de los tribunales de drogas.

Principio clave 10: Alianzas para eficacia del programa y apoyo comunitario local.

\*\*\*\*\*

Principio clave 11: Gestión continúa de casos incluido el apoyo de reintegración social.

Principio clave 12: Contenido de programa adaptable para grupos con necesidades especiales (por ejemplo, enfermedades mentales).

Principio clave 13. Deben establecerse servicios post-tratamiento para mejorar los efectos del programa a largo plazo.

Se sugiere evaluar cada uno de estos componentes o principios en términos de: "totalmente alcanzados", "parcialmente alcanzados/necesita atención en..." o "no alcanzados". La aplicación de esta plantilla de evaluación a los programas de tribunales de drogas individuales arrojará datos sin procesar que sentarán las bases para identificar las áreas que deben mejorarse para reflejar plenamente el modelo del tribunal de drogas, y para construir una tipología que permita la comparación de los programas de tribunales de drogas en términos del grado en el que reflejan los componentes clave/principios clave. Este marco comparativo será fundamental para las consultas posteriores sobre el desempeño de los participantes y el "éxito del programa". También brindará un marco para evaluar el grado en el que los programas que se autodenominan "tribunales de drogas" o "tribunales de tratamiento de drogas" operan en realidad como

tribunales de drogas o tribunales de tratamiento de drogas, por ejemplo a través de la prevalencia de los programas de tribunales de drogas que reflejen “fidelidad al modelo”.

Mantener la “fidelidad al modelo” ha sido el desafío principal de muchos tribunales de drogas en Estados Unidos, donde los jueces han venido a rotar la asignación frecuentemente, donde es frecuente el movimiento de personal, y donde hay poca orientación respecto de los conceptos fundamentales de adicción, proceso de recuperación, principios de jurisprudencia terapéutica sobre los que se basa el modelo del tribunal de drogas y el cambio de paradigma de los roles tradicionales que es esencial para los miembros del equipo del TTD cuando se suman al programa de tribunal de drogas.

Una vez que se realiza la evaluación del grado en el que el diseño de un programa refleja los valores de los principios/componentes clave, es decir, una determinación de si el programa es, en realidad, un “tribunal de drogas”, es necesario ahondar en un segundo aspecto de evaluación: ¿El programa funciona como se esperaba? ¿Las operaciones se condicen con el diseño?

### ***¿El programa funciona como se esperaba? ¿El diseño del programa se lleva a cabo en todas las operaciones del programa?***

Si bien los componentes clave/principios clave ofrecen lineamientos para los tribunales de tratamiento de drogas, el grado en el que estos lineamientos se implementan efectivamente en la práctica es clave para determinar la probabilidad de que el programa tenga el alcance y el impacto deseado. Debe realizarse una evaluación del proceso clásico para determinar si los servicios anticipados se prestan efectivamente de la forma y según los tiempos esperados. Si, por ejemplo, el diseño del programa prevé un “continuo amplio de servicios de tratamiento y rehabilitación” (Componente/Principio 4) pero, en términos de operaciones, no existe diferencia entre los servicios reales ofrecidos para reflejar los resultados de las evaluaciones de abuso de sustancias individuales, género y otros factores presentados por los participantes individuales, se reduce sustancialmente la probabilidad de prestar servicios eficaces a los participantes del programa. La tercer área de consulta debe centrarse en si el programa aplica prácticas basadas en pruebas.

### ***¿El programa aplica prácticas basadas en evidencias?***

El término “prácticas basadas en evidencias” ha recibido considerable atención en los últimos años en cuanto se relaciona con la aplicación de los programas de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias, y ha sido frecuentemente utilizado sin una

definición sólida. A efectos de esta publicación, utilizamos “prácticas basadas en pruebas” para hacer referencia a las prácticas para las que existe algún fundamento estadístico u otro fundamento empírico que respalde la eficacia potencial de la práctica para el objetivo para el que se aplica.

La aplicación del principio de la práctica basada en pruebas a los tribunales de tratamiento de drogas genera una anomalía interesante: ¿cómo equilibrar el uso de las prácticas aceptadas con la creatividad y el continuo cambio de paradigma que requiere la implementación de un tribunal de tratamiento de drogas? El desarrollo del modelo de tribunal de drogas de Miami refleja la colaboración entre organismos que era necesaria para hacer lugar a este desafío. El diseño actual del programa incorpora un enfoque muy diferente –no basado en pruebas- para el tratamiento de infractores dependientes a las drogas a través de la suspensión del proceso de justicia penal mientras que el infractor participa en un programa de tratamiento supervisado judicialmente (en otras palabras, una derivación a un tratamiento bajo un programa supervisado por un tribunal en lugar de la derivación tradicional a un tratamiento sin posterior participación del tribunal). Al mismo tiempo, sin embargo, el modelo del tribunal de drogas de Miami tenía como fundamento mantener los derechos legales y constitucionales de los participantes del programa y aplicar principios bien probados y basados en pruebas de tratamiento de abuso de sustancias, con la incorporación gradual de servicios de apoyo auxiliar y de gestión de casos que sean esenciales para sustentar la recuperación pero, al mismo tiempo, que no hayan sido ofrecidos a infractores de la justicia penal y que no hayan sido reconocidos ampliamente como servicios críticos.

En su aplicación a los tribunales de tratamiento de drogas, las prácticas basadas en pruebas tendrían las siguientes características.

- Un diseño de programa que se base en prácticas aceptadas/admitidas tanto en los sistemas de justicia como en los sistemas de tratamiento involucrados;
- Observación y análisis meticuloso y continuo de la operación del programa, de los servicios prestados, del grado en el que se ajustan a las prácticas basadas en pruebas y en el que sus elementos centrales tienen el impacto pretendido; y
- Utilización de resultados de este análisis continuo (es decir, la actividad de evaluación del proceso que se analiza anteriormente) para modificar inmediatamente los servicios y las operaciones del programa para abordar los impactos o consecuencias no anticipados identificados.

Por ejemplo, si el diseño del programa requiere de pruebas de drogas frecuentes (Componente/Principio Cinco) pero las pruebas no se observan o la cadena de custodia

de las muestras exigida no se define claramente y/o no se cumple, la función de la prueba de drogas no se condice con las prácticas basadas en pruebas relacionadas con las pruebas de drogas, y tanto la utilidad de las pruebas como la integridad del programa queda en tela de juicio.

En la evaluación congruente de la aplicación de prácticas basadas en pruebas tanto al diseño como a la operación continua de los tribunales de tratamiento de drogas a través de este proceso de evaluación, debe promoverse (a) la integridad del programa que puede ir más allá de diferencias en la forma en la que operan los distintos programas, y (b) la congruencia en las operaciones del programa que pueden superar los cambios y los movimientos de personal en el liderazgo del organismo. También puede promover comparaciones más significativas entre programas, y evaluaciones del “éxito” de los participantes en ellos.

## **B. Evaluación del impacto del programa**

Una vez que puede documentarse la calidad del programa, debe prestarse atención al impacto que alcanza el programa. Entre las cuestiones críticas relacionadas con esta investigación se incluyen:

- (1) ¿El programa llega a la población objeto/audiencia objetivo? ¿Y esta población refleja la población de “alta necesidad/alto riesgo” a la que los TTD deben apuntar? (Véase Capítulo 5).
- (2) ¿Qué efecto tiene el programa sobre el abuso de sustancias y otras necesidades que presentan los participantes? ¿Cómo se compara este efecto con su situación antes de ingresar al tribunal de drogas? ¿Y con el de otras personas que progresaron a través del sistema judicial tradicional?

### ***¿El programa llega a la población objetivo/audiencia esperada?***

Para determinar si el programa está llegando a la audiencia esperada, deben analizarse los datos cualitativos y cuantitativos.

Primero: la cantidad, la demografía y el historial de tratamiento/justicia penal de los participantes del tribunal de tratamiento de drogas en comparación con la cantidad, la demografía y el historial de tratamiento/justicia penal de la población objetivo del programa; y

Segundo: el porcentaje que este número representa en comparación con el universo de participantes potencialmente elegibles.



Una vez aceptada la premisa de que la adicción a las drogas es una enfermedad crónica con recaídas reflejada en más del cincuenta por ciento de los casos que llegan a los sistemas judiciales de la mayoría de los países, la medida básica del impacto del programa debe ser: ¿El programa llega a la población que necesita la atención del TTD? versus ¿A quién llega actualmente el programa? Para tratar adecuadamente esta medida, debemos identificar el universo de personas que deben ser potencialmente elegibles para el programa y luego el porcentaje de estas personas que (a) efectivamente ingresan y (b) permanecen en el programa con un seguimiento continuo.

### ***Infraestructores elegibles que ingresan al programa***

En términos de porcentaje de infraestructores elegibles que ingresan a los programas de tribunales de drogas en Estados Unidos, la experiencia indica que existe una amplia discrepancia entre el universo de individuos que son elegibles para participar en el tribunal de tratamiento de drogas y aquellos que efectivamente participan. ¿A qué se debe esta discrepancia? ¿Y qué medidas deben implementarse para expandir el alcance de los programas de tribunales de tratamiento de drogas de manera que aquellos que necesitan el programa (es decir, los de "alto riesgo/alta necesidad") puedan participar efectivamente?

En Estados Unidos, hemos aprendido que estos efectos negativos que afectan al porcentaje de infraestructores elegibles para el tribunal de drogas que efectivamente ingresan a los programas de tribunales de tratamiento de drogas pueden atribuirse a diversos factores interrelacionados, entre los que se incluyen los siguientes:

- (1) Falta de procedimientos para revisar sistemáticamente las poblaciones del programa potencialmente elegibles, apenas puedan identificarse en lugar de derivarlas aleatoriamente a medida que pudieran atraer la atención de alguien que conozca el programa de TTD que crea que puede resultar beneficioso para el caso;
- (2) La posterior aplicación de criterios de "adecuación" subjetivos por parte de uno o más organismos involucrados para determinar si un infractor elegible a la luz de sus antecedentes, es efectivamente un "buen candidato"<sup>2</sup>;

---

2. La experiencia de Estados Unidos ha demostrado que es muy difícil predecir quién tendrá "éxito" en un programa de TTD, en especial por el apoyo intensivo que el programa ofrece y el firme rol que tiene el juez del tribunal de drogas que los participantes han comentado que, según los participantes, ha sido la principal fuerza que los ha mantenido en el programa y en su recuperación. Los puntos que *prueban* la importancia de aceptar a todos los participantes que cumplen con los criterios de la justicia penal, clínicos y otros criterios articulados para la elegibilidad del programa y de garantizar, a través de la gestión del caso y la supervisión

(3) Las poblaciones objetivo que son muy restrictivas y/o no se corresponden con las características evolutivas del historial del sistema de justicia penal, los delitos actuales y otras características de los infractores en la jurisdicción quienes pueden actualmente beneficiarse con el programa;

(4) La falta de incentivos importantes para atraer a los participantes, en especial en comparación con el posible resultado de sus casos si no participan en el programa.

### ***Infractores elegibles que son retenidos en el programa***

La mayoría de los programas de tratamiento de drogas ambulatorios disponibles para los infractores involucrados con el sistema de justicia tienen una duración máxima de noventa días, con un porcentaje de abandono sustancial en los primeros treinta días. Por otra parte, los programas de TTD están diseñados para ofrecer servicios de tratamiento de abuso de sustancias sostenido y otros servicios por entre doce a quince meses. Para que los tribunales de tratamiento de drogas tengan efecto, los infractores elegibles deben *ingresar* y *permanecer* en el programa.

Sin embargo, a la fecha, pocas evaluaciones de los tribunales de tratamiento de drogas han prestado atención a la demografía y las características clínicas de quienes permanecen por varios períodos de tiempo en el programa, el tiempo de permanencia aun cuando no "completan" el tratamiento y los motivos por los que no son retenidos. Esa información es crítica para identificar las características demográficas y clínicas de aquellos que "fallan" en el programa y de aquellos que permanecen y el período de tiempo de la participación, de manera que puedan realizarse modificaciones apropiadas en los servicios y las prácticas del programa para evitar o reducir estos efectos. Esta información es también esencial para documentar el impacto de los servicios del programa y de los recursos invertidos, incluso si los participantes no completan el programa.

Anecdóticamente, varios jueces de tribunales de drogas han informado que los participantes que han permanecido en el tribunal de drogas por un período de tiempo – incluso si no completaron el tratamiento– han tenido períodos de sobriedad significativos, han progresado en otras áreas de su recuperación y, extraordinariamente, han tenido éxito en dejar las drogas una vez abandonado el tribunal de drogas.

---

continúa, que los servicios que reciban traten, en forma adecuada, el abuso de sustancias y otras necesidades que presenten.

### ***Evaluación del impacto sobre los participantes: ¿A quién presta servicios el programa y cuál es el impacto? Desarrollo de una instantánea del "antes" y del "después".***

Si bien las estadísticas sobre reincidencia de los graduados y los participantes de los tribunales de tratamiento de drogas ofrecen una imagen rápida y muy clara del impacto que los tribunales de drogas tienen sobre la seguridad pública -un factor principal subyacente de los financiamientos masivos que estos programas han recibido en Estados Unidos-, estas estadísticas sólo presentan una pequeña dimensión del impacto total que los tribunales de drogas tienen sobre los participantes. Como la demografía y el cuadro clínico de los participantes de los tribunales de drogas varían sustancialmente, tanto dentro de los programas como entre ellos, los datos sobre reincidencia *per se* son relativamente limitados en términos de transmitir el impacto del programa sin información adicional sobre los antecedentes de los participantes que están sujetos a medición y, en especial, sin información sobre sus vidas antes de ingresar al tribunal de drogas y luego de ello.

Como se observó anteriormente en este capítulo, el abuso de sustancias afecta muchas áreas relacionadas con el funcionamiento del adicto individual y el impacto resultante en otros sectores de la comunidad, incluida la seguridad pública, la dinámica familiar, el trabajo y el bienestar público. Por este motivo, una medición más útil del impacto sobre los participantes debe concentrarse en la imagen "antes" y "después" de los participantes mismos. El desarrollo de una instantánea del "antes" de cada participante debería explorar:

- la cantidad de contactos que el participante tenía con el sistema de justicia en los tres años anteriores al ingreso al tribunal de drogas;
- la frecuencia con la que utilizaba drogas y las drogas que utilizaba;
- la cantidad de dinero que informó gastar diariamente/semanalmente en drogas;
- la situación de vida de los participantes al momento de ingresar al programa;
- si los participantes eran padres de niños menores y, en tal caso, cuántos de esos niños vivían con los participantes o si se les había quitado la guarda;
- la condición laboral de los participantes antes de ingresar al tribunal de drogas;
- su condición educativa;
- su situación de salud y las instancias de visitas previas de emergencia al hospital durante los tres años anteriores al ingreso al programa también deben ser parte de la instantánea.

También hay otras medidas que pueden agregarse a la lista anterior, en especial aquellas relacionadas con cuestiones locales que han generado el desarrollo del tribunal de drogas o que reflejan otros resultados que deban informarse. Una de esas medidas que ha sido utilizada en Estados Unidos ha sido el nacimiento de bebés libres de drogas; un resultado que ha tenido implicancias tremendas económicas, sociales y de salud pública<sup>3</sup>.

Para medir el “después”, pueden preguntarse nuevamente las mismas preguntas: ¿cuál es la situación de los participantes a los tres meses, a los seis meses y luego de haber ingresado al tribunal de drogas? ¿Y al momento de su desvinculación?

Independientemente de si el participante "completa" o no el programa, el seguimiento de esta información ofrecerá un “mapa” de los participantes atendidos por los programas y ayudará a documentar la amplia gama de necesidades que tienen, los servicios que reciben y el impacto multidimensional que tienen los programas, al igual que los recursos necesarios para sustentarlos.

La aplicación de las cinco mediciones de desempeño sugeridas en este capítulo a los programas de tratamiento de drogas, independientemente del país en el que operan o de la población a la que asisten, debe ofrecer un marco para una evaluación y comparación más sistemática y significativa de estos programas y de los impactos que logran. Con esta base, todos los que trabajan con los tribunales de tratamiento de drogas pueden tener un pilar más amplio para explorar las cuestiones que se les presentan y evaluar sus operaciones y el impacto a nivel multinacional. El intercambio de información y la sinergia promovida por este diálogo puede ser instrumental para sostener la calidad y el impacto de estos programas ahora y en los años venideros.

---

3. Véase FREQUENTLY ASKED QUESTIONS FACT SHEET SERIES: **Costs Associated With the Birth of Drug and/or Alcohol Addicted/Exposed Infants.** (A la inversa, ¿qué ahorro de costos se asocian con el nacimiento de un bebe libre de drogas?). Bureau of Justice Assistance (BJA) Drug Court Clearinghouse. American University. 10 de noviembre de 2004.

## CAPÍTULO 8

### LA IMPORTANCIA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN EL DESARROLLO DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS

*Anna McG. Chisman*

---

La cooperación internacional en materia de políticas de drogas comenzó un siglo atrás con la adopción de la Convención Internacional de La Haya contra el Opio de 1912, que fue firmada por las Grandes Potencias. Desde entonces se han firmado diversos acuerdos multilaterales para controlar las drogas peligrosas y actualmente hay tres acuerdos vigentes<sup>1</sup>. Los convenios han sido firmados y ratificados por casi todos los países miembros de las Naciones Unidas, que actualmente llegan a 186.

Todos estos convenios incluyen el objetivo explícito de evitar los daños a las personas y a la salud pública. Los convenios prohíben la tenencia y el tráfico de drogas basadas en plantas, como la cocaína, el opio, la heroína y la marihuana, y drogas sintéticas como el éxtasis, el LSD y las metanfetaminas. También fijan controles estrictos sobre el uso no terapéutico de medicación recetada como la Oxiconona. Todos los convenios internacionales permiten, y en efecto promueven, el tratamiento y la rehabilitación de drogodependientes, y la Convención de Viena de 1988 específicamente prevé “medidas para el tratamiento, la educación, el cuidado post-tratamiento, la rehabilitación y la reintegración social del infractor” como alternativa de la condena o el castigo, o adicionalmente a la condena o el castigo de delitos relacionados con drogas. Los tribunales de tratamiento de drogas, con énfasis en la prestación de atención médica y social para los infractores que abusan de las drogas, se enmarcan de lleno en los convenios internacionales.

Los tribunales de tratamiento de drogas también reflejan nuestra idea de la adicción como una enfermedad que puede tratarse con éxito. Durante gran parte del siglo veinte, la adicción a las drogas fue entendida en forma deficiente, pero en los últimos quince o veinte años, las investigaciones científicas han demostrado que la drogodependencia es una enfermedad crónica y recurrente similar a la diabetes, al

---

1. Convención Única sobre Estupeficientes de las Naciones Unidas, 1961, modificada por el Protocolo de 1972. Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas, 1971. Convención sobre el Tráfico Ilícito de Estupeficientes y Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas, 1988.

asma y a la hipertensión<sup>2</sup>. Este resultado ha dado lugar a una re-evaluación del tratamiento de las drogas y a un mayor reconocimiento por parte de los profesionales del tratamiento y, en efecto, por el público en general, de que las recaídas en el consumo de drogas son comunes en las personas dependientes de drogas en recuperación.

Los organismos internacionales como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Comisión Europea, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), la Organización Mundial de la Salud/la Organización Panamericana de la Salud y el Plan Colombo, han adoptado y promovido la divulgación de resultados de investigación que muestran que la drogodependencia es una enfermedad y han delineado políticas internacionales y regionales conforme a ello. Han ayudado a traducir la ciencia en políticas y prácticas dentro de sus estados miembros. A través de sus programas de cooperación técnica, las organizaciones internacionales han animado a los gobiernos del mundo a realizar mejoras sustanciales en sus esfuerzos de tratamiento de abuso de sustancias a través de la capacitación de consejeros en tratamiento de drogas, de la implementación de normas de calidad de cuidado ético y del seguimiento de resultados de tratamiento como medio de divulgar buenas prácticas.

Poco después de la instauración del primer tribunal de tratamiento de drogas en Estados Unidos, la ONUDD y la CICAD/OEA presentaron la cuestión de alternativas a la reclusión de infractores dependientes de drogas a los estados miembro, con la intención de que el modelo de TTD pudiera ser adoptado por otros países. La reacción inicial no fue alentadora. Sin embargo, en 1999, la ONUDD creó un grupo internacional de expertos que desarrolló doce “factores de éxito” subyacentes en los programas de rehabilitación y tratamiento dirigidos a tribunales<sup>3</sup>. El mismo año, el fallecido Paul Bentley, Juez de un TTD en Toronto, Canadá, y uno de los autores de la presente publicación, fundó la International Association of Drug Treatment Courts (IADTC) para reunir a expertos de todo el mundo que creyeran en que los TTD podían ofrecer una alternativa eficaz a la reclusión de los infractores dependientes de drogas. La CICAD/OAS incluyó a los TTD en la agenda de un proyecto importante financiado por la

- 
2. U.S. National Institute on Drug Abuse. Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. NIH Pub Number: 10-5605. Publicado en abril de 2007. Revisado en agosto de 2010. <http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction>
  3. ONUDD. Informe del Grupo de Expertos Informal sobre Tribunales de Tratamiento de Drogas. Viena, 1999. [http://www.unodc.org/pdf/lap\\_report\\_ewg\\_casework.pdf](http://www.unodc.org/pdf/lap_report_ewg_casework.pdf)

Unión Europea<sup>4</sup>, y así les permitió a jueces, fiscales y proveedores de tratamiento de ciudades y países europeos y del hemisferio occidental ver si –y cómo- un modelo de TTD podía funcionar en sus propios países.

La cooperación internacional en TTD ha sido importante en cuatro sentidos:

- Muchos organismos nacionales e internacionales han brindado apoyo tangible al proceso de creación o mejora de un TTD.
- La comunicación directa entre los jugadores clave ha ayudado a los gobiernos, jueces y fiscales a entender las operaciones detalladas de los TTD.
- La recolección de datos y los proyectos de investigación han ayudado a documentar los efectos de los TTD.
- Las organizaciones internacionales han animado a los gobiernos miembros a reconocer la adicción como una enfermedad<sup>5</sup>.

CICAD lanzó el Programa del Tribunal de Tratamiento de Drogas para las Américas en el año 2010, y desde entonces, la Provincia de Salta en Argentina, y las Bahamas, Barbados, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Perú, y Trinidad y Tobago se acercaron a la CICAD para implementar o ampliar el modelo TTD. Durante el 2012 y el 2013, proyectos pilotos fueron lanzados en Costa Rica (Pavas y San José), en República Dominicana (Santo Domingo), Trinidad y Tobago (San Fernando) y en Argentina (Provincia de Salta). A partir del momento de la publicación, los proyectos pilotos adicionales están listos para ser puestos en marcha en Panamá, Barbados y México. Jamaica ha tenido dos tribunales de drogas piloto en operación desde el 2000 y está listo para lanzar tres más. En 2012, el Gobierno de Chile ha adoptado los tribunales de tratamiento de drogas como política pública, y ha ampliado los TTD en todo el país. México tiene un proyecto piloto que opera en el Estado de Nuevo León, y se espera que se amplíe el modelo en cinco estados más. Canadá sigue aumentando el número de sus tribunales de tratamiento de drogas en las distintas provincias, mientras que Estados Unidos tiene más de dos mil TTD y otros tribunales de resolución de problemas (tribunales de salud mental, tribunales comunitarios, tribunales de reentrada, cortes de veteranos y los tribunales DWI) en

---

4. EU-LAC Alianza de Ciudades en Tratamiento de Drogas. Abril de 2008 a diciembre de 2010. Véase

[http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/reduccion\\_demanda/eulac/forum\\_exchanges/santodomingo/santodomingo\\_eng.asp](http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/reduccion_demanda/eulac/forum_exchanges/santodomingo/santodomingo_eng.asp)

5. Grupo de Expertos de la CICAD en Reducción de la Demanda. Principios Básicos del Tratamiento y Rehabilitación del Abuso y Dependencia de Drogas en el Hemisferio. 1 de octubre de 2009, incorporados a la Estrategia Hemisférica sobre Drogas, mayo de 2010.

[http://www.cicad.oas.org/reduccion\\_demanda/eng/basic\\_principles\\_drug\\_treatment.pdf](http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/eng/basic_principles_drug_treatment.pdf)

funcionamiento en los cincuenta estados y territorios. Bermudas y las Islas Caimán fueron pioneros en este esfuerzo.

Estas iniciativas han recibido un fuerte apoyo de la CICAD/OEA, y apoyo bilateral de los Gobiernos de Canadá, Chile y Estados Unidos, como también la asistencia técnica y la capacitación ofrecida por la American University en Washington, D. C., la National Association of Drug Court Professionals (NADCP) de Estados Unidos, el Center for Court Innovation (CCI), la International Association of Drug Treatment Courts (IADTC), y la Canadian Association of Drug Treatment Court Professionals (CADTC), con significativo apoyo del Departamento de Justicia de Estados Unidos. Este conjunto de diversas fuerzas de políticas y técnicas alrededor del concepto de los TTD ha sido un factor clave en la difusión de los TTD por el mundo.

No han sido de menor importancia los debates directos entre jueces y creadores de política que tuvieron lugar en reuniones internacionales y visitas de intercambio, lo que ayudó a responder muchas preguntas acerca de la viabilidad, la conveniencia o el éxito de los TTD. Los jueces de distintos países han podido hablar directamente con otros jueces acerca de sus preocupaciones y los médicos han hablado con otros médicos acerca de soluciones comunes para problemas comunes. Esta comunicación entre pares que hicieron posible las organizaciones internacionales, ha sido muy significativa en el desarrollo del consenso internacional sobre TTD y justicia terapéutica.

Un tercer factor importante ha sido la investigación y la documentación generada en países como Australia, Canadá, Chile y Estados Unidos sobre el impacto de los TTD en la reducción de la reincidencia y consumo de drogas entre infractores. La reunión de conocimientos y resultados de investigaciones ha ayudado a los países a desarrollar procedimientos, políticas y posturas defensoras para los nuevos tribunales de drogas. Una lección importante para los nuevos tribunales de drogas es la necesidad de implementar sistemas de información que puedan documentar sus casos y hacer un seguimiento de los graduados, para determinar el efecto de los TTD en la reducción de la reincidencia y recaídas en el consumo de drogas, y a fin de demostrar la responsabilidad asumida a sus fundadores.

Un cuarto factor que llevó a algunos países a aceptar la idea de un TTD ha sido que estaban buscando una alternativa a la reclusión a fin de resolver los problemas muy prácticos de la sobrepoblación de cárceles, altos niveles de consumo de drogas entre detenidos y reclusos, y las altas tasas de delitos y violencia a menudo relacionadas con las drogas.



La cooperación internacional y transfronteriza en el siglo veintiuno se fundamenta en el pleno reconocimiento de que cada país tiene su propia cultura, tradiciones, visión del mundo y formas de tratar enfermedades, delitos y otros males sociales, y que las soluciones que pueden resultar exitosas en un país pueden no ser viables en otros, a menos que se adapten. La filosofía de desarrollo de organizaciones internacionales como la OEA y las Naciones Unidas es que un estado miembro debe descubrir sus propias necesidades y construir sus propias soluciones. Un país que no se apropia de una idea o proyecto no comprometerá finalmente sus fondos o el personal para llevarlo a cabo, y la idea del proyecto no será sustentable en el tiempo. El papel que juega la cooperación internacional es el de apoyar y facilitar el desarrollo de las propias soluciones de ese país, ofrecer capacitación adecuada y, en alguna medida limitada, financiamiento.

Este es el tipo de cooperación técnica inteligente que se proporciona a los nuevos tribunales de tratamiento de drogas en el Hemisferio Occidental. Mediante el trabajo conjunto, los países reconocen que una sociedad que no tiene otro mecanismo más que la reclusión para tratar con infractores dependientes de drogas ya sean jóvenes, pobres y desiguales tendrá pocas chances de romper con el círculo vicioso de drogas, delito y reclusión. Los autores de esta publicación están convencidos de que la alternativa a la reclusión que se describe en este libro ofrece a los gobiernos nacionales y locales y a los sistemas judiciales una forma positiva de tratar las consecuencias de la intersección de drogas y delitos.

## CAPÍTULO 9

### PROGRAMAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS: SUSTENTABILIDAD, CAPACITACIÓN Y DEFENSA

*Ana María Morales Peillard y Javiera Cárcamo Cáceres. Fundación Paz Ciudadana, Santiago, Chile<sup>6</sup>*

---

#### **Introducción**

Este capítulo analiza la sustentabilidad de los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) y qué es necesario para implementarlos y promoverlos como programas estables de política pública a nivel nacional. Ilustraremos el proceso mediante la descripción de la experiencia en Chile, haciendo énfasis en lo que hemos llamado etapas de creación de política pública, y resaltaremos la necesidad de capacitación y promoción como factores clave para mantener un programa sostenible en el tiempo.

El proceso de implementación de los TTD en Chile fue largo y experimentó varias dificultades. Sin embargo, ahora el programa es parte de la política nacional y tiene por fin expandirse por todo el país, como programa orientado a la rehabilitación de los infractores mediante la promoción de la aplicación alternativas de la prisión, y del enfoque de la justicia terapéutica que se basa en modelos de tribunales de resolución de conflictos.

El programa de TTD de Chile comenzó en 2004 con un programa piloto en la ciudad de Valparaíso. El primer programa surgió del compromiso de todos los intervinientes, a saber: jueces, fiscales, abogados defensores y peritos técnicos, como la Fundación Paz Ciudadana, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y el Ministerio de Salud (Droppelmann, 2010).

Desde entonces, se han creado dieciocho TTD en el país que se encuentran funcionando actualmente. Desde 2008, uno de estos TTD ha sido asignado al tratamiento de jóvenes infractores en la Fiscalía General Metropolitana Centro Norte, con la cooperación del

---

<sup>6</sup> Fundación Paz Ciudadana es una institución sin fines de lucro, con sede en Santiago, Chile, cuya misión es contribuir al perfeccionamiento de las políticas de la justicia penal en materia de prevención del delito, el sistema judicial y penitenciario y la reinserción de infractores.

Servicio Nacional de Menores (SENAME), organismo gubernamental a cargo de los jóvenes infractores.

El funcionamiento actual de los TTD se hizo posible a través de un acuerdo de colaboración financiera celebrado en 2008 entre el CONACE y el Ministerio Público, que permitió el traspaso de fondos anuales para contratar profesionales que llevaran a cabo estos programas. También es importante la cooperación continua entre todas las organizaciones que participan del programa. Algunas de estas organizaciones son el Ministerio de Justicia, el Ministerio Público, la Defensoría Penal Pública, el SENAME, el CONACE y otros organismos técnicos.

El proceso de implementación de los TTD en Chile se ha iniciado hace siete años y ha brindado una experiencia significativa que puede servir de ejemplo para otros países de América Latina.

### ***Etapas de creación de políticas públicas: la experiencia específica de los TTD en Chile***

El proceso de formación de TTD en Chile incluyó varias etapas de creación de políticas que no eran exclusivas de este programa, pero que podrían aplicarse a cualquier creación de esta índole. Idealmente, el proceso debe incluir una visualización del problema y su introducción a la agenda pública; diseño de políticas; toma de decisiones; implementación; sustentabilidad de política pública, evaluación y seguimiento (Belletini, 2005). Podemos observar la experiencia chilena para guiarnos en la creación de políticas como esta, e identificar los factores que sean significativos para promover la sustentabilidad en el tiempo. A continuación se describen cada una de estas etapas.

#### ***Visualización del programa e incorporación en la agenda pública***

La primera parte, *visualización del programa e incorporación en la agenda pública*, consiste en documentar el problema específico a tratar y describir cómo será abordado desde el programa. También implica examinar las opciones exitosas que se hayan empleado y a nivel internacional –y nacional- abordar el programa: en este caso, el consumo de drogas por parte de los infractores.

Chile se introdujo en un área de estudio muy significativa, la conexión entre las drogas y el delito, a principio de los 90<sup>7</sup>, promovida por una investigación internacional de este tipo que comenzó un tiempo antes (durante la década de 80).

---

<sup>7</sup> Fundación Paz Ciudadana incorporó esta área de estudio en 1997.

Aparte de los estudios de prevalencia en consumo de drogas, el primer estudio que utilizaba la metodología I-ADAM<sup>8</sup> se llevó a cabo en 2005. Este estudio utiliza un cuestionario y exámenes de orina para detectar el consumo de drogas en detenidos. La investigación mostró una fuerte relación entre estas dos variables: es decir, el consumo de drogas y la comisión de delitos. Si bien no todos los consumidores de drogas cometen delitos, el estudio mostró que un alto porcentaje de infractores consumen drogas: el 73,33% de los detenidos en el estudio de 2005 había consumido, por lo menos, una droga durante el período próximo a su detención<sup>9</sup>.

En febrero de 2005, entró en vigencia la Ley 20.000 que establecía nuevos tipos de delitos específicos relacionados con las drogas, como producción y procesamiento de drogas, venta de químicos precursores, tráfico de narcóticos y sustancias psicotrópicas y otros delitos relacionados. Esto, a su vez, generó un debate académico intenso sobre los delitos, y también obligó a los organismos a obtener información estadística más específica sobre los nuevos delitos.

La documentación de estos avances proporcionó un marco para incluir entonces el programa del consumo de drogas de los infractores en la agenda pública, una cuestión básica para la creación de programas específicos de política pública para estos infractores particulares. A fin de generar conciencia acerca de este problema de una mejor manera, es necesario trabajar con los medios, llevar a cabo seminarios con expertos internacionales e implementar comités de expertos para debates y desarrollar respuestas adecuadas a los programas.

### ***Diseño de políticas***

Una vez que el problema ha sido incorporado, la creación de un programa de este tipo va hacia una segunda etapa, conocida como *diseño de política*. En este punto, resultan fundamentales los estudios comparativos, ya que permiten la identificación de metodologías exitosas que han sido utilizadas para tratar el programa identificado. En el contexto chileno, se consideró un programa modelo de TTD para brindarles tratamiento a los infractores consumidores de drogas. Este diseño fue una adaptación del modelo de

---

<sup>8</sup> Hurtado, Paula. (2005) Consumo de Drogas en Detenidos. Aplicación de la Metodología I-ADAM en Chile. Fundación Paz Ciudadana. Santiago, Chile.

<sup>9</sup> En 2010, la Fundación Paz Ciudadana actualizó el estudio I-ADAM en Chile y concluyó que el 69,3% de los detenidos del Sur de Santiago había consumido, al menos, una droga cuando fue detenido. Esto fue confirmado por exámenes de orina efectuados mientras los infractores estaban detenidos en la estación de policía (Estudio/Prensa).

TTD de Miami, pero tenía un objetivo similar al del programa original<sup>10</sup>, básicamente “reducir la reincidencia penal relacionada con las drogas derivando a los infractores consumidores de drogas a rehabilitación” (Droppelmann, 2010).

Una de las principales cuestiones era identificar el marco legal apropiado para el programa. Como aprendimos de las pruebas comparativas, los TTD generalmente adoptan uno de los dos modelos: un modelo previo al juicio en el que el tribunal desestima los cargos una vez que se ha completado el tratamiento, y un modelo posterior a la sentencia en el que los participantes pueden recibir una pena menor una vez que finalizan el tratamiento. En Chile, teniendo en cuenta el marco legal actual, la necesidad de probar modelos en programas piloto y el tiempo necesario para posibles modificaciones legislativas, se decidió utilizar el marco legal vigente, a través de la “Suspensión Condicional del Procedimiento” prevista en los artículos 237-240 y 245-246 de la Ley Procesal Penal de Chile. Esta herramienta legal es una alternativa del procedimiento penal tradicional, que funciona mediante una derivación. Se suspende el procedimiento por un período de entre uno y tres años, y durante ese tiempo el infractor tiene que cumplir con condiciones específicas, especialmente una vez que es derivado a programas especiales. Los infractores primerizos y los acusados de delitos menores<sup>11</sup> pueden acceder a esta alternativa a través del procedimiento de la justicia penal ordinaria. Además de los requisitos legales, los infractores también deben cumplir con varios requisitos de elegibilidad clínica para elegir ingresar a estos programas de TTD, entre los que podría incluirse un diagnóstico del consumo de drogas problemático o descartar un diagnóstico dual de drogodependencia y enfermedad de salud mental.

Para planificar la *implementación*, se inició un programa piloto con adultos en Valparaíso en 2004. El plan piloto permitió evaluar el modelo, identificar las fortalezas y debilidades, y promover el conocimiento del programa a nivel nacional. Esta etapa de implementación de un programa piloto fue muy fructífera, también hizo que fuera posible llevar a cabo un estudio de seguimiento apropiado y solucionar los problemas que se producían durante la ejecución del programa piloto. Luego de ello, los programas piloto se extendieron rápidamente a otras ciudades y actualmente son dieciocho los TTD que operan en nuestro país.

Si bien surgieron algunos problemas en la implementación del proyecto piloto que describiré más adelante en este capítulo, es necesario resaltar que el primer programa piloto ayudó a crear los TTD y a promoverlos como política pública estable. En este

---

<sup>10</sup> Los Tribunales de Tratamiento de Drogas se crearon en 1990 en Estados Unidos, siguiendo el ejemplo del primero creado en Miami en 1989.

<sup>11</sup> Para probables penas privativas de la libertad de no más de tres años.

sentido, el período del programa piloto ha sido fundamental para promover el programa, ya que se pudo difundir y se llevaron a cabo estudios a fin de determinar su operación (Espinoza y otros, 2011) o se pudieron examinar las posibilidades y los costos de invertir en TTD (Morales y otros, 2012). Esto último puede encomendarse a la justicia o a los académicos o funcionarios de salud, entre otros.

Además de difundir el programa y los resultados del proyecto piloto, la capacitación también es esencial para este proceso, especialmente durante la etapa de implementación del programa. Todos los interesados deben conocer y seguir el modelo de TTD para poder dar testimonio de su eficacia<sup>12</sup>. La capacitación hace posible incorporar los TTD en los sistemas judiciales que tienen un enfoque más tradicional y coercitivo. También permite expandir los conocimientos acerca de los beneficios de la rehabilitación (justicia terapéutica) y las medidas y sanciones que pueden utilizarse en el sistema no carcelario.

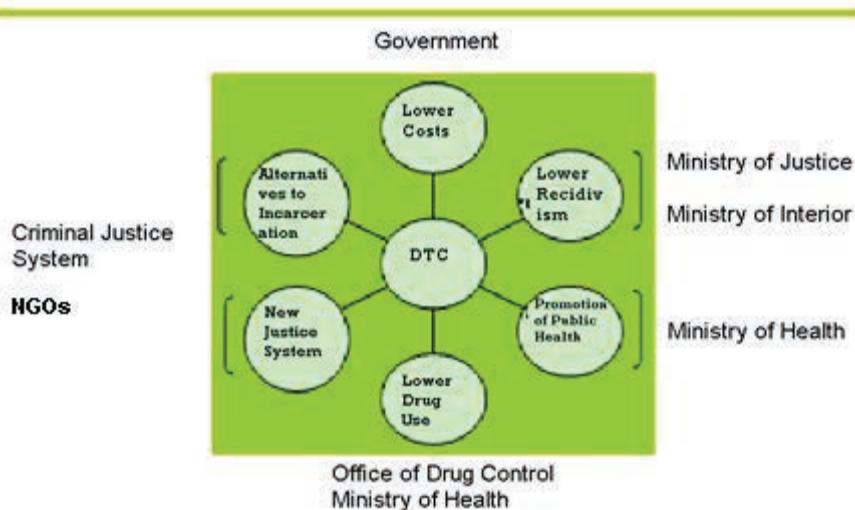
### ***Toma de decisiones***

En términos generales, la etapa de diseño de política está completa, porque los TTD ya están funcionando en la actualidad, los grupos de trabajo han diseñado manuales de procedimiento y se han creado alianzas estratégicas y se ha obtenido la experiencia necesaria. Sin embargo, el diseño no es suficiente, y es necesario continuar trabajando en la etapa de creación de políticas. Por lo tanto, la tercera etapa se relaciona con la elaboración de decisiones, principalmente a través de organizaciones públicas o privadas con influencia sobre el gobierno. Para ello, es necesario generar pruebas acerca de los beneficios del programa para las distintas organizaciones de manera de obtener apoyo institucional. El ejemplo chileno considera los beneficios que se muestran más abajo.

---

<sup>12</sup> Fundación Paz Ciudadana, como institución técnica especializada, realiza capacitaciones sobre el modelo de TTD.

Gráfico 1: Beneficios de los TTD para cada área



Fuente: Fundación Paz Ciudadana.

Una vez que se han identificado los beneficios, se crearon alianzas estratégicas entre los organismos públicos y privados para tomar decisiones acerca del programa. Este apoyo institucional le permitió a Chile celebrar acuerdos de cooperación, como el acuerdo vigente entre el CONACE y el Ministerio Público firmado en 2008. Este acuerdo prevé la transferencia de fondos para contratar el personal necesario para llevar a cabo el programa y puede renovarse cada año. También existen acuerdos y alianzas para el apoyo técnico.

### **Implementación**

La cuarta etapa del proceso de creación de políticas consiste en la *implementación del programa*, ya sea a nivel regional o nacional. Chile ahora está iniciando esta etapa, ya que tiene tanto la experiencia de los programas piloto como el apoyo del gobierno para difundir el concepto a nivel nacional. La implementación debe involucrar todos los recursos disponibles, apoyo institucional, un órgano de coordinación, manuales de procedimientos apropiados y apoyo técnico para capacitar a profesionales e interesados, y debe tener en cuenta la necesidad de una evaluación externa que tenga por objetivo medir el impacto del programa.

## ***Sustentabilidad, evaluación y seguimiento de políticas***

La última etapa del proceso es la *sustentabilidad, evaluación y seguimiento de políticas*, que se basa en reconocer que la estabilidad de un programa a lo largo del tiempo es el resultado de una cuidadosa evaluación y seguimiento, a fin de garantizar que las operaciones del programa sean congruentes con el diseño del programa, y medir su impacto. Este esfuerzo generará una política sustentable que puede adaptarse a posibles modificaciones a lo largo del tiempo, pero aun así mantener resultados favorables.

### ***Capacitación: un requisito fundamental de los TTD***

La capacitación es fundamental para crear y estabilizar los TTD y se incluyen en los diez principios guía para los TTD: "La capacitación interdisciplinaria continua promueve la planificación efectiva de los TTD y su operación" (NADCP, 1997). Por lo tanto, es esencial promover el programa a través de la capacitación y el conocimiento, de manera que pueda funcionar con éxito a nivel nacional. Respecto de la capacitación, se ha dicho que "los tribunales de tratamiento de drogas representan un cambio fundamental en la justicia penal y los sistemas de tratamiento; por eso, todos los miembros del equipo deben entender los aspectos básicos de cada una de sus funciones" (Safer, 2004).

Por lo tanto, la capacitación no sólo es esencial para instalar este tipo de programas, sino también como medio para garantizar la calidad a largo plazo de los TTD, ya que los profesionales necesitan de nuevos conocimientos y de una capacitación continua (Droppelmann, 2008).

La capacitación debe realizarse en dos áreas. La primera relacionada con el modelo de TTD en general, e incluye los informes sobre implementación, diagramas de flujo de procedimientos, adicciones a las drogas y desarrollo de audiencias (Droppelmann, 2008). La segunda está orientada a brindar lineamientos específicos a cada participante sobre las tareas y las funciones detalladas.

En 2010, se publicó un Manual Educativo en Chile, que les permitió a los intervinientes (jueces, fiscales, abogados defensores, equipos psicosociales y coordinadores) obtener los conocimientos necesarios. El Manual cubre los principales aspectos de la capacitación en TTD e incluye material audiovisual, como grabaciones de audiencias y entrevistas con actores clave, para ilustrar mejor cómo opera el modelo y las funciones de cada uno de los actores (Droppelmann, 2010).



Un curso de capacitación debe cubrir muchos temas, pero sólo analizaremos aquellas cuestiones que nos interesa destacar.

Primero, la importancia de educar a los participantes acerca del modelo original de TTD, incluidos los principios rectores y los elementos básicos que debe tener un programa típico: integración entre el sistema de justicia y el sistema de salud, un equipo interdisciplinario, un diagnóstico profesional del consumo de drogas problemático, seguimiento judicial incluidas las audiencias regulares, un plan de incentivos e intervención orientada a la rehabilitación y la integración social (Droppelmann, 2010). La capacitación continua en este sentido permitirá difundir el modelo fielmente sin afectar su calidad ni eficacia.

Otra área importante es la formación de un equipo de coordinación de los TTD. La creación del equipo es esencial, ya que el programa se basa en un modelo de justicia no adversarial en el que los actores trabajan para tratar y rehabilitar a los infractores. Teniendo en cuenta esto, hacemos énfasis en los siguientes roles y funciones de los actores principales –un enfoque esencial para la capacitación- indicados en el material educativo:

- El rol del juez es liderar el programa de TTD, ya que él o ella debe expandir su rango de acción para incluir la promoción de la rehabilitación. A tal efecto, algunas de las cualidades esenciales de un juez de TTD son: ser imparcial y congruente, escuchar a los participantes y ser empático. Tener conocimiento de los problemas de drogodependencia. Estar dispuesto a trabajar en grupos. Concentrarse en la resolución de conflictos.

Los fiscales deben adaptar su función tradicionalmente adversarial y promover la rehabilitación del infractor. También es necesario que estén capacitados en cuestiones de dependencia de drogas, estén dispuestos a trabajar en equipos y se concentren en la resolución de problemas. Los abogados defensores también deben adaptar su propio rol: si bien esto no significa que tengan que dejar de lado su rol de abogados defensores, deben guiar sus acciones hacia la rehabilitación de los infractores mediante la identificación de casos relevantes para el programa, la explicación y la orientación tanto al infractor como el equipo en cuestiones significativas, la promoción de la confianza entre el equipo de tratamiento y el seguimiento del proceso.

Un equipo a cargo de la gestión del caso, formado por un psicólogo y un trabajador social, se encargará de llevar a cabo el tratamiento de los participantes de los TTD. Deben contar con la capacitación adecuada, dado que su función principal es llevar los casos de los TTD desde el inicio de la investigación hasta que el infractor se gradúe,

incluido el seguimiento durante la suspensión del procedimiento. Además de conducir la investigación de los casos, deben coordinar -junto con el centro de tratamiento- la confirmación del diagnóstico y, si el participante no asiste voluntariamente, se lo convence y estimula para que lo haga. Una vez que los imputados ingresan al programa de rehabilitación, el equipo debe controlar su participación y coordinar la entrega de información por parte del centro de tratamiento. Finalmente, una vez que los imputados se gradúan del programa, el equipo de gestión del caso apoyan a los participantes a través del proceso de reintegración.

En resumen, hacemos énfasis en que la capacitación es esencial para la implementación y continuidad del programa. Como hemos visto aquí, la capacitación debe brindar los contenidos básicos para que los actores entiendan el modelo de TTD, y sus respectivos roles y funciones en este programa. Los "tribunales de tratamiento de drogas deben promover oportunidades educativas, fomentar la continuidad en la capacitación a los miembros del grupo de trabajo y brindar capacitación –cuando sea posible- tanto a los nuevos miembros como a los más experimentados" (Safer, 2004).

### ***Problemas identificados durante la implementación inicial y futuro posicionamiento del programa de tratamiento de drogas***

La aplicación del modelo de TTD a las circunstancias chilenas fue beneficiosa en el sentido de que se promovió una mejor concepción de la relación entre el delito y las drogas y el tratamiento de la dependencia de drogas, en lugar del delito y la pena. También fue posible identificar cuestiones críticas que puedan ayudar a identificar ciertos problemas que puedan, a su vez, obstaculizar el adecuado desarrollo del programa. Las dificultades del proceso chileno pueden resumirse en tres áreas. Primero, la cantidad de personas que, debido a su perfil legal, pueden acceder a los TTD; segundo, la falta de una organización que permita que los TTD dejen de operar como programa piloto; y finalmente, la necesidad continua de la coordinación interinstitucional.

### ***La cantidad de personas que, debido a su perfil legal, puede acceder a los TTD***

El primer problema es el más importante, ya que ningún programa puede seguir operando en el tiempo sin una gran población objetivo elegible para el programa. En Chile, la falta de participantes se debe al tan limitado perfil legal impuesto en los criterios de acceso al programa, ya que sólo se admiten infractores primerizos. Debe evaluarse una modificación en la legislación para alcanzar a los infractores que tienen

perfiles delictivos más complejos, como aquellos que vuelven a delinquir con delitos más graves, especialmente aquellos que cometen delitos contra la propiedad y tienen una prevalencia mayor en el consumo de drogas<sup>13</sup>.

### ***Necesidad de una Organización que coordine la implementación del programa a nivel regional y/o nacional***

Junto con la modificación de la legislación, el programa de TTD chileno debe dar el gran paso de dejar de operar como programa piloto y pasar a ser un programa de política pública. Para hacerlo, debe crearse una institución sólida que actúe como unidad central de coordinación, regional o nacional, que apoye los programas de TTD, garantice las operaciones, el desarrollo y las evaluaciones del programa. Actualmente se está trabajando en el desarrollo de la organización, bajo el marco institucional del Ministerio de Justicia. Esto permitirá que el programa se expanda a nivel nacional, con la importante premisa de mantener la fidelidad del modelo original.

### ***Necesidad de coordinación interinstitucional***

Finalmente, sabemos que los TTD son un claro ejemplo de coordinación interinstitucional y que su creación nunca ha sido una tarea fácil. Por lo tanto, es necesario crear las circunstancias para que todas las organizaciones que, de algún modo, participan en el programa o tienen alguna influencia en él estén coordinadas. Esta tarea deberá ser continua y prioritaria para la unidad de coordinación. Para que estos programas sigan siendo funcionales a lo largo del tiempo, es necesario garantizar la coordinación interinstitucional.

### ***Conclusiones***

Hacer que un programa de política pública sea sostenible no es una tarea fácil, ya que tanto su creación como su continuidad dependen del desarrollo del proceso de creación de políticas y del contexto social e histórico de la iniciativa. Una política no surge del contexto nacional e internacional en forma aislada, y su implementación y desarrollo en el tiempo son influenciados por este contexto.

Sin embargo, hay acciones que una política pública de este tipo no puede omitir para ser eficaz: permanente control y evaluación para identificar la operación y el impacto del programa, de manera que el programa pueda modificarse y adaptarse al contexto;

---

<sup>13</sup> Según el estudio I-ADAM realizado por Fundación Paz Ciudadana, 2010.

capacitación continua de todos los participantes; y coordinación interinstitucional y promoción del programa como una herramienta de rehabilitación eficaz.

También es importante identificar los temas críticos relacionados con la realidad y las necesidades individuales de cada país. Este capítulo utilizó la experiencia chilena como ejemplo de una adaptación de un programa exitoso, que fue implementado de un modo que pareciera ser muy distinto de otros escenarios. Observar y conocer otras formas de operación e implementación del programa hace posible no sólo estimular experiencias similares sino también contribuir al conocimiento general del modelo de TTD.

## **Referencias**

Bellettini, Orazio (2005). El papel de los centros de política pública en las reformas públicas implementadas en América Latina. Presentación para el X Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 al 21 de octubre de 2005. Disponible en <http://www.ijj.derecho.ucr.ac.cr/archivos/documentacion/inv%20otras%20entidades/CLAD/CLAD%20X/documentos/belletti.pdf>

Droppelmann, Catalina (2008). Análisis del proceso de implementación de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile. Fundación Paz Ciudadana. Santiago, Chile.

Droppelmann, Catalina (2008). Tribunal de Tratamiento de Drogas y Sociedad Civil Organizada en Chile. Fundación Paz Ciudadana. Santiago, Chile.

Droppelmann, Catalina (2010). Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile. Material Educativo. Fundación Paz Ciudadana. Santiago, Chile.

Espinoza, Olga; Piñol, Diego; Fuenzalida, Iván (2011). Estudio de evaluación de implementación de procesos y resultados del modelo de tribunales de tratamiento de drogas bajo supervisión judicial aplicado en Chile. Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Hölge, Kristian (2008). Making the case for Drugs Treatment Courts together. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).

Hurtado, Paula (2005). Consumo de Drogas en Detenidos. Aplicación de la Metodología I-ADAM en Chile. Fundación Paz Ciudadana. Santiago, Chile.

Morales, Ana María; Welsch, Gherman; Cárcamo, Javiera; Muñoz, Nicolás (2011). Estudio de estimación del presupuesto general para la implementación del programa de Tribunal de Tratamiento de Drogas a nivel nacional, tanto para población adolescente como adulta. Fundación Paz Ciudadana. Santiago-Chile. Obtenido de [http://www.pazciudadana.cl/docs/pub\\_20130215103405.pdf](http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20130215103405.pdf) [visitado el 12.04.2013].

Safer, Laura (2004). La Experiencia de las Cortes de Droga en Estados Unidos. Presentación realizada en Santiago, Chile.

Asociación Nacional de los Profesionales de Tribunales de Drogas de los EE.UU. (1997). Comité de Estándares de los Tribunales de Drogas. Tribunales de Drogas: Elementos Clave.

### ELEMENTOS CLAVES/PRINCIPIOS

En 1995, el Departamento de Justicia de EE.UU. pidió a la Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Tratamiento de Drogas (NADCP) reunir a un grupo multidisciplinario de profesionales que trabajan en el desarrollo de los tribunales de tratamiento de drogas para definir los elementos esenciales de estos programas. Con más de 75 programas y luego en marcha desde el comienzo del programa de Miami, se estaba haciendo cada vez más evidente que se necesitaba algún marco definitorio para asegurar que estos programas-revolucionarios en su momento- se desarrollara para construir un enfoque interdisciplinario basado en el enfoque de tratamiento del programa de Miami. El resultado fue “Definición de los Tribunales de Drogas: los Componentes Claves”, publicado en 1997. Dos años más tarde, un Grupo de Trabajo de Expertos convocada por las Naciones Unidas en 1999, adoptó los principios de los diez “Componentes Claves”, añadiendo tres principios a los “Componentes Claves” de los EE.UU. para hacer frente a la gestión de los casos, al tratamiento individualizado y a los servicios de seguimiento.<sup>14</sup> Estos componentes claves y principios fundamentales se resumen a continuación.

**Elemento clave 1:** Los tribunales de drogas combinan los servicios de tratamiento para el alcoholismo o la adicción a las drogas con el procesamiento de casos del sistema judicial.

*Principio Clave 1: Justicia integrada/sistemas de cuidado de salud del procesamiento de casos comunes*

**Elemento clave 2:** Bajo un enfoque no controversial, el abogado defensor y el fiscal promueven la seguridad pública protegiendo además los derechos correspondientes de los participantes de la acción judicial.

*Principio Clave 2: Enfoque no contradictorio con el caso de resolución de problemas por parte del juez, del fiscal y de la defensa.*

**Elemento clave 3:** Los participantes elegibles se identifican con anticipación y se incluyen inmediatamente en el programa del tribunal de drogas.

---

<sup>14</sup> Los 13 Principios Claves de Tribunales de Tratamiento Directo y Programas de Rehabilitación. 1998.

**Principio Clave 3:** *La pronta y objetiva identificación y la implementación del programa de ofensores elegibles.*

**Elemento clave 4:** Los tribunales de drogas brindan acceso constante a servicios de tratamiento para el alcoholismo o la adicción a las drogas y demás servicios de rehabilitación relacionados.

**Principio Clave 4:** *El acceso de los participantes a una amplia serie de servicios de tratamiento y rehabilitación.*

**Elemento clave 5:** La abstinencia se monitorea con pruebas de detección de consumo de drogas o bebidas alcohólicas.

**Principio Clave 5:** *Monitoreo objetivo del cumplimiento de los participantes a través de pruebas de abuso de sustancias.*

**Elemento clave 6:** Una estrategia coordinada determina la respuesta de los tribunales de drogas frente al cumplimiento de los participantes.

**Principio Clave 6:** *Respuesta estratégica coordinada al cumplimiento del programa y al incumplimiento de todas las disciplinas implicadas (policía, ministerio público, la libertad condicional, el tratamiento, los trabajadores sociales, el tribunal).*

**Elemento clave 7:** Es fundamental que exista una continua interacción judicial con cada participante del tribunal de drogas.

**Principio Clave 7:** *Interacción directa judicial con los participantes.*

**Elemento clave 8:** El monitoreo y la evaluación son herramientas para calcular los objetivos del programa y medir su eficacia.

**Principio Clave 8:** *Monitoreo y Evaluación de los resultados del programa (tanto del proceso como del impacto).*

**Elemento clave 9:** La constante educación interdisciplinaria promueve la planificación, la implementación y el funcionamiento eficaces de los tribunales de drogas.

**Principio Clave 9:** *Educación interdisciplinaria continua de todo el equipo del Tribunal de Drogas.*

**Elemento clave 10:** Fomentar las relaciones entre los tribunales de drogas, los organismos públicos y las organizaciones basadas en la comunidad genera respaldo a nivel local y mejora la eficacia de los programas de estos tribunales.

**Principio Clave 10:** Alianzas para la eficacia del programa y apoyo de la comunidad local.

**Principio Clave 11:** Manejo continuo de casos incluyendo apoyo para la reintegración social.

**Principio Clave 12:** Contenido ajustables del Programa para grupos con necesidades especiales (por ejemplo, los trastornos mentales).

**Principio Clave 13:** El post tratamiento y servicios de mantenimiento deben establecerse a fin de mejorar los efectos del programa a largo plazo.

## **Referencias**

NADCP, Definiendo Tribunales de Drogas: Elementos Claves, Enero de 1997.

[http://www.nadcp.org/sites/default/files/nadcp/KeyComponents\\_SPA\\_0.pdf](http://www.nadcp.org/sites/default/files/nadcp/KeyComponents_SPA_0.pdf)

Grupo de Trabajo de Expertos en el mejoramiento del impacto intersectorial en el Abuso de Drogas en caso de Delincuencia, Viena, Diciembre 6-10, 1999.

[http://www.unodc.org/pdf/lap\\_report\\_ewg\\_casework.pdf](http://www.unodc.org/pdf/lap_report_ewg_casework.pdf)



## BIOGRAFÍA DE LOS AUTORES COLABORADORES Y EDITORES

**Juez Kofi Barnes** es Juez del Tribunal Superior de Ontario (Canadá), Presidente de la International Association of Drug Treatment Courts, y Presidente de la Canadian Association of Drug Treatment Courts.

**Juez Paul Bentley**, fallecido en junio de 2011, fue Juez del Tribunal de Tratamiento de Drogas de Toronto y ex-Presidente de la International Association of Drug Treatment Courts (IADTC).

**Dr. Grace Campbell**, MBChB, MPhil, MRCP, es la Líder Clínica para la prisión Healthcare NHS en Glasgow y Clyde, responsable de la atención sanitaria en tres grandes prisiones incluyendo prestación clínica y del tratamiento médico en estos establecimientos. Ella es especialista en Medicina de Adicción. Antes de asumir esta posición, fue la Médica Oficial Principal y la líder para la Justicia Criminal de los Servicios de Adicción de Glasgow. Ella gestionó el personal médico en la Corte de Drogas Glasgow y otras tres pruebas de drogas y el tratamiento de los proveedores de la orden en los NHS de Glasgow y la zona de Clyde. Ella es un GP-entrenado, y tiene una Maestría en Derecho Médico.

**Javiera Cárcamo Cáceres** es Socióloga, tiene una Licenciatura en Sociología, es Investigadora en Justicia y Reinserción, Fundación Paz Ciudadana de Santiago, Chile.

**Juez Jesús Demetrio Cadena Montoya**, Maestro en Derecho Procesal, Juez Sexto de Control y Preparación Penal en el Estado de Nuevo León. Primer Juez Mexicano del programa Tribunal para el Tratamiento de Adicciones. Ha recibido formación en el proceso de Reforma Penal en México, en Santiago de Chile y Estados Unidos, Profesor Universitario en nivel superior en UVM (Laureate International Universities) y en posgrado en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Con estudios en Justicia Terapéutica e implementación del modelo Cortes de Drogas o Tribunales de Tratamiento de Adicciones, en México, en Texas, Massachusetts, Washington DC y New York, USA y en el Centro de Justicia de las Américas vía e-learning. Ponente en la conferencias de National Association of Drug Court Professionals en 2010 y 2011. Así como en diversos foros mexicanos sobre la viabilidad del modelo de Cortes de Drogas; ponente en la 9ª Conferencia Binacional México-Estados Unidos sobre Reducción de la Demanda de Droga; ponente en el taller de Alto Nivel organizado por SEDRONAR y la Organización de Estados Americanos (OEA), para la implementación del modelo de Corte de Drogas en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Miembro de la Asociación Iberoamericana de Justicia Terapéutica.

**Dr. Anna McG. Chisman** fue Profesora Invitada de la Justice Programs Office, Facultad de Asuntos Públicos, American University (2011-2012). Durante los veinticuatro años anteriores, fue Jefe del Programa de Reducción de la Demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos. Recibió su B.A. (con honores), M.A. de la Universidad de Oxford, su M.A. de la Universidad de Pennsylvania, y su Ph.D. de la Universidad de Toronto.

**Prof. Caroline Cooper** es Directora de la Oficina de Programas de Justicia de la Facultad de Asuntos Públicos de la American University en Washington D.C. y miembro del Cuerpo de Investigación de la Facultad de Asuntos Públicos. Se graduó en Smith College, Howard University (M.A.) y en el Washington College of Law de la American University. Ha ejercido como abogada, incluso como sub-defensora pública y ha participado en la prestación de asistencia técnica y capacitación al sistema judicial de Estados Unidos y del exterior en una amplia gama de asuntos, incluidas operaciones del sistema judicial, gestión de casos diferenciados civiles y penales y servicios de defensa para indigentes y programas de tribunales de tratamiento de drogas.

**Juez Jorn Dangreau** es juez presidente del TTD de Ghent, Bélgica y también preside una cámara de tres jueces que tratan casos penales más graves. Es miembro del consejo de la International Association of Drug Treatment Courts y tomó la iniciativa de crear una Red Europea de Tribunales de Tratamiento de Drogas para reducir el abuso de sustancias, el delito y la reincidencia en toda la Unión Europea a través de la promoción y defensa de la creación de tribunales de tratamiento de drogas.

**Luz M. García Rivas** es Directora General de Cooperación y Coordinación del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Gobierno Federal de México.

**Juez Michael S. King** es juez del Tribunal de Primera Instancia de Western Australia con asiento en Armadale en la zona sur oriental metropolitana de Perth. Se desempeñó como Juez de Tribunal de Drogas de Perth de 2005 a 2007. Es autor del libro Solution-Focused Judging Bench Book, co-autor de Non-Adversarial Justice y autor de numerosos artículos sobre jurisprudencia terapéutica, justicia reparadora, práctica judicial y legal, salud y Meditación Trascendental. Colaboró en el diseño y participa de la enseñanza en un curso sobre justicia centrada en soluciones del National Judicial College of Australia. Anteriormente fue profesor titular de la Facultad de Derecho de la Universidad de Monash. En 2011 recibió el Premio LEADR Michael Klug Award por su aporte a la resolución pacífica de conflictos.

**Antonio Lomba Maurandi**, es Jefe en Funciones de la Sección de Fortalecimiento Institucional y Programas Integrales en la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (OEA), donde también ejerce como Gerente del Programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas. Tiene 18 años de experiencia profesional en el ámbito internacional, trabajando con distintas instituciones en el área de política pública, programas de Tratamiento de Drogas, Desarrollo Institucional, Educación y Fortalecimiento Institucional. Antonio Lomba ha colaborado en el diseño, ejecución y evaluación de multitud de proyectos con la Comisión Europea, el Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo. Es Miembro del Consejo de Dirección de la Asociación Internacional de Tribunales de Tratamiento de Drogas (IADTC). Previamente, fue Director Ejecutivo de Desarrollo Internacional de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), y Director de Desarrollo Internacional de la Universidad de Murcia. Amplia experiencia en América Latina y el Caribe, en países de Europa del Este, y Unión Europea. Tiene un M.B.A, y actualmente cursa un Master en Política Pública y Democracia.

**Douglas B. Marlowe**, J.D., Ph.D., es Jefe de Ciencia, Política y Derecho de la National Association of Drug Court Professionals, Científico Senior del Treatment Research Institute, y Profesor Asociado Adjunto de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania. Como abogado y psicólogo clínico, la investigación del Dr. Marlowe se concentra en el papel de la coerción en el tratamiento del abuso de drogas, los efectos de los Tribunales de Droga y otros programas de trabajo comunitario para personas involucradas con las drogas en el sistema de justicia penal y tratamientos para infractores dependientes de drogas.

**Ana María Morales Peillard** es abogada, M.A. en Política de Justicia Penal, y es Directora de Justicia y Reinserción, Fundación Paz Ciudadana, Santiago, Chile.

**Michael F. Nerney** ha brindado capacitación y asesoramiento a asociaciones nacionales y organismos federales de Estados Unidos, entre los que se incluyen la National Association of Drug Court Professionals, el National Council of Juvenile and Family Court Judges, la U.S. Office of National Drug Control Policy, y la Bureau of Justice Assistance, como también a asociaciones de tribunales de drogas estatales y tribunales locales de California, Florida, Idaho, Louisiana, Mississippi, Missouri, Montana, New Jersey, New York, y otros estados de Estados Unidos.

**Dr. Myo Kyaw Oo**, MBBS, DPM, DM, es Funcionario Médico Senior y Consultor Psiquiátrico del Bellevue Hospital y Gerente de Programa del Programa de Tratamiento

de Tribunales de Drogas y Rehabilitación de Kingston, Jamaica. Es uno de los Consultores Psiquiátricos invitados del Departamento de Servicios Correccionales. Obtuvo su título de médico en 1982 y su diploma de posgrado en Psiquiatría en 1988 del Institute of Medicine (1), Rangoon University, Unión de Myanmar (Burma) y recibió el título de Doctor en Medicina (Psiquiatría) de la University of the West Indies. Su tesis titulada "*A Study of Posttraumatic Stress Disorder Among Jamaica Constabulary Force Personnel in a Given Geographical Area in Jamaica*" [Estudio sobre Trastorno de Estrés Postraumático en el Personal de las Fuerzas de Policía en un Área Geográfica Dada de Jamaica] recibió el premio del Decano de la Facultad de Ciencias Médicas y el Premio Association of Consultant Physicians Award por mejor estudio en 2002. También recibió el Premio Commissioner's Award del Departamento Correccional por Logro Sobresaliente en 2008. Ocupó el cargo de Funcionario Médico del Ejército y luego el de Psiquiatra del Ejército de 1984 a 1990 en el Ministerio de Defensa, Unión de Myanmar (Burma). Emigró a Jamaica en 1990. Entre sus áreas profesionales de interés encontramos el abuso de sustancias, la psiquiatría forense, la aplicación de principios de jurisprudencia terapéutica en el proceso judicial, psiquiatría en desastres, traumas psicológicos y TEPT y psiquiatría para Fuerzas Armadas.

**Berenice Santamaría González** Dirección de Vinculación y Coordinación Operativa. Comisión Nacional Contra Adicciones.

**Annemieke Serlippens** es magistrada trabajando desde 1999 en la Oficina de la Fiscalía de Ghent, en el Departamento de la delincuencia organizada y la delincuencia de drogas. Fue responsable del diseño del proyecto piloto 'Proefzorg' (programas de trabajo comunitario para drogodependientes determinado por el fiscal público) y desde 2008, es fiscal del proyecto piloto de TTD en Ghent junto con el juez Jorn Dangreau. Es también la responsable de la investigación y el enjuiciamiento de los casos de asesinato y portavoz de prensa de la oficina del Ministerio Público en Ghent. También enseña legislación y política de drogas en la OPAC Police Training Academy. Es miembro de la junta directiva de la Asociación Internacional de Tribunales de Tratamiento de Drogas.

**Prof. David B. Wexler** es profesor de Derecho y Director de la Red Internacional de Justicia Terapéutica en la Universidad de Puerto Rico, localizada en San Juan, Puerto Rico, además es profesor distinguido de Investigación de Derecho en la Escuela de Derecho Rogers, Tucson, Arizona. Entre sus libros se encuentran: *Rehabilitating Lawyers: Principles of Therapeutic Jurisprudence for Criminal Law Practice* (Carolina Academic Press 2008); *Judging in a Therapeutic Key: Therapeutic Jurisprudence and the Courts* (con Bruce J. Winick) (Carolina Academic Press 2003); *Practicing Therapeutic*

Jurisprudence: Law as a Helping Profession (con Dennis P. Stolle and Bruce J. Winick) (Carolina Academic Press 2000); Law in a Therapeutic Key: Developments in Therapeutic Jurisprudence (con Bruce J. Winick) (Carolina Academic Press 1996); Essays in Therapeutic Jurisprudence (con Bruce J. Winick) (Carolina Academic Press 1991); Therapeutic Jurisprudence: The Law as a Therapeutic Agent (Carolina Academic Press 1990); and Mental Health Law: Major Issues (Plenum Press 1981).

## FACULTAD DE ASUNTOS PÚBLICOS - AMERICAN UNIVERSITY

La American University, con sede en Washington, D.C., fue creada por un acto parlamentario en 1983 y cuenta con la acreditación de la Middle States Association of Colleges and Secondary Schools. Las casas de estudio y seis facultades de la universidad tienen una matrícula actual de aproximadamente 11.000 estudiantes de grado y posgrado y ofrece 53 programas de grado, 73 programas de posgrado y doctorado y tres niveles de programas de grado en derecho.

Si bien es la primera institución académica y la más reconocida de estudios superiores, la American University tiene extensos y reconocidos antecedentes por su aporte pragmático y real, y las actividades y los servicios comunitarios son elementos vitales para su misión central.

**Ubicada entre las mejores facultades de su clase, la Facultad de Asuntos Públicos de la American University ofrece educación en los campos de las ciencias políticas, administración pública, justicia y política pública. Creada en 1934 para capacitar líderes involucrados en la implementación del "New Deal" del Presidente Franklin Roosevelt, la Facultad de Asuntos Públicos se ha convertido en una de las mejores facultades de asuntos públicos de la nación con foco en servicios públicos y políticas públicas.**

La Oficina de Programas de Justicia (JPO, por sus siglas en inglés), integrante de la Facultad de Asuntos Públicos de la Universidad, fue creada en 1989 para llevar a cabo los programas de investigación y asistencia técnica en administración del sistema de justicia de la universidad, que había tenido su sede desde 1972 en la Facultad de Derecho de la American University. La función de la JPO es ayudar a llevar a cabo la misión comunitaria de la Facultad de Asuntos Públicos: "aplicar las herramientas académicas y de profesionalismo al diseño y ejecución de programas públicos".

El personal de la JPO está compuesto por un pequeño grupo núcleo de asociados de personal y académicos de la investigación de tiempo completo y un grupo más extenso de profesores miembros de la JPO de tiempo parcial –profesionales senior formalmente reconocidos en distintas especialidades relacionadas con la administración pública– que trabajan con el personal y los académicos de la JPO en proyectos con el apoyo directo de organismos gubernamentales locales y estatales. Este equipo de académicos, personal y profesores senior es complementado, según resulte necesario, por consultores externos y académicos de la AU en las disciplinas del derecho, política de salud, economía, ciencias sociales, administración pública y otras especialidades. La mayoría de las actividades de investigación y capacitación y asistencia técnica de la JPO son patrocinadas por el gobierno federal, en particular los programas de asistencia técnica orientados en tribunales estatales nacionalmente reconocidos de la Universidad, que cuentan con el patrocinio del Departamento de Justicia de Estados Unidos. Se realizan proyectos de corto plazo adicionales sobre la base de contratos directos con gobiernos estatales y locales o con gobiernos extranjeros.

## LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS

La Organización de los Estados Americanos (OEA) es la organización regional más antigua del mundo, ya que se remonta a la Primera Conferencia Internacional de Estados Americanos, celebrada en Washington, D.C., de octubre de 1889 a abril de 1890. En esta reunión se aprobó la creación de la Unión Internacional de Repúblicas Americanas. La Carta de la OEA se suscribió en Bogotá en 1948 y entró en vigencia en diciembre de 1951. Posteriormente la Carta fue enmendada por el Protocolo de Buenos Aires, suscrito en 1967, el cual entró en vigencia en febrero de 1970; por el Protocolo de Cartagena de Indias, suscrito en 1985, el cual entró en vigencia en noviembre de 1988; por el Protocolo de Managua, suscrito en 1993, el cual entró en vigencia el 29 de enero de 1996; y por el Protocolo de Washington, suscrito en 1992, el cual entró en vigor el 25 de septiembre de 1997. En la actualidad la OEA tiene 35 Estados Miembros. Además, la Organización ha otorgado categoría de Observador Permanente a 67 Estados, así como a la Unión Europea.

Los propósitos esenciales de la OEA son los siguientes: afianzar la paz y la seguridad del Continente; promover y consolidar la democracia representativa dentro del respeto al principio de no intervención; prevenir las posibles causas de dificultades y asegurar la solución pacífica de las controversias que surjan entre los Estados Miembros; organizar la acción solidaria de éstos en caso de agresión; procurar la solución de los problemas políticos, jurídicos y económicos que se susciten entre ellos; promover, por medio de la acción cooperativa, su desarrollo económico, social y cultural, y alcanzar una efectiva limitación de armamentos convencionales que permita dedicar el mayor número de recursos al desarrollo económico y social de los Estados Miembros.

La OEA realiza sus fines por medio de los siguientes órganos: la Asamblea General, la Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores, los Consejos (el Consejo Permanente y el Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral), el Comité Jurídico Interamericano, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Secretaría General, las Conferencias Especializadas, los Organismos Especializados, y otras entidades establecidas por la Asamblea General.

La Asamblea General celebra períodos ordinarios de sesiones una vez por año. En circunstancias especiales se reúne en períodos extraordinarios de sesiones. La Reunión de Consulta se convoca con el fin de considerar asuntos de carácter urgente y de interés común, y para servir de Órgano de Consulta en la aplicación del Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca (TIAR), que es el principal instrumento para la acción solidaria en caso de agresión. El Consejo Permanente conoce de los asuntos que le encomienda la Asamblea General o la Reunión de Consulta y ejecuta las decisiones de ambas cuando su cumplimiento no haya sido encomendado a otra entidad, vela por el mantenimiento de las relaciones de amistad entre los Estados Miembros así como por la observancia de las normas que regulan el funcionamiento de la Secretaría General y, además, actúa provisionalmente como Órgano de Consulta para la aplicación del TIAR. La Secretaría General es el órgano central y permanente de la OEA. La sede tanto del Consejo Permanente como de la Secretaría General está ubicada en Washington, D.C.

**ESTADOS MIEMBROS:** Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas (Commonwealth de las), Barbados, Belize, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica (Commonwealth de), Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

**Departamento de Programas de Justicia  
Facultad de Asuntos Públicos, American University**

**Comisión Interamericana para el Control del  
Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad  
Multidimensional, Organización de los Estados  
Americanos (OEA)**

**Canada**



Organización de los  
Estados Americanos



**SCHOOL of PUBLIC AFFAIRS  
AMERICAN UNIVERSITY • WASHINGTON, D.C.**