

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS

VOLUMEN I
REVISIÓN DE TEXTO



**ASOCIACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES DE TRIBUNALES DE
TRATAMIENTO DE DROGAS
ALEXANDRIA, VIRGINIA**

ISBN: 978-1-7350099-0-2

Copyright © 2013, Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Tratamiento de Drogas (National Association of Drug Court Professionals).

Copyright © 2018, Revisión de Texto, Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Tratamiento de Drogas (National Association of Drug Court Professionals).

Copyright © 2020, Traducción en español, Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Tratamiento de Drogas (National Association of Drug Court Professionals).

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada en sistema de búsqueda alguno, o transmitida por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopias, grabación u otros métodos sin el expreso consentimiento de la Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Tratamiento de Drogas (National Association of Drug Court Professionals).

Impreso en los Estados Unidos de América.

La Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (SE-CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (SSM/OEA), ha colaborado en la traducción de esta publicación para fomentar la mayor difusión de su contenido y para servir como un punto de partida para los investigadores y operadores de tribunales de tratamiento en países hispanohablantes para el desarrollo de sus propio estándares y manuales. El contenido de la misma es exclusivamente informativo, y no refleja necesariamente la posición u opinión de la Organización de los Estados Americanos, de su Secretaría General o de sus Estados Miembros.

Los Tribunales de Tratamiento desarrollan sus funciones sin manifestación alguna—ya sea por palabra o conducta—de sesgo o prejuicio; incluyendo, pero no limitado al sesgo o prejuicio con base en raza, género, origen nacional, discapacidad, edad, orientación sexual, idioma o estatus socioeconómico.

EQUIPO DE REVISIÓN DEL TEXTO EN ESPAÑOL

Sofía Cobo Téllez, Doctorado en Derecho Consultora Jurídica Unidad de Fortalecimiento Institucional Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA)	John Haroldson Fiscal General Fiscalía General, Condado de Benton Corvallis, Oregon, EUA Jesús Romero Director Profesionales Asociados en Consejería y Consultoría de Juicios Orales San Diego, California, EUA	Karla Karelly Villanueva Escamilla, Maestría en Derecho Penal, Constitución y Derechos Consultora Jurídica Unidad de Fortalecimiento Institucional Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA)
Tania Gordillo Moreno, Maestría en Adicciones Investigadora / Coordinadora de Proyecto Unidad de Fortalecimiento Institucional Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA)		Jeffrey Zinsmeister, Juris Doctor Gerente, Programa de Justicia Terapéutica Unidad de Fortalecimiento Institucional Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA)

COMITÉ DE ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO[†] PARA ADULTOS

CO-PRESIDENTES DEL COMITÉ

Douglas B. Marlowe, JD, PhD
Chief of Science, Law, and Policy
National Association of Drug Court Professionals
Alexandria, Virginia

Carson L. Fox, Jr., JD
Chief Operating Officer
National Association of Drug Court Professionals
Alexandria, Virginia

MIEMBROS DEL COMITÉ

P. Karen Blackburn, MA
Program Administrator
Administrative Office of
Pennsylvania Courts
Pennsylvania Supreme Court
Philadelphia, Pennsylvania

Peter Bochert,
Statewide Drug Court Coordinator
New Mexico Administrative Office
of the Courts
Santa Fe, New Mexico

Shannon Carey, PhD
Executive Vice President
Sr. Research Associate
NPC Research
Portland, Oregon

Paul L. Cary, MS
Scientific Director
Toxicology Laboratory
University of Missouri Health Care
Columbia, Missouri

Fred L. Cheesman II, PhD
Principal Court Research Consultant
National Center for State Courts
Williamsburg, Virginia

Michael Finigan, PhD
President
NPC Research
Portland, Oregon

Karen Freeman-Wilson
Mayor
City of Gary, Indiana

Carolyn Hardin, MPA
Executive Director
National Drug Court Institute
Alexandria, Virginia

Mary Kay Hudson, LSW
Director of Court Services
Indiana Judicial Center
Indianapolis, Indiana

Deborah Koetzle, PhD
Associate Professor & Executive
Officer
Doctoral Program in Criminal
Justice
John Jay College of Criminal
Justice/CUNY
New York, NY

Mike Loeffler, JD
Fellow, NDCI
Sr. Assistant District Attorney
Bristow, Oklahoma

Austine M. Long, JD
Drug Court Coordinator
Montgomery County Circuit Court
Rockville, Maryland

John N. Marr, MS
Executive Minister
Boones Creek Christian Church
Johnson City, Tennessee

William G. Meyer, JD
Managing Arbitrator
Judicial Arbitrator Group, Inc.
Denver, Colorado

Valerie Raine, JD
Director, Drug Court Projects
Center for Court Innovation
New York, New York

Robert G. Rancourt
Minnesota District Court Judge
Minnesota Judicial Branch
Center City, Minnesota

[†] Nota de los traductores: La traducción de la frase en inglés “drug treatment courts” no siempre resulta sencilla. Aunque la frase en inglés parece indicar que los tribunales sólo trabajan con los que sufren de trastornos por uso de sustancias ilegales, en realidad no es así. El término “drogas” también abarca las sustancias psicotrópicas legales como el alcohol. Como consecuencia, y porque existe mucha variedad de modelos dependiendo de los países y hasta dentro de ellos, muchos países hispanohablantes utilizan la frase “tribunales de tratamiento,” sin incluir “de drogas”, para mayor claridad. De hecho, del mismo modo que existe variedad entre modelos, también la terminología utilizada es diversa, incluyendo “programas de justicia terapéutica”. No obstante, el término “tribunales de tratamiento” parece ser el más prevalente.

Por ende, aunque se ha traducido el título de este documento como “Estándares de Mejores Prácticas de Tribunales de Tratamiento de Drogas para Adultos”, y el nombre del autor (*National Association of Drug Court Professionals*) como “Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Tratamiento de Drogas”, en el resto del documento la frase “drug treatment courts” se traduce como “tribunales de tratamiento”.

MIEMBROS DEL COMITÉ

Aaron Roussell, PhD
Assistant Professor
Department of Criminology and
Criminal Justice
Washington State University
Pullman, Washington

Richard H. Schwermer, JD
Assistant State Court Administrator
Utah Administrative Office of the
Courts
Salt Lake City, Utah

Jacqueline van Wormer, PhD
Assistant Professor
Department of Criminal Justice &
Criminology
Washington State University
Spokane, Washington

Carol A. Venditto, MPA
Statewide Drug Court Manager
Administrative Office of the Courts
Trenton, New Jersey

Terrence D. Walton, MSW, CSAC
Director of Treatment
Pretrial Services Agency for the
District of Columbia
Washington, DC

JUNTA DIRECTIVA DE INVESTIGACIÓN & COMITÉ DE ESTÁNDARES DE LA NADC

Jeffrey S. Bagley
Chief Superior Court Judge
Cumming, Georgia

Jamey H. Hueston
District Court Judge
Baltimore City, Maryland

Scott W. Henggeler, PhD (Committee Chair)
Medical University of South Carolina
Charleston, South Carolina

Connie Payne
Executive Officer, Statewide Services
Kentucky Administrative Office of the Courts
Frankfort, Kentucky

OBSERVADORES

Ruby Qazilbash, MPA
Associate Deputy Director
Bureau of Justice Assistance
Washington, DC

Holly K. Rogers, MA
Public Health Advisor
Substance Abuse & Mental Health Services
Administration
Rockville, Maryland

REVISORES

Kenneth Arnold
Karen Barnes
Erica Bartlett
Gray Barton
Chet Bell
Kim Bingham
Michelle Cern
David S. Festinger
Karen Gennette
Socorro Gonzalez
Dana Graham
Jennifer Grandal
Helen Harberts
Paula Hendrix
Cary Heck

Ronald Ibarra
Anne Dannerbeck Janku
Michael Jewell
Melissa Knopp
Jeff Kushner
Wendy Lindley
Jaki Livingston
Christopher Lowenkamp
Melanie G. May
Gerald Melnick
Pamela Miller
Jessica Parks
Roger Peters
Chris Pleasanton
Noreen Plumage

Angela Plunkett
Vanessa Price
Michael Rempel
Charles Robinson
Ken Robinson
Michael Roosevelt
Shelli Rossman
Robert Russell
Ron Thrasher
Robert Ward
Henry Weber
Kristin Wood
Yolanda M. Woodhouse
Carrie Zoller

EDITORIAL

Jennifer L. Carson
Production Editor
Editcetera
Berkeley, CA

ASOCIACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENCIA

Robert G. Rancourt
Minnesota District Court Judge
Minnesota Judicial Branch
Center City, Minnesota

JUNTA DIRECTIVA NADCP

Hon. Jeff Bagley
Cumming, Georgia

Hon. Michael J. Barrasse
Scranton, Pennsylvania

Hon. Rogelio Flores
Santa Maria, California

Hon. Evert N. Fowle
Newport, Massachusetts

Hon. Richard Gebelein
Wilmington, Delaware

Hon. Pamela Gray
Washington, DC

Hon. Bob Helfrich
Hattiesburg, Mississippi

Scott Henggeler, PhD
Charleston, South Carolina

Domingo Herraiz
Washington, DC

Mary Kay Hudson
Indianapolis, Indiana

Hon. Jamey H. Hueston
Baltimore, Maryland

Hon. Russell B. Laine
Algonquin, Illinois

Hon. Leonia J. Lloyd
Detroit, Michigan

Hon. Stephen Manley
San Jose, California

General Barry R. McCaffrey
(USA Ret.)
Alexandria, Virginia

Connie Payne
Frankfort, Kentucky

Hon. Robert G. Rancourt
Center City, Minnesota

Hon. Ruben Reyes
Lubbock, Texas

Hon. Charles Simmons
Greenville, South Carolina

Hon. Keith Starrett
Hattiesburg, Mississippi

Hon. Korey Wahwassuck
Cass Lake, Minnesota

Rev. Dr. James G. White
Milwaukee, Wisconsin

MIEMBROS EMÉRITOS DEL CONSEJO

Hon. Melanie May
West Palm Beach, Florida

Hon. Louis Presenza (Ret.)
Philadelphia, Pennsylvania

Hon. Robert Russell
Buffalo, New York

Hon. John Schwartz
Rochester, New York

Hon. Jeffrey Tauber
Albany, California

ASOCIACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS

C. West Huddleston, III
Chief Executive Officer
1029 N. Royal Street, Suite 201
Alexandria, Virginia 22314
Tel. (703) 575-9400, Fax (703) 575-9402
www.allrise.org

ASOCIACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS

Se requiere innovación, trabajo en equipo y un fuerte liderazgo judicial para tener éxito en abordar el tema de los imputados vinculados con el uso de drogas en la comunidad. Es por esta razón que desde 1994 la Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Tratamiento de Drogas (NADCP) ha trabajado de forma incansable a nivel nacional, estatal y local para crear y mejorar los Tribunales de Tratamiento, los cuales utilizan una combinación de cumplimiento de requisitos personales (*accountability*) y tratamiento para apoyar a dichos imputados a cambiar sus vidas.

Los Tribunales de Tratamiento son ahora un movimiento internacional y son un excelente ejemplo de lo que sí funciona en el sistema judicial. En la actualidad, existen más de 2,700 Tribunales de Tratamiento en funciones en los Estados Unidos y trece países más han implementado el modelo. Los Tribunales de Tratamiento se han utilizado de forma amplia en casos de materia penal, delincuencia de adolescentes, ausentismo escolar; así como en casos de materia familiar en los que hay padres en riesgo de perder la custodia de sus hijos debido al uso problemático de sustancias psicoactivas.

Los Tribunales de Tratamiento mejoran las comunidades al lograr que los imputados abandonen el uso de sustancias, al detener el delito relacionado con drogas, al reunir a familias separadas, al intervenir con los jóvenes antes de que inicien una vida de adicción y delito, así como al reducir la conducción de vehículos bajo los efectos de sustancias psicoactivas.

Desde hace 24 años, cuando se estableció el primer Tribunal de Tratamiento en el Condado de Miami/Dade, Florida, se han publicado más investigaciones relacionadas con los efectos de los Tribunales de Tratamiento que en prácticamente cualquiera de los otros programas de justicia penal en conjunto. La comunidad científica ha estudiado a los Tribunales de Tratamiento minuciosamente y ha llegado a la conclusión de que dichos tribunales reducen significativamente el uso de drogas y el índice de delitos a un costo mucho menor que el de cualquier otra estrategia judicial.

Este éxito ha empoderado a la NADCP para apoyar a nuevas generaciones del modelo de Tribunales de Tratamiento, entre las cuales están los Tribunales de Tratamiento de Veteranos de Guerra, Tribunales de Reinserción, Tribunales de Salud Mental, entre otros. Los Tribunales de Tratamiento de Veteranos de Guerra, por ejemplo, vinculan los servicios esenciales y proporcionan la estructura necesaria para que aquellos veteranos que se encuentran dentro del sistema judicial, debido al uso de sustancias o a alguna enfermedad mental, puedan retomar su vida productiva luego de haber sobrevivido enfrentamientos militares. Los Tribunales de Reinserción apoyan a personas que salen de las cárceles y prisiones nacionales para que tengan éxito durante su periodo de libertad condicional y eviten recaer en el uso de drogas o involucrarse en delitos. Los Tribunales de Salud Mental monitorean a quienes padecen una enfermedad mental y que ingresan al sistema judicial muchas veces, sólo debido a dicho padecimiento.

La reconocida NADCP es actualmente la organización nacional de primer nivel en membresía, capacitación y defensa del modelo de Tribunales de Tratamiento, al representar a más de 27,000 profesionales judiciales multidisciplinarios y líderes comunitarios. La NADCP es anfitriona de la conferencia anual de capacitación más grande a nivel nacional en temas relacionados con drogas y delito, y provee 130 eventos técnicos y de capacitación cada año a través de sus sucursales de servicios profesionales, el Instituto Nacional de Tribunales de Tratamiento, el Centro Nacional de Tribunales DWI† y Justicia para Veteranos: el Tribunal Nacional de Tratamiento para Veteranos de Guerra. La NADCP divulga numerosas publicaciones académicas que son de gran importancia para el crecimiento y confianza en el modelo de Tribunales de Tratamiento, y trabaja incansablemente con los medios, en el Congreso Nacional y en las legislaturas estatales para mejorar—a través de políticas, leyes y apropiaciones—la respuesta del sistema de justicia estadounidense hacia los imputados que abusan de sustancias o padecen alguna enfermedad mental.

RECONOCIMIENTOS

La creación de los *Estándares de Mejores Prácticas de Tribunales de Tratamiento de Drogas para Adultos* ha sido una labor inmensa, la cual habría sido imposible sin la dedicación y contribuciones de muchas partes involucradas. Se trata de un proyecto que ha durado dos años y el resultado de incontables horas de esfuerzo se materializa en los cinco estándares que están incluidos en el Volumen I.

Primeramente, le agradezco al comité de profesionales voluntarios, investigadores y expertos en la materia que han entregado su tiempo y experiencia al desarrollo de los temas y materiales que se encuentran en los estándares. De igual forma, les agradezco a los revisores que proporcionaron retroalimentación valiosa en cada uno de estos estándares. Por último, le agradezco a la Junta de Directores de la NADCP por su liderazgo y visión para apoyar un proyecto tan extraordinario. Un agradecimiento especial va dedicado al Dr. Douglas Marlowe, cuya pasión inquebrantable se refleja en cada palabra, cada línea y cada enunciado de este documento.

En tanto nos acercamos a un cuarto de siglo de Tribunales de Tratamiento, tengo la convicción de que estos estándares llevarán nuestro campo de estudio y trabajo a niveles aún más altos de profesionalismo y éxito. Estoy convencido de que este documento se utilizará durante los años venideros y mejorará el vital trabajo que realizan a diario los operadores de los Tribunales de Tratamiento a lo largo y ancho de esta nación.

*C. West Huddleston,
Presidente Ejecutivo
Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Tratamiento de Drogas*

† Nota de los traductores: en inglés, las siglas “DWI” se refieren a “Driving While Intoxicated”, es decir, conducir bajo los efectos de alcohol y/o drogas.

NOTA INTRODUCTORIA DE LOS TRADUCTORES

Esta traducción tiene como propósito hacer más accesibles las tres décadas de experiencia empírica e investigación científica sobre los tribunales de tratamiento para el mundo hispanohablante. En particular, este documento está dirigido a países hispanohablantes que han desarrollado, o están considerando desarrollar, su propio modelo de tribunales de tratamiento. Estos manuales encapsulan, en una forma práctica y no académica, las mejores prácticas con base en las evidencias generadas del modelo estadounidense, por parte de investigadores en la materia. El contenido original fue publicado con el fin de que los operadores de los tribunales de tratamiento en Estados Unidos pudieran adoptar e implementar dichas prácticas en sus juzgados, centros de tratamiento y programas de reinserción social, sin tener que leer un sinnúmero de publicaciones académicas. De este modo, harían más eficaces sus tribunales y evitarían el uso de prácticas contraproducentes.

Cabe notar que, como consecuencia, el lenguaje jurídico en estos manuales refleja su aplicación en el sistema estadounidense. Hemos intentado ser fieles a su sentido original y, al mismo tiempo, dejarlo entendible para una audiencia hispanohablante cuyos sistemas de justicia penal, en su mayoría, tienen sus orígenes en la tradición jurídica romana. Cuando esto no ha sido posible, hemos dejado notas aclaratorias para los lectores. Además, notamos que las mejores prácticas de Estados Unidos no siempre son las mejores en otros contextos. No obstante, se desea que puedan servir como un punto de partida para los investigadores y operadores de tribunales de tratamiento en países hispanohablantes para el desarrollo de sus propios estándares y manuales. En este mismo contexto, las referencias sobre la legalidad, su razonamiento y base jurídica son ilustrativos respecto a los Estados Unidos.

Finalmente, observamos que la traducción de la frase en inglés “drug treatment courts” no siempre resulta sencilla. Aunque la frase en inglés parece indicar que los tribunales sólo trabajan con los que sufren de trastornos por uso de sustancias ilegales, en realidad no es así. El término “drogas” también abarca las sustancias psicotrópicas legales como el alcohol. Como consecuencia, y porque existe mucha variedad de modelos dependiendo de los países y hasta dentro de ellos, muchos países hispanohablantes utilizan la frase “tribunales de tratamiento,” sin incluir “de drogas”, para mayor claridad. De hecho, del mismo modo que existe variedad entre modelos, también la terminología utilizada es diversa, incluyendo “programas de justicia terapéutica”. No obstante, el término “tribunales de tratamiento” parece ser el más prevalente.

Por ende, aunque se ha traducido el título de este documento como “Estándares de Mejores Prácticas de Tribunales de Tratamiento de Drogas para Adultos”, y el nombre del autor (National Association of Drug Court Professionals) como “Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Tratamiento de Drogas”, en el resto del documento la frase “drug treatment courts” se traduce como “tribunales de tratamiento”.

En conclusión, se espera que esta traducción sea útil para ayudar a desarrollar, donde proceda, otros modelos de tribunales de tratamiento adecuados para las prácticas, leyes, costumbres y culturas de cada jurisdicción, por todo el mundo hispanohablante.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS

INTRODUCCIÓN	1
I. POBLACIÓN OBJETIVO	6
Los criterios de elegibilidad y exclusión de los Tribunales de Tratamiento están respaldados por evidencia empírica que establece qué tipo de imputados pueden ser sujetos a un tratamiento seguro y efectivo. Antes de ser admitidos a un Tribunal de Tratamiento, se realiza una valoración de los candidatos a través de herramientas y procedimientos de evaluación basados en evidencias.	
II. EQUIDAD E INCLUSIÓN	13
Aquellas personas que hayan sido históricamente discriminados o hayan visto sus oportunidades sociales reducidas debido a su raza, origen étnico, género, orientación sexual, identidad sexual, discapacidad física o mental, religión o estatus socioeconómico; recibirán las mismas oportunidades que otras personas para participar y tener éxito en los Tribunales de Tratamiento.	
III. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL JUEZ	23
El juez del Tribunal de Tratamiento se mantendrá al corriente con la legislación e investigación más actual en cuanto a las mejores prácticas de este tipo de tribunales, participará regularmente en reuniones de equipo, interactuará de forma frecuente y respetuosa con los participantes y tomará en cuenta la participación de los miembros del equipo.	
IV. INCENTIVOS, SANCIONES Y AJUSTES TERAPÉUTICOS	30
Las consecuencias por el comportamiento de los participantes serán previsibles, justas, consistentes y gestionadas de acuerdo con principios de la modificación efectiva del comportamiento basados en evidencia.	
V. TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS	43
Los participantes recibirán un tratamiento para el trastorno por uso de sustancias con base en una evaluación estándar de sus necesidades. Dicho tratamiento no se proporcionará para premiar comportamientos deseados, castigar infracciones o para cualquier otro objetivo no clínico. Los proveedores del tratamiento deberán estar capacitados y supervisados para proporcionar una gama de intervenciones basadas en la evidencia documentada en los manuales de tratamiento.	
APÉNDICE A HERRAMIENTAS VALIDADAS DE EVALUACIÓN DE RIESGOS Y NECESIDADES	60
APÉNDICE B SEMINARIOS EN LÍNEA SOBRE MEJORES PRÁCTICAS EN TRIBUNALES DE TRATAMIENTO	61

**ESTÁNDARES DE MEJORES
PRÁCTICAS EN TRIBUNALES DE
TRATAMIENTO DE DROGAS PARA
ADULTOS**
REVISIÓN DE TEXTO

INTRODUCCIÓN

La expansión de los Tribunales de Tratamiento a lo largo del país hace imperativo que nos aseguremos de que los estándares para la implementación y operación de dichos tribunales sean difundidos de manera efectiva al campo profesional. Esta administración apoya la difusión de dichos estándares y la capacitación para los Tribunales de Tratamiento existentes y nuevos a través de financiamiento y asistencia técnica, provisto por el Instituto Nacional de Tribunales de Tratamiento (NADCP).

—Casa Blanca, Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas (2012; p. 20)

En 1996, un pequeño grupo de profesionales de los Tribunales de Tratamiento se reunió para describir los elementos clave del modelo de estos tribunales. Al año siguiente se publicó lo que se convertiría en el marco de trabajo central, no sólo para Tribunales de Tratamiento, sino para la mayoría de los programas judiciales de resolución de conflictos: *Definiendo los Tribunales de Tratamiento: Componentes Clave* (NADCP, 1997) (De ahora en adelante nos referiremos a este documento como *Los 10 Componentes Clave*).

Para entonces, estos profesionales visionarios podían apoyarse sólo en sus instintos, observaciones personales y experiencias profesionales. La literatura de investigación era aún ambigua respecto a la efectividad de los Tribunales de Tratamiento y poco se sabía sobre cómo operaban, para quién y con qué motivos. A quince años de la publicación de *Los 10 Componentes Clave*, la ciencia ha alcanzado la sabiduría de los profesionales. La investigación confirma que el grado de éxito con el que los Tribunales de Tratamiento desempeñan sus funciones depende en gran medida de qué tan fielmente se adhieren a los *10 Componentes Clave*. Los Tribunales de Tratamiento que han diluido o ignorado algunos de los elementos principales del modelo, han pagado graves consecuencias en términos de tasas bajas de graduación, niveles más altos de reincidencia delictiva y menores ahorros en gastos. Se ha demostrado que no aplicar cabalmente *Los 10 Componentes Clave* reduce casi a la mitad la efectividad y rentabilidad de los Tribunales de Tratamiento. (Carey et al., 2012; Downey & Roman, 2010; Gutierrez & Bourgon, 2012; Shaffer, 2010; Zweig et al., 2012).

De Principios a Estándares

La ciencia ha hecho mucho más que simplemente validar los *10 Componentes Clave*, puesto que también le ha añadido sustancia a la estructura de los principios generales y los ha convertido en estándares de práctica (Marlowe, 2010). Al tener una guía específica en cuanto a cómo operar e implementar los *10 Componentes Clave*, los Tribunales de Tratamiento pueden tener más seguridad en la calidad de sus operaciones; los investigadores pueden medir la calidad del programa en sus evaluaciones y los capacitadores pueden identificar áreas de mejora y apoyar de forma técnica.

Hasta que los Tribunales de Tratamiento definan estándares de práctica apropiados, seguirán siendo vistos como responsables—justa o injustamente—de peores prácticas de nuestro campo. Los científicos continuarán analizando los efectos de Tribunales de Tratamiento débiles junto con

INTRODUCCIÓN

el desempeño de los tribunales excepcionales, lo cual diluirá los beneficios percibidos. Como consecuencia, los críticos seguirán manchando la reputación de los Tribunales de Tratamiento al atribuirles las prácticas más nocivas de los programas más débiles. Sólo a través de una definición de prácticas aceptables y excepcionales, los tribunales podrán desconocer la mala calidad y prácticas perjudiciales y establecer parámetros de referencia efectivos ante los cuales se deberán medir los programas nuevos y existentes.

Procedimientos

Hace poco más de dos años, la NADCP se dio a la tarea de completar el ambicioso proyecto de desarrollar los *Estándares de Mejores Prácticas en Tribunales de Tratamiento para Adultos*. Dichos estándares fueron redactados por un comité diverso y multidisciplinario compuesto por profesionales de los Tribunales de Tratamiento, expertos en la materia, investigadores, así como legisladores estatales y federales. Cada estándar fue revisado por entre treinta y cuarenta profesionales e investigadores con experiencia relevante en la materia. Los revisores calificaron los estándares de forma anónima respecto a su claridad (qué prácticas específicas se requerían), su justificación (por qué dichas prácticas eran necesarias), y su viabilidad (qué tan difícil sería para los tribunales implementar dichas prácticas). Todos los estándares recibieron calificaciones de bueno a excelente y fueron considerados como prácticas que los Tribunales de Tratamiento podrían alcanzar dentro de un periodo de tiempo razonable.

Ninguno de los requerimientos en estos estándares deberá llegar como sorpresa a los profesionales de los Tribunales de Tratamiento que hayan asistido a alguno de los talleres o conferencias en los últimos cinco años. De igual forma, la investigación detrás de los estándares se ha divulgado ampliamente al campo de los Tribunales de Tratamiento a través de presentaciones en conferencias, seminarios en línea, fichas técnicas y la publicación académica de NDCI, el *Drug Court Review* (Marlowe, 2012). Este documento no es más que el primero de su tipo en compilar y sintetizar dicha investigación en recomendaciones de prácticas concretas y cuantificables.

Alcance

Los estándares aquí descritos no abordan cada una de las prácticas realizadas por los Tribunales de Tratamiento. A menos de que exista evidencia convincente y confiable que demuestre que una práctica mejora de forma significativa los resultados, no se incorporará como estándar de mejores prácticas. Sin embargo, lo anterior no sugiere que las prácticas omitidas fueron consideradas de poca o menos importancia que las prácticas que sí fueron incluidas. Las prácticas omitidas no cumplen actualmente con el nivel de investigación requerido por el comité para imponerlas como una obligación afirmativa en las operaciones del campo profesional. Se irán agregando nuevas prácticas a los estándares conforme se vayan completando los estudios adicionales.

Estos estándares se desarrollaron específicamente para Tribunales de Tratamiento para Adultos. Lo cual no sugiere que dichos tribunales sean más efectivos o mejor valorados que otro tipo de tribunales en materia de adicciones, tales como los juveniles, los casos de conducir bajo los efectos de alcohol y/o drogas (DWI), los familiares o de tratamiento de veteranos. Los Tribunales de Tratamiento para Adultos simplemente cuentan con mucha más investigación que los respalda, más de la que que respalda a otro tipo de tribunales de resolución de conflictos. En cuanto exista

un cuerpo de investigación suficiente que identifique las mejores prácticas para otros programas judiciales, la NADCP también emitirá los estándares de mejores prácticas para dichos programas.

El presente documento es la primera de dos partes, el cual contiene los estándares de mejores prácticas relacionados con los siguientes cinco temas:

- I. Población Objetivo
- II. Equidad e Inclusión
- III. Funciones y Responsabilidades del Juez
- IV. Incentivos, Sanciones y Ajustes Terapéuticos
- V. Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias

El Volumen II—programado para salir a mediados de 2014—contendrá de cinco a siete estándares adicionales enfocados en pruebas de detección de drogas y alcohol, servicios complementarios, censos y carga de trabajo, funcionamiento de equipos, capacitación profesional, investigación y evaluación.

El Estándar I comienza por abordar a la población objetivo apropiada para un Tribunal de Tratamiento. Es esencial reconocer que cada estándar subsiguiente da por hecho que el Tribunal de Tratamiento está trabajando con este tipo de participantes. Si esta precondition no se cumple, es posible entonces que los estándares siguientes no apliquen. No es posible recomendar una línea de acción para un Tribunal de Tratamiento hasta que se haya definido cuidadosamente la población participante.

Aspiracional y Obligatorio

Los términos *mejores prácticas* y *estándares* rara vez se utilizan juntos. Las mejores prácticas son aspiracionales, mientras que los estándares son obligatorios y ejecutables. De tal forma que muchas profesiones prefieren utilizar términos como *lineamientos* o *principios* para permitir cierta libertad en la interpretación y aplicación de las prácticas indicadas (ejemplo, Asociación Americana de Psicología, 2013). Algunas otras profesiones se han enfocado en hacer cumplir estándares mínimos para alguna práctica competente en lugar de definir las mejores prácticas para el campo profesional. En otras palabras, se han enfocado en definir el límite inferior de prácticas aceptables en lugar de definir el límite superior de prácticas óptimas.

La NADCP ha decidido combinar el lenguaje aspiracional y obligatorio, puesto que las mejores prácticas pueden ser ambiciosas por el momento, pero se espera que sean obligatorias y ejecutables dentro de un periodo de tiempo razonable. Una vez que las mejores prácticas se hayan definido claramente, se asume que los Tribunales de Tratamiento conducirán sus actividades de forma correspondiente. El tiempo que tome aplicarlos dependerá del estándar. Los Tribunales de Tratamiento deberán ser capaces de cumplir con algunos estándares en unos cuantos meses, si no es que ya lo hacen. Sin embargo, la implementación de ciertos estándares podrá requerir de tres a cinco años.

Conclusión

En esta era de recursos públicos reducidos y una demanda acelerada de alternativas al encarcelamiento enfocadas en la comunidad, ¿por qué agregaría la NADCP mayores responsabilidades a los Tribunales de Tratamiento para mejorar sus servicios y operaciones? ¿No debería la NADCP enfocarse mejor en atender a cada vez más imputados con menos recursos?

La verdad es que los Tribunales de Tratamiento siempre se han autoimpuesto exigencias excesivas. Dichos tribunales, no satisfechos con la forma de trabajar, actual e histórica, comenzaron a expandir su visión y rediseñaron el sistema de justicia penal. Dejaron de lado los paradigmas anteriores y cambiaron el lenguaje de la reforma judicial. Algunos términos obsoletos como *rendición de cuentas* fueron rediseñados y reconceptualizados. De igual forma, se introdujeron términos como *jurisprudencia terapéutica*[†] y *comportamientos proximales* al léxico de la justicia penal. Se podría decir que las altas expectativas de los Tribunales de Tratamiento son una práctica común.

Los estándares de mejores prácticas reflejan el conocimiento que se ha conseguido con esfuerzo durante casi un cuarto de siglo de trabajo arduo en el campo de los Tribunales de Tratamiento. A medida que más programas se van activando, los Tribunales de Tratamiento deberán aprovechar su memoria institucional y evitar tener que aprender lecciones dolorosas del pasado. Los Tribunales de Tratamiento no pueden permitir que nuevos programas se alejen de o diluyan los poderosos efectos del modelo original. El costo de pertenecer al campo de los Tribunales de Tratamiento es la excelencia.

El propósito de estos Estándares de Mejores Prácticas no es limitar la creatividad o castigar la diversidad. Más bien, la meta es proporcionar educación y dirección a un campo profesional en madurez, lo cual es algo que la NADCP siempre ha hecho para el beneficio de los profesionales, participantes y comunidades vinculadas a los Tribunales de Tratamiento.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2013). Guidelines for psychological practice in health care delivery systems. *American Psychologist*, 68(1), 1–6.
- 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*, 8(1), 6–42.
- Downey, P.M., & Roman, J.K. (2010). *A Bayesian meta-analysis of drug court cost-effectiveness*. Washington, DC: The Urban Institute.
- Gutierrez, L., & Bourgon, G. (2012). Drug treatment courts: A quantitative review of study and treatment quality. *Justice Research & Policy*, 14(2), 47–77.
- Marlowe, D.B. (2010). *Putting meat on the bones of the 10 Key Components*. *ALLRISE Magazine*, 2(2), 12.
- Marlowe, D.B. (Ed.) (2012). Special Issue on Best Practices in Drug Courts. *Drug Court Review*, 8(1).

[†] Nota de los traductores: el término “jurisprudencia terapéutica” deriva de la frase en inglés “therapeutic jurisprudence”, concebida por el académico David B. Wexler. En español, la frase también podría ser traducida como “justicia terapéutica”, por referirse más al tema de las modalidades de la justicia terapéutica en general y no específicamente al cuerpo de fallos jurídicos de una determinada jurisdicción. No obstante, para evitar confusión, en esta obra la frase se ha traducida en “jurisprudencia terapéutica”.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO
DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

- National Association of Drug Court Professionals (1997). *Defining drug courts: The key components* (NCJ No. 205621). Washington, DC: Author.
- Office of National Drug Control Policy. (2012). *National drug control strategy, 2012*. Washington, DC: Author. Disponible en http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/2012_ndcs.pdf.
- Shaffer, D.K. (2010). Looking inside the black box of drug courts: A meta-analytic review. *Justice Quarterly*, 28(3), 493–521.
- Zweig, J.M., Lindquist, C., Downey, P.M., Roman, J., & Rossman, S.B. (2012). Drug court policies and practices: How program implementation affects offender substance use and criminal behavior outcomes. *Drug Court Review*, 8(1), 43–79.

I. POBLACIÓN OBJETIVO

Los criterios de elegibilidad y exclusión de los Tribunales de Tratamiento están basados en evidencia empírica que indica qué tipo de imputados pueden ser tratados de forma segura y efectiva en un Tribunal de Tratamiento. Se evalúa a los candidatos utilizando herramientas y procedimientos basados en la evidencia.

- A. Criterios Objetivos de Elegibilidad y Exclusión
- B. Participantes de Alto Riesgo y Alta Necesidad
- C. Evaluaciones de Elegibilidad Validadas
- D. Descalificaciones por Antecedentes Penales / Historial Delictivo
- E. Descalificaciones por Condición Clínica

A. Criterios Objetivos de Elegibilidad y Exclusión

Los criterios de elegibilidad y exclusión se definen de forma objetiva, por escrito, y se comunican a las partes interesadas incluyendo a jueces, agencias policiales, abogados defensores, fiscales, profesionales de tratamiento y oficiales de supervisión comunitaria. El equipo del Tribunal de Tratamiento no aplicará criterios subjetivos o percepciones personales para determinar la idoneidad de un participante para el programa.

B. Participantes de Alto Riesgo y Alta Necesidad

Los Tribunales de Tratamiento están enfocados en la admisión de imputados que tengan alguna adicción¹ a drogas ilícitas² o al alcohol y se encuentren en riesgo sustancial de reincidir o de incumplir una disposición legal menos intensiva, tal como libertad condicional o supervisión previa al juicio.[†] Dichas personas comúnmente reciben el nombre de imputados de alto riesgo y alta necesidad. En caso de que un Tribunal de Tratamiento sea incapaz de enfocar sus esfuerzos sólo en imputados de alto riesgo y alta

¹ La terminología diagnóstica está en flujo a la luz de cambios recientes en la 5ta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales* (DSM-5). Los términos *adicción* y *trastorno severo por uso de sustancias* se encuentran definidos en este documento en concordancia la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones (ASAM, por sus siglas en inglés), la cual se enfoca en la compulsión de usar o la incapacidad de abstenerse del alcohol u otras drogas: “La adicción es un trastorno médico crónico y recurrente que es tratable e involucra vinculaciones complejas entre circuitos cerebrales, genética, entornos ambientales y experiencias particulares de cada persona. Las personas que sufren de adicciones utilizan sustancias nocivas o se involucran en comportamientos compulsivos que, aunque dañinos siguen siendo parte de su vida cotidiana. La intervención preventiva y tratamientos para las adicciones son generalmente igual de exitosos como tratamientos para otras enfermedades crónicas”. Disponible en <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>. [Nota de los traductores: la definición proporcionada por ASAM ha cambiado desde la publicación de la versión en inglés de estos manuales. Aquí se utiliza la definición actualizada y no una traducción de la definición anterior.]

² Las drogas ilícitas incluyen medicamentos de prescripción adictivos o embriagantes que se consumen para un propósito no prescrito o no indicado médicamente.

[†] Nota de los traductores: en inglés, la “supervisión previa al juicio” se refiere a “pretrial supervision”, esto es, una especie de monitoreo, ordenado por el juez, de un imputado que se queda en libertad durante la fase previa al juicio. Bajo los términos de la orden judicial decretando la supervisión previa al juicio el imputado puede ser obligado de, por ejemplo, tener contacto periódico con un oficial judicial, no poseer armas, no consumir sustancias psicoactivas, etc. Por lo tanto, es un concepto distinto del de la suspensión condicional del proceso.

necesidad, el programa desarrollará caminos alternativos con servicios modificados para satisfacer los niveles de riesgo y necesidad de sus participantes. En caso de que un Tribunal de Tratamiento desarrolle dichos caminos alternativos, no deberá mezclar a participantes con diferentes niveles de riesgo y necesidad en el mismo grupo de apoyo, ambiente de tratamiento residencial o alojamiento.

C. Evaluaciones de Elegibilidad Validadas

La elegibilidad de los candidatos para un Tribunal de Tratamiento se determinará a través de herramientas de evaluación clínica y de riesgo. Se ha demostrado de forma empírica que la herramienta de evaluación de riesgo puede predecir la reincidencia delictiva o el incumplimiento a la supervisión comunitaria, y lo logra de forma equivalente con mujeres y grupos minoritarios raciales o étnicos representados en la población de imputados. La herramienta de evaluación clínica valora los síntomas para el diagnóstico formal relacionado con el trastorno por uso de sustancias o adicciones severas. Los evaluadores deberán estar capacitados y ser competentes en la aplicación de dichas herramientas y en la interpretación de los resultados.

D. Descalificaciones por Antecedentes Penales / Historial Delictivo

Algunos delitos actuales o pasados pueden ser motivo de descalificación del programa en un Tribunal de Tratamiento si la evidencia empírica demuestra que imputados con dichos antecedentes no pueden ser atendidos de forma segura o efectiva. Salvo que existan prohibiciones legales, aquellos imputados por tráfico de drogas o con historial violento no serán automáticamente excluidos de participar en un Tribunal de Tratamiento.

E. Descalificaciones por Condición Clínica

En caso de haber tratamiento adecuado disponible, los candidatos con alguna condición mental o médica, con una prescripción legal de psicotrópicos o con una adicción a un medicamento no serán descalificados de participar en un Tribunal de Tratamiento.

COMENTARIOS

A. Criterios Objetivos de Elegibilidad y Exclusión

Los estudios han demostrado que el proceso de admisión a muchos Tribunales de Tratamiento incluye criterios de selección informales o subjetivos, varias barreras de entrada y numerosas oportunidades para que los candidatos sean rechazados de los programas (Belenko et al., 2011). De tal forma que remover las restricciones de elegibilidad subjetivas y aplicar criterios de selección con base en evidencia aumenta significativamente la efectividad y rentabilidad de los Tribunales de Tratamiento al permitirles atender a la población objetivo más adecuada (Bhati et al., 2008; Sevigny et al., 2013).

Algunos Tribunales de Tratamiento examinan la *idoneidad* de sus candidatos con base en las impresiones subjetivas del equipo con respecto a la motivación que demuestra el imputado de cambiar su vida o la disposición de seguir el tratamiento. Se ha demostrado que las evaluaciones de idoneidad no tienen ningún impacto en las tasas de graduación o reincidencia posterior al programa (Carey & Perkins, 2008; Rossman et al., 2011). Debido a que dichas evaluaciones tienen el potencial de excluir a personas de los Tribunales de Tratamiento por razones empíricamente no válidas, se deben evitar las determinaciones subjetivas de idoneidad.

B. Participantes de Alto Riesgo y Alta Necesidad

Existe un conjunto sustancial de investigaciones que indican cuáles son los tipos de imputados con la mayor necesidad de intervenciones mencionadas en los *10 Componentes Clave de los Tribunales de Tratamiento* (NADCP, 1997). Se trata de aquellos imputados que (1) sean adictos o dependientes a drogas ilegales o alcohol y (2) se encuentren en alto riesgo de reincidencia delictiva o de incumplir con disposiciones de rehabilitación menos intensivas. Los Tribunales de Tratamiento que enfocan sus esfuerzos en dichas personas—conocidos como imputados de alto riesgo/alta necesidad—logran reducir los delitos casi a la mitad en comparación con aquellos tribunales que trabajan con imputados de menor riesgo (Cissner et al., 2013; Fielding et al., 2002; Lowenkamp et al., 2005) y obtienen aproximadamente el 50% en reducción de costos para sus comunidades (Bhati et al., 2008; Carey et al., 2008, 2012; Downey & Roman, 2010).

Es posible que no siempre sea viable que los Tribunales de Tratamiento se enfoquen en los imputados de alto riesgo/alta necesidad. Algunos tribunales tal vez deban comenzar a tratar a imputados con menor nivel de riesgo y luego decidan expandir sus criterios de elegibilidad, tras demostrar la seguridad y efectividad de sus programas para poder ganar la cooperación de fiscales y otras partes involucradas. Adicionalmente, es posible que algunos Tribunales de Tratamiento no tengan autorización estatutaria o recursos adecuados para dar tratamiento a imputados de alto riesgo/alta necesidad. En estas circunstancias, las investigaciones indican que los programas deberán modificar sus servicios para proporcionar una supervisión de menor intensidad, tratamiento para el trastorno por uso de sustancias, o ambos. De lo contrario, el programa podría estar desperdiciando recursos o empeorando el resultado para algunos de los participantes (Lowenkamp & Latessa, 2004). Proporcionar tratamiento para el trastorno por uso de sustancias a usuarios no adictos a sustancias puede conducir a tasas más altas de reincidencia, mayor uso de sustancias o una probabilidad más alta de que dichas personas se vuelvan adictos (Lovins et al., 2007; Lowenkamp & Latessa, 2005; Szalavitz, 2010; Wexler et al., 2004). De igual forma, mezclar a participantes con diferentes niveles de riesgo y necesidad en grupos de tratamiento o residenciales puede empeorar los resultados de los participantes de bajo riesgo o baja necesidad al exponerlos con compañeros antisociales o al interferir en su participación en actividades productivas laborales o escolares (DeMatteo et al., 2006; Lowenkamp & Latessa, 2004; McCord, 2003; Petrosino et al., 2000). Una publicación gratuita de la NDCI proporciona recomendaciones basadas en evidencia para el desarrollo de vías alternas en Tribunales de Tratamiento para participantes de bajo riesgo y baja necesidad.³

Algunas evidencias sugieren que los Tribunales de Tratamiento pueden obtener mejores resultados si separan los participantes con base en si ya han sido condenados o no, en vez de mezclar las dos poblaciones (Shaffer, 2006). Algunos otros estudios no han encontrado diferencias en los resultados sin importar si dichas poblaciones reciben el tratamiento juntas o por separado (Carey et al., 2012). Sería prematuro concluir si es apropiado mezclar las poblaciones pre y post sentencia en los Tribunales de Tratamiento. Sin embargo, los tribunales deben estar al tanto del hecho de que las poblaciones pueden variar significativamente en términos de niveles de riesgo y necesidad. Dichas poblaciones con necesidades distintas o con predisposiciones delictivas diferentes no deberán tratarse en los mismos grupos de apoyo ni en las mismas instalaciones residenciales.

C. Evaluaciones de Elegibilidad Validadas

Las herramientas estandarizadas de evaluación son significativamente más confiables y válidas que la opinión profesional para predecir el éxito en la supervisión penitenciaria y para asignar a los imputados con el tratamiento y servicios de supervisión correspondientes (Andrews et al., 2006; Miller & Shutt, 2001; Wormith & Goldstone, 1984). Los Tribunales de Tratamiento que utilizan las herramientas estandarizadas de evaluación para determinar la elegibilidad de sus candidatos, obtienen mucho mejores resultados que aquellos tribunales que no los utilizan (Shaffer, 2010).

Las evaluaciones de elegibilidad deberán realizarse tanto en temas de riesgo como de necesidad de los imputados para poder colocarlos en los niveles apropiados de supervisión judicial y servicios de tratamiento (Andrews & Bonta, 2010; Casey et al., 2011; Marlowe, 2009). La mayoría de las herramientas de revisión

³ Alternative Tracks in Adult Drug Courts: Matching Your Program to the Needs of Your Clients. *Disponible en* <http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/AlternativeTracksInAdultDrugCourts.pdf>.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

de uso de sustancias son insuficientes para este propósito, puesto que no distinguen de forma precisa los casos de uso de sustancias o adicciones más severos de los menos severos (Greenfield & Hennessy, 2008; Stewart, 2009). Por lo general, se requiere de una entrevista psiquiátrica estructurada para poder realizar un diagnóstico válido de trastorno severo por uso de sustancias o adicción y de esta forma asegurarse de que el Tribunal de Tratamiento esté trabajando con la población objetivo. El Apéndice A proporciona más información en cuanto a cómo obtener herramientas de evaluación de riesgos y necesidades que hayan sido validadas para uso en el sistema de justicia penal.

D. Descalificaciones por Antecedentes Penales / Historial Delictivo

Algunos Tribunales de Tratamiento trabajan sólo con personas imputadas por posesión de drogas o deciden descalificar a los candidatos con alguna acusación o historial de delitos graves. Sin embargo, las investigaciones han revelado que los Tribunales de Tratamiento obtienen casi el doble de ahorro cuando trabajan con personas con adicciones imputados por robo o delitos de propiedad (Carey et al., 2008, 2012). Los Tribunales de Tratamiento que sólo trabajaron los casos de posesión de drogas, normalmente reducen el número de delitos que no involucran altos costos de victimización o encarcelamiento, tales como hurto, posesión de drogas, allanamiento e infracciones de tránsito (Downey & Roman, 2010). Como resultado, no se recuperó la inversión de los programas debido al bajo nivel de ahorro que se logra de una reincidencia reducida. Los Tribunales de Tratamiento más rentables enfocan sus esfuerzos en reducir los delitos serios, los cuales son más costosos para las comunidades.

Se han reportado diversos resultados relacionados con imputados violentos. Varios estudios han encontrado que los participantes que han sido imputados por delitos violentos o han tenido un historial de violencia, se desempeñan tan bien o mejor que los participantes no violentos en los Tribunales de Tratamiento (Carey et al., 2008, 2012; Saum & Hiller, 2008; Saum et al., 2001). Sin embargo, dos meta análisis han reportado efectos significativamente menores en Tribunales de Tratamiento que admitieron imputados violentos (Mitchell et al., 2012; Shaffer, 2010). La explicación más factible para esta discrepancia es que posiblemente algunos Tribunales de Tratamiento no proporcionaron los servicios adecuados para atender el nivel de riesgo y necesidades de dichos imputados violentos. Si existe el tratamiento y la supervisión adecuada disponible, no hay justificación empírica para excluir de forma habitual la participación de imputados violentos en los tribunales.

A pesar de que la investigación es escasa en este punto, no parece haber justificación real para excluir de forma rutinaria la participación de personas imputadas por tráfico de drogas en los Tribunales de Tratamiento, suponiendo que también son adictos a alguna sustancia. La evidencia sugiere que dichas personas pueden desempeñarse tan bien (Marlowe et al., 2008) o incluso mejor (Cissner et al., 2013) que otros participantes de programas de Tribunales de Tratamiento. Un factor importante a considerar en estos casos es si el imputado traficaba drogas para sostener su adicción o sólo lo hacía por ganancia financiera. Si dicha persona utilizaba el tráfico de drogas para sostener una adicción, podría ser un buen candidato para un Tribunal de Tratamiento.

E. Descalificaciones por Condición Clínica

Existen casos de apelación en algunas jurisdicciones que le permiten a los Tribunales de Tratamiento excluir a imputados que requieran servicios psiquiátricos o médicos más intensivos de lo que el programa es capaz de proporcionar (Meyer, 2011). Sin embargo, suponiendo que haya servicios adecuados disponibles, no existe justificación empírica que sugiera que deba excluirse de los Tribunales de Tratamiento a imputados adictos con una condición paralela de salud mental o problemas médicos. Un estudio nacional realizado en veintitrés Tribunales de Tratamiento, conocido como la Evaluación Multisitio de Tribunales de Tratamiento para Adultos (MADCE), encontró que los Tribunales de Tratamiento son igualmente efectivos para una amplia variedad de participantes sin importar sus condiciones de salud mental (Rempel et al., 2012; Zweig et al., 2012). Un estudio adicional realizado aproximadamente a setenta Tribunales de Tratamiento encontró que los programas que excluían a imputados con problemas mentales serios resultaron ser significativamente menos rentables y no tuvieron un mejor impacto en los niveles de reincidencia que aquellos tribunales que no excluyeron a dichas personas (Carey et al., 2012). Debido a que es más probable que los imputados con problemas mentales entren y salgan constantemente del sistema de justicia penal, que utilicen salas de emergencia y recursos de manejo de crisis, trabajar con estas personas a través de los Tribunales de

POBLACIÓN OBJETIVO

Tratamiento (suponiendo que tienen una adicción y un riesgo elevado de incumplimiento) tiene el potencial de reducir costos sustancialmente (Rossman et al., 2012; Skeem et al., 2011).

Debido a que no se revelaron los diagnósticos psiquiátricos, no queda claro qué tan severos eran los problemas de salud mental en los estudios mencionados anteriormente. Ahora bien, un Tribunal de Salud Mental o un Tribunal de Desórdenes Concurrentes o cualquier otro programa psiquiátrico especializado pueden ser una mejor opción para dar tratamiento a una persona que padezca un desorden psiquiátrico importante, tales como psicosis o bipolaridad. Sin embargo, las investigaciones no dan una indicación clara en cuanto a cómo tomar dicha determinación. La mejor forma de proceder es analizar cuidadosamente a los candidatos imputados desde el punto de vista de riesgo y necesidad, y posteriormente canalizarlos al programa que mejor cubra dichas necesidades y que esté disponible en su comunidad. No es justificable excluir de forma generalizada a los imputados adictos a sustancias que padezcan de problemas de salud mental.

Finalmente, diversos estudios controlados han reportado resultados significativamente mejores cuando los imputados adictos a sustancias reciben tratamientos de asistencia médica, incluyendo medicamentos con antagonistas opiáceos (ejemplo, naltrexona), medicamentos con agonistas opiáceos (ejemplo, metadona) y medicamentos agonistas parciales (ejemplo, buprenorfina) (Chandler et al., 2009; Finigan et al., 2011; National Institute of Drug Abuse, 2006). Por lo tanto, una prescripción válida de tales medicamentos no deberá utilizarse como fundamento generalizado de exclusión de un Tribunal de Tratamiento (Parrino, 2002). Una resolución unánime de la Junta de Directores de NADCP⁴ establece que los Tribunales de Tratamiento deberán realizar una investigación con base en hechos para determinar cuándo y bajo qué circunstancias se deberá permitir el uso de tratamientos de asistencia médica. Dicha investigación deberá ser guiada en gran parte por médicos con experiencia en psiquiatría o tratamiento de adicciones [ver Estándar V, Tratamiento para el Trastorno por Uso de Sustancias].

REFERENCIAS

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: Anderson.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 52(1), 7–27.
- Belenko, S., Fabrikant, N., & Wolff, N. (2011). The long road to treatment: Models of screening and admission into Drug Courts. *Criminal Justice & Behavior*, 38(12), 1222–1243.
- 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: Urban Institute.
- 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, OR: NPC Research. Disponible en http://www.npcresearch.com/Files/NIJ_Cross-site_Final_Report_0308.pdf.
- 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*, 8(1), 6–42.
- Carey, S.M., & Perkins, T. (2008). *Methamphetamine users in Missouri Drug Courts: Program elements associated with success* (Final report). Submitted to the Missouri Office of the State Court Administrator.
- Casey, P.M., Warren, R.K., & Elek, J.K. (2011). *Using offender risk and needs assessment information at sentencing*. Williamsburg, VA: National Center for State Courts. Disponible en <http://ncsc.contentdm.oclc.org/cgi-bin/showfile.exe?CISOROOT=/criminal&CISOPTR=196>.
- 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*, 301, (2) 183–190.

⁴ Disponible en <http://www.nadcp.org/sites/default/files/nadcp/NADCP%20Board%20Statement%20on%20MAT.pdf>.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

- Cissner, A., Rempel, M., Franklin, A.W., Roman, J.K., Bieler, S., Cohen, R., & Cadoret, C.R. (2013, March). *A statewide evaluation of New York's adult drug courts: Testing which policies work best*. Paper presented at the New York Association of Drug Treatment Court Professionals Training. *Disponible en* <http://www.nyadtcp.org/userfiles/file/presentation/The%202012%20New%20York%20State%20Drug%20Court%20Evaluation.pdf>.
- 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*, 52(1), 114–134.
- Downey, P.M., & Roman, J.K. (2010). *A Bayesian meta-analysis of drug court cost-effectiveness*. Washington, DC: Urban Institute.
- 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*, 23(3), 217–224.
- Finigan, M.W., Perkins, T., Zold-Kilbourn, P., Parks, J., & Stringer, M. (2011). Preliminary evaluation of extended-release naltrexone in Michigan and Missouri drug courts. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(3), 288–293.
- Greenfield, S.F., & Hennessy, G. (2008). Assessment of the patient. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (4th ed., pp. 55–78). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- 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*, 23(4), 383–398.
- Lowenkamp, C.T., Holsinger, A.M., & Latessa, E.J. (2005). Are drug courts effective: A meta-analytic review. *Journal of Community Corrections*, 15(1), 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, 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*, 4(2), 263–290.
- Marlowe, D.B. (2009). Evidence-based sentencing for drug offenders: An analysis of prognostic risks and criminogenic needs. *Chapman Journal of Criminal Justice*, 1(1), 167–201.
- 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 preadjudication drug court. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41(4), 565–577.
- McCord, J. (2003). Cures that harm: Unanticipated outcomes of crime prevention programs. *Annals of the American Academy of Political & Social Science*, 587(1), 16–30.
- Meyer, W.G. (2011). Constitutional and legal issues in drug courts. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 159–180). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. *Disponible en* http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf.
- Miller, J.M., & Shutt, J.E. (2001). Considering the need for empirically grounded drug court screening mechanisms. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 91–106.
- Mitchell, O., Wilson, D.B., Eggers, A., & MacKenzie, D.L. (2012). Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: A meta-analytic review of traditional and nontraditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*, 40(1), 60–71.
- National Association of Drug Court Professionals (1997). *Defining drug courts: The key components* (NCJ No. 205621). Washington, DC: Author.
- National Institute on Drug Abuse. (2006). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations* [NIH Pub. No. 065316]. Bethesda, MD: Author.
- Parrino, M.W. & McNicholas, L. (2002). Methadone maintenance and other pharmacotherapeutic interventions in the treatment of opioid dependence. *NDCI Drug Court Practitioner Fact Sheet* 3(1), 1–4.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., & Finckenauer, J.O. (2000). Well-meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments of programs such as Scared Straight. *Crime & Delinquency*, 46(3), 354–379.
- Rempel, M., Green, M., & Kralstein, D. (2012). The impact of adult drug courts on crime and incarceration. *Journal of Experimental Criminology*, 8(3), 165–192.
- Rossmann, S.B., Rempel, M., Roman, J.K., Zweig, J.M., Lindquist, C.H., Green, M., Downey, P.M., Yahner, J., Bhati, A.S., & Farole, D.J. (2011). *The multisite adult drug court evaluation: The impact of drug courts, vol. 4*. Washington, DC: Urban Institute Justice Policy Center. *Disponible en* <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/237112.pdf>.
- Rossmann, S.B., Willison, J.B., Mallik-Kane, K., Kim, K., Debus-Sherrill, S., & Downey, P.M. (2012). *Criminal justice interventions for offenders with mental illness: Evaluation of mental health courts in Bronx and Brooklyn, New York*. Washington, DC: Urban Institute.

POBLACIÓN OBJETIVO

- 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*, 33(3), 291–307.
- Saum, C.A., Scarpitti, F.R., & Robbins, C.A. (2001). Violent offenders in drug court. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 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 & Social Science*, 647, 190-212.
- Shaffer, D.K. (2006). Reconsidering drug court effectiveness: A meta-analytic review (Doctoral dissertation, University of Cincinnati, 2006). *Dissertation Abstracts International*, 67, 09A (AAT No. 3231113).
- Shaffer, D.K. (2010). Looking inside the black box of drug courts: A meta-analytic review. *Justice Quarterly*, 28(3), 493–521.
- Skeem, J.J., Manchak, S., & Peterson, J.K. (2011). Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law & Human Behavior*, 35(2), 110–126.
- Stewart, S.H. (2009). Dependence and diagnosis. In P.M. Miller (Ed.), *Evidence-based addiction treatment* (pp. 77–88). New York: Elsevier.
- Szalavitz, M. (2010, July 16). Does teen drug rehab cure addiction or create it? *Time Magazine: On-Line*. Disponible en <http://time.com/time/printout/0,8816,2003160,00.html>.
- 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.
- Wormith, J.S., & Goldstone, C.S. (1984). The clinical and statistical prediction of recidivism. *Criminal Justice & Behavior*, 11(1), 3–34.
- Zweig, J.M., Lindquist, C., Downey, P.M., Roman, J., & Rossman, S.B. (2012). Drug court policies and practices: How program implementation affects offender substance use and criminal behavior outcomes. *Drug Court Review*, 8(1), 43–79.

II. EQUIDAD E INCLUSIÓN

Aquellas personas que históricamente hayan sido sujetos de discriminación u oportunidades sociales reducidas debido a su raza, origen étnico (etnia), género, orientación sexual, identidad sexual, discapacidad física o mental, religión o estatus socioeconómico, recibirán las mismas oportunidades que todos los demás para participar y beneficiarse de los programas de los Tribunales de Tratamiento.

- A. Acceso Equivalente**
- B. Permanencia Equivalente**
- C. Tratamiento Equivalente**
- D. Incentivos y Sanciones Equivalentes**
- E. Disposiciones Equivalentes**
- F. Capacitación del Equipo**

A. Acceso Equivalente

Los criterios de elegibilidad para los Tribunales de Tratamiento son no discriminatorios en su intención e impacto. En caso de que un requerimiento de elegibilidad tenga el efecto no intencional de restringir el acceso de forma diferencial a miembros de un grupo que, históricamente, hayan sido sujetos de discriminación, dicho requerimiento deberá ajustarse para aumentar la representación de tales personas, a menos de que al hacerlo se ponga en peligro la seguridad pública o la efectividad del Tribunal. Las herramientas de evaluación para determinar la elegibilidad de los candidatos son válidas para utilizarse hacia miembros de grupos históricamente discriminados y que se encuentren representados en la población de detenidos correspondiente.

B. Permanencia Equivalente

Los Tribunales de Tratamiento deberán monitorear de forma regular si miembros de grupos históricamente discriminados están completando el programa a tasas equivalentes a las de otros participantes. En caso de que las tasas de conclusión sean significativamente menores para miembros de dichos grupos, el Tribunal de Tratamiento deberá investigar las razones detrás de tal disparidad, desarrollará un plan de acción correctiva y evaluará el éxito de dichas acciones.

C. Tratamiento Equivalente

Los miembros de grupos históricamente discriminados recibirán el mismo nivel de cuidado y calidad de tratamiento que otros participantes con necesidades clínicas equiparables. El Tribunal de Tratamiento proporcionará atención con base en evidencia que sea efectiva para miembros de grupos históricamente discriminados que se encuentren representados en la población del tribunal.

D. Incentivos y Sanciones Equivalentes

Los miembros de grupos históricamente discriminados recibirán los mismos incentivos y sanciones que otros participantes por logros o infracciones equiparables, con excepción de cuando sea necesario proteger a algún participante de sufrir algún daño. El Tribunal de Tratamiento monitoreará de forma regular la aplicación de incentivos y sanciones para asegurarse de que sean equivalentes con todos los participantes.

E. Disposiciones Equivalentes

Los miembros de grupos históricamente discriminados serán sujetos de las mismas disposiciones legales que otros participantes por concluir o no el programa del Tribunal de Tratamiento.

F. Capacitación del Equipo

Cada miembro del Tribunal de Tratamiento deberá asistir a los eventos de capacitación y actualización para reconocer sesgos culturales implícitos y corregir los impactos dispares hacia miembros de grupos históricamente discriminados.

COMENTARIOS

Los Tribunales de Tratamiento son ante todo tribunales y, por lo tanto, se aplicarán los principios fundamentales del debido proceso e igualdad de protección a sus funciones (Meyer, 2011). Estos tribunales tienen una obligación afirmativa, legal y ética de proporcionar acceso igualitario a sus servicios, así como trato equivalente para todos.

En junio de 2010, la Junta de Directores de la NADCP aprobó una resolución unánime (en lo sucesivo, resolución de minorías)⁵ instruyendo a los Tribunales de Tratamiento a examinar si existen disparidades injustas en sus programas con respecto a participantes minoritarios⁶ de grupos raciales o étnicos particulares. En caso de ser así, se instruye a los tribunales a tomar acciones correctivas razonables para eliminar dichas disparidades (NADCP, 2010). La resolución minoritaria coloca una obligación afirmativa a los Tribunales de Tratamiento a realizar un monitoreo continuo para asegurarse de que los participantes de minorías tengan acceso igualitario a los programas, reciban servicios equivalentes y terminen de forma exitosa los programas, a tasas equivalentes a las de la población no minoritaria. Adicionalmente, se instruye a los Tribunales de Tratamiento a utilizar herramientas de evaluación basadas en la evidencia e intervenciones clínicas que sean válidas y efectivas para ser utilizadas con minorías participantes y se solicita a los miembros del personal a asistir a eventos de capacitación y actualización para poder proporcionar servicios adecuados y culturalmente sensibles.

La resolución minoritaria de NADCP se enfoca en aquellos participantes pertenecientes a minorías étnicas y raciales por dos razones. Primero, porque dichos grupos son “clases sujetas a sospecha”[†] conforme al derecho constitucional y, por lo tanto, son sujetos de mayor escrutinio y protección por parte de los tribunales. Segundo, la mayor parte de la

⁵ Resolución de la Junta de Directores respecto al Tratamiento Igualitario para Participantes de Minorías Raciales y Étnicas en Tribunales de Tratamiento, *disponible en* <http://www.nadcp.org/sites/default/files/nadcp/NADCP%20Board%20Resolution%20-%20The%20Equivalent%20Treatment%20of%20Racial%20and%20Ethnic%20Minority%20Participants%20in%20Drug%20Courts%2006-01-10.pdf>.

⁶ El término *minoría* se refiere aquí a grupos de origen étnico o racial que históricamente se han encontrado como una minoría numérica dentro de la población de los Estados Unidos. Algunos de estos grupos étnicos o raciales constituyen actualmente la mayoría en ciertas comunidades y podrían estar cerca de ser una mayoría relativa dentro de la población estadounidense.

[†] Nota de los traductores: Una “clase sujeta a sospecha” (*suspect class*) en términos constitucionales estadounidenses es un grupo social vulnerable, en general clasificado por su etnicidad o género. El gobierno no puede discriminar con base en una tal clasificación sin una justificación especial.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

investigación respecto a impactos dispares en los Tribunales de Tratamiento se ha enfocado en personas afroamericanas, hispanas o latinas, debido a que existe suficiente representatividad de dichas poblaciones que les permita a los evaluadores realizar los estudios correspondientes por separado. Sin embargo, los mismos principios de imparcialidad fundamental aplican a todos los grupos que hayan experimentado periodos de discriminación constante u oportunidades sociales reducidas. Desde un punto de vista práctico, sólo se le puede exigir a los Tribunales de Tratamiento tomar acciones correctivas con base en características de participantes que sean fácilmente observables o que hayan sido informadas al Tribunal. Dichas características observables incluirán normalmente el género, raza u origen étnico del participante.

A. Acceso Equivalente

La evidencia sugiere que la población afroamericana, hispana o latina se encuentra subrepresentada en los Tribunales de Tratamiento de un 3% a 7%. Algunos estudios nacionales calculan que aproximadamente el 21% de los participantes en los Tribunales de Tratamiento son afroamericanos y un 10% hispanos o latinos (Bureau of Justice Assistance, 2012; Huddleston & Marlowe, 2011). Por otro lado, aproximadamente el 28% de detenidos e personas en libertad condicional son afroamericanos y cerca del 13% de personas en libertad condicional son hispanos o latinos. Se necesitan investigaciones adicionales para examinar la representación de otros grupos que hayan sido históricamente discriminados en los Tribunales de Tratamiento.

Algunos analistas sugieren que los criterios restrictivos de elegibilidad son parte de las causas posibles de la baja representación de ciertas minorías en los Tribunales de Tratamiento (Belenko et al., 2011; O'Hear, 2009). Por ejemplo, se ha sugerido que los afroamericanos o hispanos tienen mayor probabilidad (en comparación con la población caucásica) de tener antecedentes penales u otros registros en su historial delictivo que los descalifiquen de participar en un Tribunal de Tratamiento (National Association of Criminal Defense Lawyers [NACDL], 2009; O'Hear, 2009). A pesar de que no hay evidencia empírica que confirme esta hipótesis, los Tribunales de Tratamiento deben asegurarse que sus criterios de elegibilidad no excluyan a minorías innecesariamente o a miembros de grupos que han sido históricamente discriminados. En caso de que un criterio de elegibilidad tenga el impacto no intencional de restringir de forma diferenciada el acceso a los Tribunales de Tratamiento a dichas personas, se requieren entonces esfuerzos adicionales para justificar que tal criterio es necesario para que el programa alcance sus objetivos de efectividad o proteja la seguridad pública. Si fuera posible realizar ajustes menos restrictivos a algún requerimiento de elegibilidad para aumentar la representación de miembros de grupos históricamente discriminados, sin poner en peligro la seguridad pública o la eficacia del programa, entonces el Tribunal de Tratamiento está obligado a realizar dichos ajustes. A pesar de que cierto impacto discriminatorio no intencional no sea siempre objetable constitucionalmente (*Washington v. Davis*, 1976), es inconsistente de cualquier forma con las mejores prácticas de los Tribunales de Tratamiento y con la resolución de minorías de la NADCP.

Los Tribunales de Tratamiento no pueden suponer que herramientas de evaluación que utilizan para determinar la elegibilidad de los candidatos para los programas (los cuales son validados a menudo en grupos principalmente compuestos por hombres caucásicos) son válidos para ser utilizados con minorías, mujeres o miembros de otros subgrupos demográficos (Burlew et al., 2011; Huey & Polo, 2008). Ciertos estudios han encontrado que mujeres y minorías raciales o étnicas han interpretado de forma diferente las secciones de las pruebas en comparación con otros respondientes, lo cual hace que ciertas partes de las pruebas sean menos válidas, tanto para mujeres como para minorías (Carle, 2009; Perez & Wish, 2011; Wu et al., 2010). Por lo tanto, y en donde sea posible, los Tribunales de Tratamiento tienen la responsabilidad de seleccionar las herramientas que hayan sido validadas para su uso en las poblaciones históricamente discriminadas que se encuentren representadas en el programa. En caso de que dichas herramientas no existan, como mínimo el Tribunal de Tratamiento deberá solicitar retroalimentación de los participantes acerca de la claridad, relevancia y sensibilidad cultural de las herramientas en uso. Idealmente, el Tribunal de Tratamiento deberá contratar a un evaluador para que valide toda herramienta de forma empírica con los candidatos al programa.

La Biblioteca del Instituto para el Estudio del Abuso de Alcohol y Drogas de la Universidad de Washington posee un catálogo en línea de herramienta de análisis y evaluación en el tratamiento de trastornos por uso de

sustancias.⁷ Cada herramienta ofrece la opción de búsqueda de investigaciones que han examinado la validez y confiabilidad de los mismos entre mujeres y minorías raciales o étnicas.

B. Permanencia Equivalente

Numerosos estudios han reportado que un porcentaje significativamente menor de participantes afroamericanos o hispanos se han graduado de forma exitosa de algún Tribunal de Tratamiento en comparación con personas no-hispanas caucásicas (Finigan, 2009; Marlowe, 2013). En diversos estudios adicionales se revela que la discrepancia alcanza desde un 25% hasta un 40% (Belenko, 2001; Sechrest & Shicor, 2001; Wiest et al., 2007). Sin embargo, estos hallazgos no son universales. Un número pequeño, aunque creciente, de evaluaciones no ha encontrado diferencias en los resultados; o incluso ha encontrado resultados superiores con minorías raciales en contraste con personas caucásicas (Brown, 2011; Cissner et al., 2013; Fulkerson, 2012; Saum et al., 2001; Somers et al., 2012; Vito & Tewksbury, 1998). No obstante, parece ser que las personas afroamericanas tienen menos probabilidad de éxito en la mayoría de los Tribunales de Tratamiento en comparación con sus pares minoritarios no-raciales.

En la medida en la que dichas disparidades existan, la evidencia sugiere que es posible que no dependan de la raza o el origen étnico per se, sino que pueden ser explicadas por cargas sociales más amplias, las cuales a menudo son llevadas de forma desproporcionada por ciertas minorías, tal como menores oportunidades educativas o laborales, así como una mayor infiltración de cocaína en ciertas comunidades minoritarias (Belenko, 2001; Dannerbeck et al., 2006; Fosados, et al., 2007; Hartley & Phillips, 2001; Miller & Shutt, 2001). Cuando los evaluadores tomaron en cuenta estos factores de forma estadística, la influencia de raza u origen étnico desaparecía (Dannerbeck et al., 2006). Las entrevistas y grupos de estudio que se han realizado con participantes pertenecientes a minorías raciales sugieren que es posible que los Tribunales de Tratamiento no estén poniendo suficiente atención a los problemas laborales y educativos que experimentan de forma desproporcionada los participantes minoritarios (Cresswell & Deschenes, 2001; DeVall & Lanier, 2012; Gallagher, 2013; Leukefeld et al., 2007).

Dichos hallazgos le exigen a los Tribunales de Tratamiento determinar si las minorías raciales, étnicas o miembros de otros grupos históricamente discriminados, están obteniendo peores resultados en los programas en comparación con el resto de los participantes y a investigar y solucionar cualquier disparidad detectada. Una estrategia de bajo costo y efectiva es hacer una encuesta confidencial a los participantes y personal acerca de sus percepciones sobre trato y resultados inequitativos del programa (Casey et al., 2012; Sentencing Project, 2008). Aquellos programas que de forma continua solicitan retroalimentación acerca de su desempeño en áreas de competencia y sensibilidad cultural aprenden formas creativas de atender las necesidades de sus participantes y logran mejores resultados (Szapocznik et al., 2007). Adicionalmente, se anima a los Tribunales de Tratamiento a contratar a evaluadores independientes para identificar de forma objetiva aquellas áreas que requieran mejoras con el fin de cubrir las necesidades de las minorías y de los miembros de grupos históricamente discriminados (Carey et al., 2012; Rubio et al., 2008).

C. Tratamiento Equivalente

En el sistema de justicia penal, las minorías raciales y étnicas reciben a menudo un tratamiento de menor calidad que los grupos no minoritarios (Brocato, 2013; Janku & Yan, 2009; Fosados et al., 2007; Guerrero et al., 2013; Huey & Polo, 2008; Lawson & Lawson, 2013; Marsh et al., 2009; Schmidt et al., 2006). Un ejemplo común para esta situación es el de la Propuesta 36 de California, la Ley de Prevención de Abuso de Sustancias y Delito, del año 2000, una iniciativa estatal enfocada en personas no violentas imputadas por posesión de drogas. Un análisis de varios años a la Propuesta 36 (Nicosia et al., 2012; Integrated Substance Abuse Programs, 2007) reveló que participantes hispanos tenían significativamente menos probabilidades que las personas caucásicas de ser asignadas a un tratamiento residencial por patrones similares de uso de sustancias. De igual forma, se encontró que los afroamericanos tienen menos probabilidades de recibir tratamiento de asistencia médica para adicciones. Hasta la fecha no hay estudios empíricos que demuestren que existen dichas disparidades en la calidad del tratamiento en estos tribunales. La resolución de minorías de la NADCP instruye a los Tribunales de Tratamiento a mantenerse al tanto de las diferencias potenciales en calidad o

⁷ Disponible en <http://lib.adai.washington.edu/instruments/>.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

intensidad de servicios proporcionados a los participantes minoritarios y a aplicar medidas correctivas donde sea necesario.

Los Tribunales de Tratamiento deberán también asegurarse de que los tratamientos que proporcionan en sus programas sean válidos y efectivos para miembros de grupos históricamente discriminados. Debido a que, a menudo, las mujeres y los grupos raciales minoritarios se encuentran subrepresentados en las pruebas clínicas para el tratamiento de adicciones; dichos tratamientos son menos benéficos para miembros de esos grupos (Burlew et al., 2011; Calsyn et al., 2009). La Administración de Servicios relacionados con Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) le da mantenimiento a un directorio en línea de tratamientos basados en evidencia llamado Registro Nacional de Programas y Prácticas basadas en Evidencia (NREPP). Es posible hacer búsquedas en el sitio web de NREPP para encontrar intervenciones específicas que hayan sido evaluadas por un número significativo de participantes de minorías étnicas y raciales, así como de mujeres y miembros de otros grupos históricamente discriminados.⁸

Existe un pequeño—aunque creciente—número de tratamientos que han sido personalizados para atender las necesidades específicas de mujeres y participantes de grupos minoritarios en los Tribunales de Tratamiento. Por ejemplo, en un estudio se observó que los resultados mejoraron significativamente con los participantes masculinos afroamericanos cuando una doctora afroamericana impartió la clase que abordaba los temas que dichos jóvenes enfrentan comúnmente, tales como estereotipos raciales negativos (Vito & Tewksbury, 1998). Hay un esfuerzo en marcha para examinar la intervención utilizada en dicho estudio—terapia de rehabilitación, empoderamiento y rendición de cuentas (HEAT)—para un estudio experimental controlado.

De igual forma, existe evidencia sustancial que demuestra que las mujeres—en especial aquellas con historial de trauma—se desempeñan significativamente mejor en grupos de tratamiento para trastornos por uso de sustancias que son específicos de género (Dannerbeck et al., 2002; Grella, 2008; Liang & Long, 2013; Powell et al., 2012). Se ha demostrado que dicho planteamiento con perspectiva de género mejora los resultados para participantes mujeres en los Tribunales de Tratamiento en al menos una prueba aleatoria de control (Messina et al., 2012). Existe también un estudio realizado en aproximadamente setenta Tribunales de Tratamiento que reveló que aquellos programas que ofrecen servicios con perspectiva de género reducen de forma significativa la reincidencia delictiva en comparación con los programas que no lo ofrecen (Carey et al., 2012).

Los estudios revelan que el éxito de los tratamientos adaptados culturalmente depende en gran medida de las habilidades y capacitación de los médicos que proporcionan dichos servicios (Castro et al., 2010; Hwang, 2006). A menos de que los médicos asistan a los talleres de capacitación integral y sean sujetos de supervisión constante en cuanto a qué tan competentes son sus intervenciones, será poco probable que los resultados mejoren en el caso de mujeres y minorías.

D. Incentivos y Sanciones Equivalentes

Algunos analistas han cuestionado si los participantes de minorías raciales o étnicas han sido sancionados en los Tribunales de Tratamiento de forma más severa que personas no minoritarias por infracciones equiparables. Existen observaciones anecdóticas que han sido citadas como apoyo de dicha preocupación (NACDL, 2009). De igual forma, hay participantes minoritarios en al menos un grupo de estudio que reportaron sentirse más propensos que otros participantes a ser ridiculizados o ser sujetos de burlas durante las sesiones (Gallagher, 2013). Sin embargo, no existe un estudio empírico que haya revelado esta situación. Al contrario, la poca investigación al respecto sugiere que los Tribunales de Tratamiento, así como otros tribunales de resolución de conflictos, parecen administrar sanciones de una forma imparcial sin importar el origen racial o étnico (Arabia et al., 2008; Callahan et al., 2013; Frazer, 2006; Guastaferrero & Daigle, 2012; Jeffries & Bond, 2012). Se necesita abundar de forma mucho más sistemática en el estudio de este importante tema y en un rango más representativo de los Tribunales de Tratamiento. La resolución de minorías de la NADCP coloca una obligación afirmativa sobre los Tribunales de Tratamiento para monitorear de forma continua que las sanciones y los incentivos se estén aplicando de forma equivalente para los participantes

⁸ NREPP, Buscar una intervención: <http://www.nrepp.samhsa.gov/AdvancedSearch.aspx>.

pertenecientes a minorías y, de igual forma, a tomar las medidas correctivas correspondientes en caso de encontrar discrepancias.

E. Disposiciones Equivalentes

De igual forma se han expresado preocupaciones respecto a que participantes pertenecientes a minorías étnicas y raciales estén siendo sentenciados de forma más severa que participantes no minoritarios por no concluir el programa del Tribunal de Tratamiento (Drug Policy Alliance, 2011; Justice Policy Institute, 2011; O’Hear, 2009). Éste es un tema de gran importancia debido a que—como se mencionó anteriormente—es posible que exista una mayor probabilidad de que personas minoritarias sean expulsadas de los programas del Tribunal de Tratamiento. A pesar de que dicho asunto aún no está confirmado, existe evidencia de al menos un estudio que sugiere que los participantes que fueron expulsados de un Tribunal de Tratamiento sí recibieron sentencias más severas de lo que tradicionalmente se adjudicaría a imputados con delitos equiparables (Bowers, 2008). No obstante, no existe evidencia que indique que dicha práctica impacte de forma diferenciada a minorías o a miembros de grupos históricamente discriminados. De hecho, un estudio en Australia reveló que en un Tribunal de Tratamiento los participantes de un grupo minoritario indígena tenían una probabilidad *menor* de ser sentenciados a prisión que personas no minoritarias (Jeffries & Bond, 2012). En cualquier caso, el debido proceso y la protección igualitaria requiere que los Tribunales de Tratamiento permanezcan alertas de la posibilidad de disparidad de sentencias en sus programas y que tomen las acciones correctivas correspondientes donde sea necesario.

F. Capacitación del Equipo

Uno de los predictores más importantes de resultados positivos en el tratamiento de trastorno por uso de sustancias con participantes de minorías raciales y étnicas es una actitud sensible, desde el punto de vista cultural por parte del personal que imparte el tratamiento, especialmente los gerentes y supervisores (Ely & Thomas, 2001; Guerrero, 2010). Cuando el personal administrativo valora la diversidad y respeta los antecedentes culturales de sus clientes, estos logran una permanencia significativamente mayor en el tratamiento y los servicios se proporcionan de forma más eficiente (Guerrero & Andrews, 2011). La capacitación con perspectiva cultural puede incrementar la convicción de los asesores y supervisores sobre la importancia de la diversidad y de la necesidad de entender los antecedentes e influencias culturales de sus clientes (Cabaj, 2008; Westermeyer, & Dickerson, 2008).

Un plan de estudios efectivo con enfoque en sensibilidad cultural se orienta en identificar y examinar los sesgos (a menudo implícitos e inconscientes) que pudieran tener los miembros del personal acerca de sus clientes (Greenwald & Banaji, 1995; Kang, 2005). A pesar de que el tema del sesgo implícito no se ha estudiado en los Tribunales de Tratamiento, se ha demostrado que afecta de forma negativa la toma de decisiones judiciales en los tribunales penales tradicionales (Marsh, 2009; Rachlinski et al., 2009; Seamone, 2009). La capacitación con enfoque en sensibilidad cultural puede apoyar al personal del tribunal a reconocer y resolver pensamientos y creencias perjudiciales que pudieran albergar sin saberlo.

La simple sensibilización del personal sobre temas culturales no es suficiente. Los Tribunales de Tratamiento necesitan realizar esfuerzos mucho más allá y capacitar a su personal respecto a estrategias concretas para corregir cualquier problema que hayan identificado, así como remediar disparidades en los servicios y resultados. Lo anterior incluye capacitar al personal a aplicar procedimientos de monitoreo de desempeño con base en investigaciones para identificar y corregir impactos inequitativos (Casey et al., 2012; Rubio et al., 2008; Yu et al., 2009). Una meta de dicha capacitación es resaltar la importancia de reconocer el sesgo implícito. Sin embargo, a menos de que los Tribunales de Tratamiento se enfoquen igualmente en encontrar soluciones concretas y factibles a los sesgos identificados, será poco probable que haya un cambio positivo.

REFERENCIAS

- Arabia, P.L., Fox, G., Caughie, J., Marlowe, D.B., & Festinger, D.S. (2008). Sanctioning practices in an adult felony drug court. *Drug Court Review*, 6(1), 1–31.
- Belenko, S. (2001). *Research on drug courts: A critical review: 2001 update*. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.
- Belenko, S., Fabrikant, N., & Wolff, N. (2011). The long road to treatment: Models of screening and admission into Drug Courts. *Criminal Justice & Behavior*, 38(1), 1222–1243.
- Bowers, J. (2008). Contraindicated drug courts. *UCLA Law Review*, 55 (4), 783–833.
- Brocato, J. (2013). The impact of acculturation, motivation, and the therapeutic alliance on treatment retention and outcomes for Hispanic drug-involved probationers. *Journal of Ethnicity in Criminal Justice*, 11, 150–180.
- Brown, R. (2011). Drug court effectiveness: A matched cohort study in the Dane County Drug Treatment Court. *Journal of Offender Rehabilitation*, 50(4), 191–201.
- Bureau of Justice Assistance. (2012). *Program performance report: Enhancement grantees of the Adult Drug Court Discretionary Grant Program*. Washington, DC: Author. *Disponible en* https://www.bja.gov/Publications/DrugCtEnhancement_PPR_06-12.pdf.
- Burlew, A.K., Weekes, J.C., Montgomery, L., Feaster, D.J., Robbins, M.S. Rosa, C.L., Ruglass, L.M., Venner, K.L., & Wu, L. (2011). Conducting research with racial/ethnic minorities: Methodological lessons from the NIDA Clinical Trials Network. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 37(5), 324–332.
- Cabaj, R.P. (2008). Gay men and lesbians. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds), *Textbook of Substance Abuse Treatment* (4th Ed.; pp. 623–638). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Callahan, L., Steadman, H.J., Tillman, S., & Vesselinov, R. (2013). A multisite study of the use of sanctions and incentives in mental health courts. *Law & Human Behavior*, 37(1), 1–9.
- Calsyn, D.A., Hatch-Maillette, M., Tross, S., Doyle, S.R., Crits-Christoph, P., Song, Y.S., Harrer, J.M., Lalos, G., & Berns, S.B. (2009). Motivational and skills training HIV/STI sexual risk reduction groups for men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(1), 138–150.
- 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*, 8(1), 6–42.
- Carle, A.C. (2009, February). Assessing the adequacy of self-reported alcohol abuse measurement across time and ethnicity: Cross-cultural equivalence across Hispanics and Caucasians in 1992, nonequivalence in 2001–2002. *BioMed Central Public Health*, 9, 60. *Disponible en* <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/60>.
- Casey, P., Warren, R., Cheesman, F., & Elek, J. (2012). *Helping courts address implicit bias: Resources for education*. Williamsburg, VA: National Center for State Courts.
- Castro, F.G., Barrera, M., & Steiker, L.K.H. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 213–239.
- Cissner, A., Rempel, M., Franklin, A.W., Roman, J.K., Bieler, S., Cohen, R., & Cadoret, C.R. (2013, March). *A statewide evaluation of New York's adult drug courts: Testing which policies work best*. Paper presented at the New York Association of Drug Treatment Court Professionals Training. *Disponible en* <http://www.nyadtcp.org/userfiles/file/presentation/The%202012%20New%20York%20State%20Drug%20Court%20Evaluation.pdf>.
- Cresswell, L.S., & Deschenes, E.P. (2001). Minority and nonminority perceptions of drug court program severity and effectiveness. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 259–291.
- Dannerbeck, A., Harris, G., Sundet, P., & Lloyd, K. (2006). Understanding and responding to racial differences in drug court outcomes. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 5(2), 1–22.
- Dannerbeck, A., Sundet, P., & Lloyd, K. (2002). Drug courts: Gender differences and their implications for treatment strategies. *Corrections Compendium* 27(12), 1–26.
- DeVall, K.E., & Lanier, C.L. (2012). Successful completion: An examination of factors influencing drug court completion for white and nonwhite male participants. *Substance Use & Misuse*, 47(10), 1106–1116.
- Drug Policy Alliance. (2011). *Drug courts are not the answer: Toward a health-centered approach to drug use*. Los Angeles: Author.
- Ely, R.J., & Thomas, D.A. (2001). The effects of diversity perspectives on work group processes and outcomes. *Administrative Science Quarterly* 46(2), 229–273.

EQUIDAD E INCLUSIÓN

- Finigan, M.W. (2009). Understanding racial disparities in drug courts. *Drug Court Review*, 6(2), 135–142.
- Fosados, R., Evans, E., & Hser, Y. (2007). Ethnic differences in utilization of drug treatment services and outcomes among Proposition 36 offenders in California. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(4), 391–399.
- Frazer, M.S. (2006). *The Impact of the community court model on defendant perceptions of fairness*. New York: Center for Court Innovation.
- Fulkerson, A. (2012). Drug treatment court versus probation: An examination of comparative recidivism rates. *Southwest Journal of Criminal Justice*, 8(2), 30–45.
- Gallagher, J.R. (2013). African American participants' views on racial disparities in drug court outcomes. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(2), 143–162.
- Greenwald, A., & Banaji, M. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1), 4–27.
- Grella, C. (2008). Gender-responsive drug treatment services for women: A summary of current research and recommendations for drug court programs. In C. Hardin & J.N. Kushner (Eds.), *Quality improvement for drug courts: Evidence-based practices* (Monograph Series No. 9; pp. 63–74). Alexandria, VA: National Drug Court Institute.
- Guastaferro, W.P., & Daigle, L.E. (2012). Linking noncompliant behaviors and programmatic responses: The use of graduated sanctions in a felony-level drug court. *Journal of Drug Issues*, 42(4), 396–419.
- Guerrero E. (2010). Managerial capacity and adoption of culturally competent practices in outpatient substance abuse treatment organizations. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(4), 329–339.
- Guerrero E., & Andrews C.M. (2011). Cultural competence in outpatient substance abuse treatment: Measurement and relationship to wait time and retention. *Drug & Alcohol Dependence* 119(1), 13–22.
- Guerrero, E.G., Marsh, J.C., Duan, L., Oh, C., Perron, B., & Lee, B. (2013). Disparities in completion of substance abuse treatment between and within racial and ethnic groups. *Health Services Research* (Online). doi: 10.1111/1475-6773.12031
- Hartley, R.E., & Phillips, R.C. (2001). Who graduates from drug courts? Correlates of client success. *American Journal of Criminal Justice*, 26(1), 107–119.
- 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.
- Huey, S.J., & Polo, A.J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 262–301.
- Hwang, W. (2006). The psychotherapy adaptation and modification framework: Application to Asian Americans. *American Psychologist*, 61(7), 702–715.
- Integrated Substance Abuse Programs. (2007, April 13). *Evaluation of the Substance Abuse and Crime Prevention Act: Final report*. Los Angeles, CA: UCLA. Disponible en <http://www.uclaisap.org/Prop36/documents/SACPAEvaluationReport.pdf>.
- Janku, A.D., & Yan, J. (2009). Exploring patterns of court-ordered mental health services for juvenile offenders: Is there evidence of systematic bias? *Criminal Justice & Behavior*, 36(4), 402–419.
- Jeffries, S., & Bond, C.E. W. (2012). Does a therapeutic court context matter? The likelihood of imprisonment for indigenous and nonindigenous offenders sentenced in problem-solving courts. *International Journal of Law, Crime & Justice*, 41(1), 100–114. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlcrj.2012.11.006>.
- Justice Policy Institute. (2011). *Addicted to courts: How a growing dependence on drug courts impacts people and communities*. Washington, DC: Author.
- Kang, J. (2005). The Trojan horses of race. *Harvard Law Review*, 118(5), 1489–1593.
- Lawson, W.B., & Lawson, A. (2013). Disparities in mental health diagnosis and treatment among African Americans: Implications for the correctional systems. In B. Sanders, Y. Thomas, & B. Deeds (Eds.), *Crime, HIV and health: Intersections of criminal justice and public health concerns*. New York: Springer.
- Leukefeld, C., Webster, J.M., Staton-Tindall, M., & Duvall, J. (2007). Employment and work among drug court clients: 12-month outcomes. *Substance Use & Misuse*, 42(7), 1109–1126.
- Liang, B., & Long, M.A. (2013). Testing the gender effect in drug and alcohol treatment: Women's participation in Tulsa County drug and DUI programs. *Journal of Drug Issues*, 43(3), 270–288.
- Marlowe, D.B. (2013). Achieving racial and ethnic fairness in drug courts. *Court Review*, 49(1), 40–47.
- Marsh, S. (2009, summer). The lens of implicit bias. *Juvenile & Family Justice Today*, 18, 16–19.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

- Marsh, J.C., Cao, D., Guerrero, E., & Shin, H.C. (2009). Need-service matching in substance abuse treatment: Racial/ethnic differences. *Evaluation & Program Planning*, 32(1), 43–51.
- Messina, N., Calhoun, S., & Warda, U. (2012). Gender-responsive drug court treatment: A randomized controlled trial. *Criminal Justice & Behavior*, 39(12), 1539–1558.
- Meyer, W.G. (2011). Constitutional and legal issues in drug courts. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 159–180). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. Disponible en http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf.
- Miller, J.M., & Shutt, J.E. (2001). Considering the need for empirically grounded drug court screening mechanisms. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 91–106.
- National Association of Criminal Defense Lawyers. (2009). *America's problem-solving courts: The criminal costs of treatment and the case for reform*. Washington, DC: Author.
- National Association of Drug Court Professionals (1997). *Defining drug courts: The key components* (NCJ No. 205621). Washington, DC: Author.
- National Association of Drug Court Professionals. (2010). *Resolution of the board of directors on the equivalent treatment of racial and ethnic minority participants in drug courts*. Alexandria, VA: Author. Disponible en <http://www.nadcp.org/learn/positions-policy-statements-and-resolutions/board-resolutions>.
- Nicosia, N., MacDonald, J.M., & Pacula, R.L. (2012). *Does mandatory diversion to drug treatment eliminate racial disparities in the incarceration of drug offenders? An examination of California's Proposition 36*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. Disponible en <http://www.nber.org/papers/w18518>.
- O'Hear, M.M. (2009). Rethinking drug courts: Restorative justice as a response to racial injustice. *Stanford Law & Policy Review*, 20(2), 101–137.
- Perez, D.M., & Wish, E.D. (2011). Gender differences in the validity of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory—3 (SASSI-3) with a criminal justice population. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 55(3), 476–491.
- Powell, C., Stevens, S., Dolce, B.L., Sinclair, K.O., & Swenson-Smith, C. (2012). Outcomes of a trauma-informed Arizona family drug court. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 12(3), 219–241.
- Rachlinski, J., Johnson, S., Wistrich, A., & Guthrie, C. (2009). Does unconscious racial bias affect trial court judges? *Notre Dame Law Review*, 84(3), 1195–1246.
- Rubio, D., Cheesman, F., & Webster, L. (2008). *Kentucky Drug Court statewide technical assistance project: Development of statewide adult drug court performance measures*. Denver, CO: National Center for State Courts.
- Saum, C.A., Scarpitti, F.R., & Robbins, C.A. (2001). Violent offenders in drug court. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 107–128.
- Schmidt, L., Greenfield, T., & Mulia, N. (2006). *Unequal treatment: Racial and ethnic disparities in alcoholism treatment services*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Disponible en <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh291/49-54.htm>.
- Seamone, E. (2006). Understanding the person beneath the robe: Practical methods for neutralizing harmful judicial bias. *Willamette Law Review*, 42(1), 1–76.
- Sechrest, D.K., & Shicor, D. (2001). Determinants of graduation from a day treatment drug court in California: A preliminary study. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 129–147.
- Sentencing Project. (2008). *Reducing racial disparity in the criminal justice system: A manual for practitioners and policymakers*. Washington, DC: Author.
- Somers, J.M., Rezansoff, S.N., & Moniruzzaman, A. (2012). *Mediators of drug treatment court outcomes in Vancouver Canada*. British Columbia, Canada: Simon Fraser University.
- Szapocznik, J., Prado, G., Burlew, A.K., Williams, R.A., & Santisteban, D.A. (2007). Drug abuse in African-American and Hispanic adolescents: Culture, development, and behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 77–105.
- Vito, G., & Tewksbury, R. (1998). The impact of treatment: The Jefferson County (Kentucky) Drug Court program. *Federal Probation*, 62(2), 46–51.
- Washington v. Davis, 426 U.S. 229 (1976).
- Westermeyer, J., & Dickerson, D. (2008). Minorities. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of Substance Abuse Treatment* (4th Ed.; pp. 639–651). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

EQUIDAD E INCLUSIÓN

- Wiest, K., Carey, S.M., Martin, S., Waller, M.S., Cox, A.A., Linhares, W., Compton, D., & Finigan, M. (2007). *Indiana drug courts: Vanderburgh County day reporting drug court, Process, outcome and cost evaluation* (Final Report). Portland, OR: NPC Research. Disponible en http://www.npcresearch.com/Files/Vanderburgh_Adult_Eval_Final.pdf.
- Wu, L.T., Pan, J.J., Blazer, D.G., Tai, B., Stitzer, M.L., & Woody, G.E. (2010). Using a latent variable approach to inform gender and racial/ethnic differences in cocaine dependence: A National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network Study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(Suppl. 1), S70–S79.
- Yu, J., Clark, L.P., Chandra, L., Dias, A., & Lai, T.F. (2009). Reducing cultural barriers to substance abuse treatment among Asian Americans: A case study in New York City. *Journal of Substance Abuse Treatment* 37(4), 398–406.

III. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL JUEZ

El juez de un Tribunal de Tratamiento se deberá mantener actualizado de la legislación actual y la investigación de mejores prácticas del Tribunal que preside; deberá participar regularmente en las reuniones del equipo e interactuar con frecuencia y de forma respetuosa con los participantes. De igual forma, dará la debida consideración a los comentarios de los miembros del equipo.⁹

- A. Capacitación Profesional**
- B. Duración de Mandato**
- C. Expediente Consistente**
- D. Participación en Reuniones Previas al Juicio**
- E. Frecuencia de las Audiencias de Seguimiento Judicial**
- F. Duración de las Interacciones en Tribunal**
- G. Comportamiento Judicial**
- H. Toma de Decisiones Judiciales**

A. Capacitación Profesional

El juez del Tribunal de Tratamiento deberá asistir a eventos de capacitación y actualización en temas legales y constitucionales, ética judicial, tratamiento de trastornos por uso de sustancias y salud mental, modificación de comportamiento y supervisión comunitaria. La asistencia a conferencias anuales de capacitación y talleres asegurará que el juez se encuentre actualizado de los avances en el campo de los Tribunales de Tratamiento.

B. Duración de Mandato

El juez presidirá el Tribunal de Tratamiento durante un periodo no menor a dos años consecutivos con el propósito de mantener la continuidad del programa y asegurar que el juez se encuentre bien capacitado respecto a las políticas y procedimientos de los Tribunales de Tratamiento.

C. Expediente Consistente

Los participantes comparecerán habitualmente frente al mismo juez durante su participación en el Tribunal de Tratamiento.

⁹ Los estudios realizados en Tribunales de Tratamiento no han comparado los resultados entre jueces y otros oficiales judiciales, tales como magistrados o comisionados. Salvo que exista evidencia que establezca lo contrario, debe asumirse que los estándares aquí contenidos aplican para todos los oficiales judiciales que trabajan en Tribunales de Tratamiento.

D. Participación en Reuniones Previas al Juicio

El juez asistirá de forma regular a las reuniones previas al juicio, durante las cuales se revisará el progreso del participante y se platicarán las consecuencias potenciales de su desempeño con el equipo del Tribunal de Tratamiento.

E. Frecuencia de las Audiencias de Seguimiento Judicial

Los participantes comparecerán delante de un juez para las audiencias de seguimiento judicial como mínimo cada dos semanas durante la primera fase del programa.¹⁰ La frecuencia de las audiencias de seguimiento podrá reducirse gradualmente después de que los participantes hayan iniciado la abstinencia de alcohol, drogas ilícitas¹¹ y estén participando activamente en su tratamiento. Se agendarán las audiencias de seguimiento como mínimo cada cuatro semanas hasta que los participantes hayan llegado a la última fase del programa.

F. Duración de las Interacciones en Tribunal

El juez dedicará suficiente tiempo durante las audiencias de seguimiento a revisar el progreso de cada uno de los participantes. La evidencia sugiere que los jueces deberían dedicar aproximadamente, y como mínimo, tres minutos de interacción con cada participante durante las audiencias.

G. Comportamiento Judicial

El juez ofrecerá comentarios de apoyo a los participantes, enfatizará la importancia del compromiso con el tratamiento y demás requerimientos del programa y expresará su optimismo acerca de la habilidad que tienen los participantes de mejorar su salud y comportamiento. El juez no humillará a los participantes o los hará sujetos de lenguaje soez o abusivo. El juez permitirá a los participantes una oportunidad razonable de explicar su perspectiva acerca de las controversias de hechos y sobre la imposición de sanciones, aplicación de incentivos y ajustes terapéuticos [Ver Estándar IV].

H. Toma de Decisiones Judiciales

El juez es el último árbitro en controversias de hechos y tomará la decisión final con respecto a la imposición de sanciones o aplicación de incentivos que afecten el estatus legal o libertad del participante. El juez decidirá dichas cuestiones después de tomar en consideración los aportes de los miembros del equipo del Tribunal de Tratamiento y de desahogar el tema en el tribunal junto con el participante o el representante legal del mismo. El juez confiará en las contribuciones de los profesionales debidamente capacitados en lo relativo a las condiciones específicas del tratamiento.

¹⁰ Esto asume que el Tribunal está proporcionando el tratamiento a la población objetivo en cuanto a participantes de alto riesgo y alta necesidad [ver Estándar I, Población Objetivo].

¹¹ Las drogas ilícitas incluyen medicamentos adictivos o embriagantes de prescripción utilizados para propósitos no prescritos o no indicados médicamente.

COMENTARIOS

A. Capacitación Profesional

Todos los miembros de los Tribunales de Tratamiento deberán asistir a los talleres de capacitación relacionados con las mejores prácticas en este tipo de tribunales. Sin embargo, la importancia de la capacitación de los jueces cobra gran relevancia debido a que la investigación en la materia indica que el juez ejerce un impacto único y sustancial en los resultados que arrojen los Tribunales de Tratamiento (Carey et al., 2012; Jones, 2013; Jones & Kemp, 2013; Marlowe et al., 2006; Zweig et al., 2012).

Los jueces en los Tribunales de Tratamiento tienen la obligación profesional de mantenerse al corriente con los requerimientos legales, éticos y constitucionales relacionados con las prácticas de sus tribunales (Meyer, 2011; Meyer & Tauber, 2011). Adicionalmente, los resultados son significativamente mejores cuando el juez del Tribunal de Tratamiento asiste a las conferencias relacionadas con las mejores prácticas en el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias y supervisión comunitaria (Carey et al., 2008, 2012; Shaffer, 2010). Un estudio nacional realizado en veintitrés Tribunales de Tratamiento para Adultos, llamado Evaluación Multisitio de Tribunales de Tratamiento (MADCE), reveló que dichos tribunales reducen de forma importante el delito y el uso de sustancias cuando los jueces son evaluados por observadores independientes respecto a su conocimiento en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias (Zweig et al., 2012). De igual forma, un estudio estatal realizado en Nueva York reportó resultados significativamente mejores cuando los jueces de Tribunales de Tratamiento eran percibidos por los participantes como personas abiertas a aprender acerca de los trastornos de adicciones (Farole & Cissner, 2007).

La mayor disponibilidad de seminarios en línea y otros programas de aprendizaje a distancia ha hecho que la actualización de los jueces en dichas mejores prácticas sea algo costeable y factible. Organizaciones como la NDCI, el Centro para Innovación de Tribunales, el Centro Nacional de Tribunales Estatales y la Universidad Americana ofrecen seminarios en línea gratuitos, en vivo y grabados acerca de diversos temas relacionados con las mejores prácticas de los Tribunales de Tratamiento. El Apéndice B proporciona más información sobre dichos seminarios en línea.

B. Duración de Mandato

Un estudio realizado en aproximadamente setenta Tribunales de Tratamiento reveló que hay hasta tres veces más ahorros y una reducción significativa de reincidencias cuando los jueces presiden un tribunal por al menos dos años consecutivos (Carey et al., 2008, 2012). De igual forma, se encontraron reducciones importantes del índice delictivo cuando los jueces eran asignados a los Tribunales de Tratamiento de forma voluntaria y la duración de mandato era por tiempo indefinido (Carey et al., 2012). La evidencia sugiere que muchos jueces de Tribunales de Tratamiento tienen significativamente menos efectividad en la reducción de índices delictivos durante su primer año en funciones en comparación con los años subsiguientes (Finigan et al., 2007). Presumiblemente, esta situación se debe a que los jueces—como cualquier otro profesional—requieren tiempo y experiencia para aprender cómo realizar su trabajo de forma efectiva. Por esta razón, la rotación anual de jueces puede ser contraproducente en los Tribunales de Tratamiento.

C. Expediente Consistente

Los Tribunales de Tratamiento que realizaron rotación de jueces o requerían que los participantes comparecieran ante distintos jueces, obtuvieron los peores resultados de acuerdo con diversos estudios de investigación (Finigan et al., 2007; National Institute of Justice, 2006). Los participantes de los Tribunales de Tratamiento llevan, por lo general, vidas caóticas y por lo tanto requieren sustancialmente de una estructura y regularidad para poder modificar sus conductas inaceptables. Cuando existen patrones inestables respecto al personal, especialmente en lo que tiene que ver con la figura del juez, se exagera—en lugar de aminorarse—la desorganización en la vida de los participantes.

D. Participación en Reuniones Previas al Juicio

Diversos estudios han demostrado que los resultados fueron significativamente mejores en los Tribunales de Tratamiento donde los jueces asistían de forma regular a reuniones previas al juicio con el personal

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL JUEZ

correspondiente (Carey et al., 2008, 2012). En dichas reuniones los miembros del equipo del tribunal comparten sus observaciones e impresiones acerca del desempeño de los participantes en el programa y proponen consecuencias para la consideración del juez (McPherson & Sauder, 2013). La presencia del juez en las reuniones de personal asegura que la perspectiva de cada miembro del equipo sea tomada en consideración cuando se deban tomar decisiones importantes en un caso. Los estudios de observación sugieren que cuando los jueces no asisten a dichas reuniones, tienen menos probabilidad de estar informados y preparados de forma adecuada en sus interacciones con los participantes durante las audiencias judiciales (Baker, 2012; Portillo et al., 2013).

E. Frecuencia de las Audiencias de Seguimiento Judicial

Un conjunto sustancial de investigaciones experimentales y cuasi-experimentales establece la importancia de agendar audiencias de seguimiento como mínimo cada dos semanas durante la primera fase de un Tribunal de Tratamiento. En una serie de experimentos, los investigadores asignaron de forma aleatoria a participantes en Tribunales de Tratamiento para comparecer ante un juez cada dos semanas para las audiencias de seguimiento o para ser supervisados por los gestores de caso clínico y luego ser llevados ante el tribunal sólo como respuesta al incumplimiento repetitivo de alguna regla. Los resultados revelaron que los participantes de alto riesgo¹² obtuvieron significativamente mejores resultados en la asistencia a consejería, abstinencia de sustancias e índices de graduación cuando se les agendaba a comparecer ante el juez cada dos semanas (Festinger et al., 2002). Dicho hallazgo se replicó en Tribunales de Tratamiento de delitos menores y graves que atienden a comunidades urbanas y rurales (Jones, 2013; Marlowe et al., 2004a, 2004b). Posteriormente, dicho hallazgo se confirmó también en los estudios prospectivos en los que se asignaba a los participantes a asistir a audiencias cada dos semanas desde su ingreso si se determinaba que eran participantes de alto riesgo (Marlowe et al., 2006, 2007, 2008, 2009, 2012).

De igual forma, un meta análisis que incluyó a noventa y dos Tribunales de Tratamiento para Adultos (Mitchell et al., 2012) y otro estudio de casi setenta Tribunales más (Carey et al., 2012) reveló que aquellos Tribunales de Tratamiento que agendan sus audiencias cada dos semanas durante la primera fase del programa obtienen resultados significativamente mejores. Agendar audiencias de seguimiento al menos una vez al mes hasta la última fase del programa es otro indicador de mejores resultados y se incrementa casi tres veces el nivel de ahorro (Carey et al., 2008, 2012).

F. Duración de las Interacciones en el Tribunal

En un estudio de cerca de setenta Tribunales de Tratamiento para Adultos se encontró que los resultados fueron significativamente mejores cuando los jueces dedicaban como promedio al menos tres minutos, y hasta siete minutos como rango superior, en sus interacciones con los participantes durante las sesiones judiciales (Carey et al., 2008, 2012). Es posible que interacciones más cortas en duración no le permitan al juez suficiente tiempo para medir el desempeño del participante en el programa, intervenir en beneficio del participante y hacerle comprender la importancia del compromiso con su tratamiento, o incluso comunicarle que los esfuerzos realizados son reconocidos y apreciados por el personal.

G. Comportamiento Judicial

Diversos estudios han revelado de forma consistente que los participantes de Tribunales de Tratamiento perciben que la calidad de sus interacciones con el juez es uno de los factores que más influyen en su éxito en el programa (Farole & Cissner, 2007; Goldkamp et al., 2002; Jones & Kemp, 2013; National Institute of Justice, 2006; Satel, 1998; Saum et al., 2002; Turner et al., 1999). El estudio MADCE reportó que hay reducciones significativamente mayores de delito y uso de sustancias con aquellos jueces que fueron calificados por observadores independientes como personas respetuosas, justas, atentas, entusiastas, consistentes y consideradas en sus interacciones con los participantes del programa (Zweig et al., 2012). De igual forma, un estudio estatal realizado en Nueva York reveló resultados significativamente mejores para aquellos jueces que fueron percibidos por los participantes como justos, empáticos, considerados, preocupados, comprensivos y abiertos a aprender acerca de los trastornos por adicciones (Farole & Cissner,

¹² Ver Estándar I, el cual indica que los imputados de alto riesgo son la población objetivo indicada para los Tribunales de Tratamiento.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

2007). En contraste con lo anterior, se encontró que los resultados son significativamente peores cuando los jueces son percibidos como arbitrarios, apresurados en sus conclusiones, o impacientes en otorgar a los participantes la oportunidad de explicar su perspectiva de alguna controversia (Farole & Cissner, 2007; Zweig et al., 2012). Las evaluaciones de los programas han revelado también que hay una relación entre los comentarios de apoyo de los jueces y los mejores resultados en los Tribunales de Tratamiento (Senjo & Leip, 2001), mientras que los comentarios hostiles, encaminados a estigmatizar o avergonzar al participante están asociados con peores resultados (Miethe et al., 2000).

Estos hallazgos son consistentes con el cuerpo de investigaciones vinculadas a la imparcialidad y justicia procesal. Los resultados de dichos estudios indican que los imputados penales y otros litigantes tienen más probabilidad de obtener resultados positivos y albergar actitudes favorables hacia el sistema judicial cuando son tratados con respeto por parte del juez, cuando se les da la oportunidad de explicar su lado de las controversias y cuando perciben al juez como una persona imparcial y benevolente en sus intenciones (Burke, 2010; Burke & Leben, 2007; Frazer, 2006). Sin embargo, lo anterior no deberá evitar que los jueces responsabilicen a los participantes por sus acciones, o que apliquen advertencias y sanciones punitivas cuando sea necesario. El asunto en este punto no es el resultado de la decisión del juez, sino cómo se llegó a dicha decisión y cómo fue tratado el participante durante la interacción.

H. Toma de Decisiones Judiciales

El debido proceso y la ética judicial requiere que se ejerza discreción independiente a la hora de resolver controversias de hechos, administrar sanciones o incentivos que afecten los intereses fundamentales de libertad del participante, u ordenar las condiciones de supervisión correspondientes (Meyer, 2011). Un juez de Tribunal de Tratamiento no podrá delegar dichas responsabilidades a otros miembros del equipo. Por ejemplo, no es admisible que un equipo en un Tribunal de Tratamiento vote sobre las consecuencias que se impondrán sobre algún participante, a menos de que el juez considere los resultados de dicho voto como mera información de recomendación. Sin embargo, se requiere que los jueces consideren evidencia probatoria o información relevante durante la toma de decisiones. Puesto que los jueces no están capacitados para realizar diagnósticos clínicos o seleccionar las intervenciones de un tratamiento, necesitan de forma ordinaria los aportes de profesionales expertos en la materia para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento. La naturaleza colaborativa del modelo de Tribunal de Tratamiento reúne a expertos de diversas disciplinas profesionales, incluyendo el tratamiento de trastornos por uso de sustancias, para que compartan su conocimiento y observaciones con el juez, lo cual le permitirá tomar decisiones racionales e informadas. (Hora & Stalcup, 2008).

REFERENCIAS

- Baker, K.M. (2012). Decision making in a hybrid organization: A case study of a southwestern drug court treatment program. *Law & Social Inquiry*, 38(1), 27–54.
- Burke, K.S. (2010). Just what made drug courts successful? *New England Journal on Criminal & Civil Confinement*, 36(1), 39–58.
- Burke, K., & Leben, S. (2007). Procedural fairness: A key ingredient in public satisfaction [White paper]. *Court Review*, 44, 4–24.
- 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, OR: NPC Research. Disponible en http://www.npcresearch.com/Files/NIJ_Cross-site_Final_Report_0308.pdf.
- 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*, 8(1), 6–42.
- Farole, D.J., & Cissner, A.B. (2007). Seeing eye to eye: Participant and staff perspectives on drug courts. In G. Berman, M. Rempel & R.V. Wolf (Eds.), *Documenting Results: Research on Problem-Solving Justice* (pp. 51–73). New York: Center for Court Innovation.
- 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*, 68(2), 151–157.

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL JUEZ

- Finigan, M., Carey, S.M., & Cox, A. (2007). *The impact of a mature drug court over 10 years of operation: Recidivism and costs*. Portland, OR: NPC Research. *Disponibile en* http://www.npresearch.com/Files/10yr_STOP_Court_Analysis_Final_Report.pdf.
- Frazier, M.S. (2006). *The impact of the community court model on defendant perceptions of fairness: A case study at the Red Hook Community Justice Center*. New York: Center for Court Innovation. *Disponibile en* http://www.courtinnovation.org/sites/default/files/Procedural_Fairness.pdf.
- Goldkamp, J.S., White, M.D., & Robinson, J.B. (2002). An honest chance: Perspectives on drug courts. *Federal Sentencing Reporter*, 14(6), 369–372.
- Hora, P.F., & Stalcup, T. (2008). Drug Treatment Courts in the twenty-first century: The evolution of the revolution in problem-solving courts. *Georgia Law Review*, 42(3), 717–811.
- Jones, C. G. (2013). Early-phase outcomes from a randomized trial of intensive judicial supervision in an Australian drug court. *Criminal Justice & Behavior*, 40, 453-468.
- Jones, C.G., & Kemp, R.I. (2013). The strength of the participant-judge relationship predicts better drug court outcomes. *Psychiatry, Psychology and Law* (Online). doi: 10.1080/13218719.2013.798392
- Marlowe, D.B. (2006). Judicial supervision of drug-abusing offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(Suppl. 3), 323–331.
- Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Arabia, P.L., Dugosh, K.L., Benasutti, K.M., & Croft, J.R. (2009). Adaptive interventions may optimize outcomes in drug courts: A pilot study. *Current Psychiatry Reports*, 11(5), 370–376.
- Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Arabia, P.L., Dugosh, K.L., Benasutti, K.M., Croft, J.R., & McKay, J.R. (2008). Adaptive interventions in drug court: A pilot experiment. *Criminal Justice Review*, 33(3), 343–360.
- Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Dugosh, K.L., Benasutti, K.M., Fox, G. & Croft, J.R. (2012). Adaptive programming improves outcomes in drug court: An experimental trial. *Criminal Justice & Behavior*, 39(4), 514–532.
- 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*, 88(Suppl. 2), S4–S13.
- Marlowe, D.B., Festinger, D.S., & Lee, P.A. (2004a). The judge is a key component of drug court. *Drug Court Review*, 4(2), 1–34.
- Marlowe, D.B., Festinger, D.S., & Lee, P.A. (2004b). The role of judicial status hearings in drug court. In K. Knight & D. Farabee (Eds.), *Treating addicted offenders: A continuum of effective practices* (pp. 11-1–11-8). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- 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*, 52(1), 52–76.
- McPherson, C. M., & Sauder, M. (2013). Logics in action: Managing institutional complexity in a drug court. *Administrative Science Quarterly*, 58(2), 165-196.
- Meyer, W.G. (2011). Ethical obligations of judges in drug courts. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 195–215). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. *Disponibile en* <http://www.ndci.org/publications/more-publications/-drug-court-judicial-benchbook>.
- Meyer, W.G., & Tauber, J. (2011). The roles and responsibilities of the drug court judge. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 45–61). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. *Disponibile en* <http://www.ndci.org/publications/more-publications/-drug-court-judicial-benchbook>.
- Miethe, T.D., Lu, H., & Reese, E. (2000). Reintegrative shaming and recidivism risks in Drug Court: Explanations for some unexpected findings. *Crime & Delinquency*, 46(4), 522–541.
- Mitchell, O., Wilson, D.B., Eggers, A., & MacKenzie, D.L. (2012). Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: A meta-analytic review of traditional and nontraditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*, 40(1), 60–71.
- National Institute of Justice. (2006, June). *Drug courts: The second decade* [Special report, NCJ 211081]. Washington, DC: Office of Justice Programs, U.S. Dept. of Justice.
- Portillo, S., Rudes, D.S., Viglione, J., & Nelson, M. (2013). Front-stage stars and backstage producers: The role of judges in problem-solving courts. *Victims & Offenders*, 8 (1), 1–22.
- Satel, S. (1998). Observational study of courtroom dynamics in selected drug courts. *National Drug Court Institute Review*, 1(1), 43–72.
- Saum, C.A., Scarpitti, F.R., Butzin, C.A., Perez, V.W., Jennings, D., & Gray, A.R. (2002). Drug court participants' satisfaction with treatment and the court experience. *Drug Court Review*, 4(1), 39–83.
- Senjo, S.R., & Leip, L.A. (2001). Testing and developing theory in drug court: A four-part logit model to predict program completion. *Criminal Justice Policy Review*, 12(1), 66–87.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO
DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

- Shaffer, D.K. (2010). Looking inside the black box of drug courts: A meta-analytic review. *Justice Quarterly*, 28(3), 493–521.
- Turner, S., Greenwood, P. Fain, T., & Deschenes, E. (1999). Perceptions of drug court: How offenders view ease of program completion, strengths and weaknesses, and the impact on their lives. *National Drug Court Institute Review*, 2(1), 61–85.
- Zweig, J.M., Lindquist, C., Downey, P.M., Roman, J., & Rossman, S.B. (2012). Drug court policies and practices: How program implementation affects offender substance use and criminal behavior outcomes. *Drug Court Review*, 8(1), 43–79.

IV. INCENTIVOS, SANCIONES Y AJUSTES TERAPÉUTICOS

Las consecuencias del comportamiento de los participantes deberán ser predecibles, justas, consistentes e impartidas de acuerdo con principios basados en evidencia sobre la modificación de comportamiento.¹³

- A. Notificación Previa
- B. Oportunidad de Ser Escuchado
- C. Consecuencias Equivalentes
- D. Comportamiento Profesional
- E. Sanciones Progresivas
- F. Sustancias Legales con Potencial Adictivo o Efectos Psicoactivos
- G. Ajustes Terapéuticos
- H. Incentivar la Productividad
- I. Promoción de Fase
- J. Sanciones de Privación de Libertad
- K. Cesación
- L. Consecuencias de la Graduación y de la Cesación

A. Notificación Previa

Las políticas y procedimientos relacionados con la impartición de incentivos, sanciones y ajustes terapéuticos deberán estar especificados por escrito y comunicados por adelantado a los participantes y miembros de los Tribunales de Tratamiento. Dichas políticas y procedimientos proporcionarán indicaciones claras en cuanto a qué comportamientos pueden traer como consecuencia incentivos, sanciones o ajustes terapéuticos, así como el rango de consecuencias que es posible imponer sobre dichos comportamientos, los criterios para avanzar de fase, graduación y rescisión. El equipo del Tribunal de Tratamiento se reserva el derecho, hasta un grado razonable, de modificar las consecuencias presuntivas a la luz de las circunstancias que se presentan en cada caso.

¹³ En este documento, el término *incentivos* hace referencia a las consecuencias por un comportamiento deseado por parte de los participantes, tal como encomio verbal, promoción de fase, reconocimiento social, recompensa tangible, o graduación. El término *sanciones* se refiere a las consecuencias que los participantes no disfrutan, tal como regaños verbales, incremento en los requerimientos de supervisión, servicio comunitario, privación de libertad o cesación. El término *ajustes terapéuticos* se refiere a las alteraciones en los requerimientos del tratamiento de los participantes con la intención de atender las necesidades sociales y clínicas correspondientes, y no se deberán usar como incentivo o sanción. El término genérico *consecuencia* incluye incentivos, sanciones y ajustes terapéuticos.

B. Oportunidad de Ser Escuchado

Se les dará a los participantes la oportunidad de explicar sus perspectivas respecto a las controversias, así como acerca de la aplicación de incentivos, sanciones y ajustes terapéuticos. Si un participante tiene dificultades para expresarse debido a factores como barrera del lenguaje, nerviosismo, o alguna limitante cognitiva, el juez permitirá que el abogado o representante legal del participante le apoye en la comunicación de dichas explicaciones. Los participantes recibirán una justificación clara de por qué una consecuencia en particular se aplica o no se aplica.

C. Consecuencias Equivalentes

Los participantes serán sujetos de las consecuencias de forma equivalente a otros participantes en la misma fase del programa que incurran en conductas comparables.¹⁴ A menos de que sea necesario proteger a una persona de algún daño, los participantes obtendrán las consecuencias correspondientes sin importar su género, raza, origen étnico, nacionalidad, estatus socioeconómico u orientación sexual. [Ver Estándar II, Equidad e Inclusión].

D. Comportamiento Profesional

Las sanciones deberán ser comunicadas sin expresar enojo o ridiculizar. Los participantes no deberán ser avergonzados ni sujetos a lenguaje soez o abusivo.

E. Sanciones Progresivas

El Tribunal de Tratamiento deberá tener un rango de sanciones de magnitudes variables que deberán administrarse como respuesta a incumplimientos en el programa. Para aquellas metas que sean difíciles de alcanzar para los participantes, tales como abstenerse del uso de sustancias¹⁵ u obtener un empleo, las sanciones aumentarán de forma progresiva en el caso de incumplimientos sucesivos. Para objetivos que sean relativamente sencillos de alcanzar para los participantes, tales como decir la verdad o asistir a las sesiones de consejería, se deberán aplicar sanciones de magnitud más alta después de pocos incumplimientos.

F. Sustancias Legales con Potencial Adictivo o Efectos Psicoativos

Se impondrán las consecuencias correspondientes por el uso médicamente no indicado de sustancias adictivas o intoxicantes, incluyendo alcohol, cannabis (marihuana) y medicamentos con prescripción, sin importar si dicha sustancia es legal o ilegal. El equipo del Tribunal de Tratamiento dependerá de las aportaciones expertas de médicos para determinar si se debe prescribir un medicamento adictivo o intoxicante o si existe una alternativa segura y viable de medicamentos no adictivos ni embriagantes.

¹⁴ Se asume aquí que todos los participantes han sido evaluados como individuos de alto riesgo y alta necesidad [Ver Estándar I, Población Objetivo].

¹⁵ Se asume que los participantes adictos a o dependientes de drogas ilícitas o alcohol [Ver Estándar I, Población Objetivo]. Aquellos individuos que no tengan una adicción seria a las drogas o al alcohol tienen menos dificultades para lograr la abstinencia y podrían recibir sanciones de magnitud mayor por el uso de sustancias durante las fases iniciales del programa.

G. Ajustes Terapéuticos

Los participantes no recibirán sanciones punitivas si cumplen con su tratamiento y con los requerimientos de supervisión, aunque no estén mostrando resultados en las intervenciones de tratamiento. En dichas circunstancias, la forma de proceder apropiada puede ser la revaloración de la persona y el ajuste correspondiente de su plan de tratamiento. Cualquier ajuste a los planes de tratamiento deberá estar basado en las recomendaciones de profesionales debidamente capacitados.

H. Incentivar la Productividad

El Tribunal de Tratamiento deberá poner tanto énfasis en incentivar comportamientos productivos como en reducir el delito, el uso de sustancias y otro tipo de infracciones. Los criterios para el avance de fase y graduación deberán incluir evidencia objetiva de que los participantes colaboraron en las actividades productivas, tales como el empleo, educación o asistencia en grupos de apoyo.

I. Promoción de Fase

La promoción de fase está basada en el logro de objetivos realistas y definidos del comportamiento, tales como completar el régimen de tratamiento o mantener la abstinencia del uso de drogas durante un periodo específico de tiempo. Conforme los participantes van avanzando en las fases del programa, las sanciones por incumplimientos pueden aumentar en magnitud, las recompensas por los logros pueden disminuir y los servicios de supervisión pueden igualmente disminuir. Sólo se reducirá el tratamiento cuando se haya determinado de forma clínica que es poco probable que dicha reducción ocasione una recaída en el uso de sustancias. La frecuencia de las pruebas de detección de drogas y alcohol no deberán reducirse hasta que otros servicios de tratamiento y supervisión hayan sido disminuidos y no haya ocurrido una recaída. En caso de que un participante deba regresar temporalmente a una fase anterior del programa por una recaída o revés relacionado, el equipo deberá desarrollar un plan terapéutico junto con el participante para preparar una transición de fase exitosa.

J. Sanciones de Privación de Libertad

Las sanciones de privación de libertad deberán aplicarse de forma juiciosa y esporádica. A menos de que un participante represente un riesgo inmediato a la seguridad pública, entonces se aplicarán las sanciones de privación de libertad después de que medidas menos severas hayan resultado ser ineficientes. Las sanciones de privación de libertad deberán tener una duración definida y no durar, normalmente, más de tres a cinco días. Los participantes deberán tener acceso a asesoría legal y a una audiencia justa en caso de que se aplique una sanción de privación de libertad, puesto que el interés significativo de libertad se encuentra en juego.

K. Cesación

Los participantes podrán ser cesados del Tribunal de Tratamiento si no es posible trabajar con ellos de forma segura en la comunidad o si incumplen reiteradamente con los requerimientos de tratamiento y supervisión. Los participantes no serán cesados de un Tribunal de Tratamiento por el uso continuo de sustancias si, por lo demás, cumplen con

el tratamiento y condiciones de supervisión, a menos de que no estén dispuestos a participar de forma razonable en los tratamientos disponibles en sus comunidades. En caso de que un participante sea cesado de un Tribunal de Tratamiento debido a que el tratamiento adecuado no estaba disponible, dicho participante no recibirá un aumento en su sentencia ni disposición alguna por incumplimiento del programa.

L. Consecuencias de la Graduación y de la Cesación

Los graduados de los Tribunales de Tratamiento deberán evitar generar un historial delictivo, evitar el encarcelamiento; deberán esforzarse por reducir su sentencia de forma sustancial y alcanzar incentivos por completar el programa. Los participantes que hayan sido cesados de un Tribunal de Tratamiento recibirán una sentencia o una disposición por la acción subyacente que los llevó a participar a dicho tribunal. Se deberá informar a los participantes de forma anticipada respecto de las circunstancias que podrían resultar en un incremento de sentencia por incumplimiento del programa.[†]

COMENTARIOS

A. Notificación Previa

Numerosos estudios han reportado resultados significativamente mejores cuando los Tribunales de Tratamiento desarrollan una estrategia coordinada de sanciones que se comunican por anticipado a los miembros del equipo y a los participantes. Un estudio nacional realizado en veintitrés Tribunales de Tratamiento, llamado Evaluación Multisitio de Tribunales de Tratamiento para Adultos (MADCE), reveló que hay mejoras significativas en aquellos tribunales que tienen un programa por escrito de sanciones correspondientes que se comparte con los participantes y los miembros del personal (Zweig et al., 2012). Otro estudio realizado en aproximadamente cuarenta y cinco Tribunales de Tratamiento encontró que hay un ahorro del 72% en aquellos Tribunales que compartieron su régimen de sanciones con los miembros del equipo (Carey et al., 2008a, 2012). Un meta análisis de cerca de sesenta estudios sobre setenta Tribunales de Tratamiento reveló resultados significativamente mejores en aquellos tribunales que tenían un sistema de sanciones formal y predecible (Shaffer, 2010). Finalmente, diversos estudios estatales realizados en ochenta y seis Tribunales de Tratamiento para Adultos en Nueva York (Cissner et al., 2013) y doce tribunales en Virginia (Cheesman & Kunkel, 2012) revelaron resultados significativamente mejores en aquellos tribunales que poseían lineamientos de sanciones por escrito y seguían los procedimientos establecidos.

Diversos meta análisis de programas de refuerzo positivo han reportado resultados similares para aquellos programas que han comunicado sus políticas y procedimientos a los participantes y miembros del personal con anticipación (Griffith et al., 1999; Lussier et al., 2006). Para lograr mayor efectividad, los Tribunales de Tratamiento deberán explicar a los participantes las expectativas de obtener refuerzos positivos y la manera en la que se gestionarán las recompensas (Burdon et al., 2001; Stitzer, 2008).

De igual forma, evidencia del MADCE sugiere que los Tribunales de Tratamiento deberían recordarles frecuentemente a los participantes lo que se espera de ellos y las posibles consecuencias del éxito o fracaso en el programa (Zweig et al., 2012). Otro estudio reveló que hay tasas de permanencia significativamente más altas cuando el personal del Tribunal de Tratamiento les recuerda a los participantes de forma constante sus responsabilidades en el tratamiento y los efectos de la graduación y la cesación (Young & Belenko, 2002).

[†] Nota de los traductores: este concepto es aplicable en el contexto de los tribunales de tratamiento que operan en la fase post-sentencia, es decir, después de que el imputado ha sido condenado o ha firmado un acuerdo de culpabilidad. En los Estados Unidos, la mayoría (pero no todos) de los tribunales de tratamiento siguen ese modelo, a diferencia de los tribunales en países latinoamericanos.

No obstante, los Tribunales de Tratamiento no deberían aplicar una plantilla rígida a la hora de administrar sanciones e incentivos. Dos de los estudios previamente mencionados reportan mejores resultados cuando el equipo del Tribunal ejerce un grado razonable de discreción para modificar una consecuencia presuntiva a la luz de los hechos particulares de cada caso (Carey et al., 2012; Zweig et al., 2012). Este hallazgo empírico es consistente con los requerimientos legales y éticos que establecen que los jueces de los Tribunales de Tratamiento deberán ejercer discrecionalmente a la hora de resolver controversias de hechos y de imponer consecuencias punitivas [Ver Estándar III, Funciones y Responsabilidades del Juez].

Debido a que la certidumbre es un factor crítico en los programas de modificación de comportamiento (Marlowe & Kirby, 1999), la discreción deberá—por lo general—estar limitada a modificar la magnitud de las consecuencias, en lugar de eliminar la consecuencia en su totalidad. Los Tribunales de Tratamiento que no imponen sanciones de forma consistente reportan significativamente peores resultados en al menos un estudio estatal (Cissner et al., 2013). Eliminar una consecuencia determinada sería apropiado sólo si, a la luz de nueva información, se revela que el incumplimiento o logro de hecho no ocurrió. Por ejemplo, se deberá detener una consecuencia si la ausencia de un participante a su tratamiento fue aprobada anticipadamente por el personal.

B. Oportunidad de Ser Escuchado Consecuencias Equivalentes Comportamiento Profesional

Un conjunto sustancial de investigación en justicia e imparcialidad procesal revela que hay mayor probabilidad de que los imputados penales reaccionen de forma favorable a una sentencia adversa o a una sanción punitiva si están convencidos de que se siguió un proceso justo para llegar a dicha conclusión. Se han logrado los mejores resultados cuando a los imputados (1) se les da la oportunidad de explicar su lado de la disputa, (2) son tratados de forma equivalente a otras personas en circunstancias similares y (3) se les trata con respeto y dignidad durante todo el proceso (Burke & Leben, 2007; Frazer, 2006; Tyler, 2007).

Los resultados fueron significativamente mejores en el estudio MADCE cuando los participantes percibieron al juez como una persona justa y cuando observadores independientes calificaron las interacciones del juez con los participantes como respetuosas, justas, consistentes y predecibles (Rossman et al., 2011). En contraste con lo anterior, los resultados fueron significativamente peores para aquellos jueces que fueron calificados como arbitrarios o que no les dieron la oportunidad a los participantes de explicar su lado de la controversia (Farole & Cissner, 2007; Rossman et al., 2011). De igual forma, se ha asociado que los comentarios hostiles, que estigmatizan o avergüenzan son un factor en los malos resultados de los Tribunales de Tratamiento (Gallagher, 2013; Miethe et al., 2000).

C. Consecuencias Equivalentes

Ver Comentario B.

D. Comportamiento Profesional

Ver Comentario B.

E. Sanciones Progresivas

Las sanciones son menos efectivas cuando se aplican en magnitudes bajas o altas que cuando se aplican en magnitud media (Marlowe & Kirby, 1999; Marlowe & Wong, 2008). Las sanciones que son débiles en magnitud pueden crear adaptación, es decir, la persona se acostumbra y por lo tanto se hace menos receptivo al castigo. Sin embargo, las sanciones severas pueden causar el “efecto techo” con el cual el programa agota todas las sanciones posibles antes de que el tratamiento haya hecho efecto. Los Tribunales de Tratamiento más efectivos desarrollan un rango amplio y creativo de sanciones de nivel intermedio, las cuales pueden subir o bajar en intensidad dependiendo de la respuesta del participante (Marlowe, 2007). La NDCI publica

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

gratuitamente listas de sanciones e incentivos de magnitudes variables que han sido recopiladas de cientos de Tribunales de Tratamiento en todo el país.¹⁶

Se logran significativamente mejores resultados cuando las sanciones por no alcanzar un objetivo complicado aumentan en magnitud de forma progresiva tras incumplimientos sucesivos (Harrell & Roman, 2001; Harrell et al., 1999; Hawken & Kleiman, 2009; Kilmer et al., 2012; National Institute on Drug Abuse, 2006). Al asignar sanciones gradualmente más intensas para objetivos difíciles, se le permite al tratamiento surtir efecto y prepara a los participantes para lograr responsabilidades más estables durante el programa. Por otro lado, cuando se aplican sanciones de alta magnitud por incumplimiento de objetivos sencillos se evita la aclimatación a las sanciones (Marlowe, 2011)).

F. Sustancias Legales con Potencial Adictivo o Efectos Psicoactivos

Deberán aplicarse las consecuencias correspondientes por el uso no prescrito de sustancias adictivas o intoxicantes, incluyendo alcohol, cannabis (marihuana) y medicamentos de prescripción, sin importar si son legales o no. La ingesta de alcohol y cannabis incentiva las actividades delictivas (Bennett et al., 2008; Boden et al., 2013; Friedman et al., 2001; Pedersen & Skardhamar, 2010; Reynolds et al., 2011), acelera la recaída de uso de otras drogas (Aharonovich et al., 2005), aumenta la probabilidad de que los participantes abandonen el programa del Tribunal de Tratamiento (Sechrest & Shicor, 2001), y reduce la efectividad de las recompensas y sanciones que se utilizan para mejorar el comportamiento de los participantes (Lane et al., 2004; Thompson et al., 2012). Permitir el uso continuo de estas sustancias va en contraposición de las mejores prácticas basadas en evidencia en el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias e interfiere con los objetivos centrales del Tribunal de Tratamiento. El uso de cualquier sustancia adictiva o intoxicante deberá ser autorizada solamente por el personal médico competente, en caso de que tratamientos alternativos y seguros no estén razonablemente disponibles, y sólo si el participante puede ser cuidadosamente monitoreado por un médico capacitado en psiquiatría o medicamentos relacionados con adicciones. Existe un riesgo severo de morbilidad, mortalidad o uso ilegal de medicamentos cuando médicos generales prescriben dichos medicamentos para pacientes con adicciones (Bazazi et al., 2011; Bohnert et al., 2011; Daniulaityte et al., 2012; Johanson et al., 2012)).

G. Ajustes Terapéuticos

Las personas que son adictas al alcohol u otras drogas experimentan comúnmente deseos intensos de consumir la sustancia y pueden sufrir de síntomas de abstinencia dolorosos o incómodos cuando descontinúan su uso (American Psychiatric Association, 2000; American Society of Addiction Medicine, 2011). Dichos síntomas reflejan a menudo una deficiencia neurológica o neuroquímica en el cerebro (Baler & Volkow, 2006; Dackis & O'Brien, 2005; NIDA, 2006). En caso de que un Tribunal de Tratamiento imponga sanciones severas por el uso de sustancias al inicio del tratamiento, es probable que el equipo se quede sin sanciones disponibles y alcance el *efecto techo* antes de que el tratamiento haya tenido la oportunidad de surtir efecto. Por lo tanto, los Tribunales de Tratamiento deberán, por lo general, ajustar los requerimientos de tratamiento de los participantes como respuesta a pruebas de detección de drogas en las fases iniciales del programa. Por ejemplo, es posible que los participantes requieran medicamentos, tratamiento residencial o terapia motivacional para mejorar su compromiso con la abstinencia (Chandler et al., 2009). Debido a que los jueces no están capacitados para tomar dichas decisiones, deberán confiar en la pericia de los médicos competentes para el ajuste de las condiciones de tratamiento [Ver Estándar III, Funciones y Responsabilidades del Juez]. Después de que los participantes hayan recibido un tratamiento adecuado y hayan sido estabilizados, es apropiado de nueva cuenta comenzar la aplicación de sanciones progresivas por el uso ilícito de drogas o alcohol.

Es posible que surja la pregunta de qué hacer con un participante que está cumpliendo con la mayor parte de sus obligaciones en el programa, pero continúa utilizando sustancias durante un periodo extendido de tiempo. Si los diversos ajustes al plan de tratamiento han sido inadecuados para iniciar la abstinencia, es posible que el participante no se encuentre en la disposición de aprovechar los tratamientos disponibles en el Tribunal de Tratamiento. En dichas circunstancias, puede ser necesario cesar a dicho participante. Sin embargo, el participante no deberá ser castigado, ni deberá incrementarse su sentencia por haber fallado en responder al

¹⁶ Lista de Incentivos y Sanciones, disponible en: <http://www.nderc.org/content/list-incentives-and-sanctions>.

tratamiento (ver subsección K). Sin embargo, es posible que el equipo descubra que el participante estaba incumpliendo su tratamiento de forma intencional. En circunstancias tales, sería efectivamente apropiado aplicar sanciones punitivas por incumplimiento doloso del tratamiento.

H. Incentivar la Productividad

Los Tribunales de Tratamiento obtienen significativamente mejores resultados cuando se enfocan tanto en incentivar comportamientos productivos como en reducir comportamientos no deseados. En el estudio MADCE se encontraron mucho mejores resultados en casos en los que los jueces de los Tribunales de Tratamiento ofrecían felicitaciones e incentivos positivos (Zweig et al., 2012). Diversos estudios adicionales revelan que una proporción 4:1 de incentivos con sanciones está relacionada con significativamente mejores resultados en la población de imputados por drogas (Gendreau, 1996; Senjo & Leip, 2001; Wodahl et al., 2011). Sin embargo, dicha proporción 4:1 deberá tomarse con cautela debido a que fue derivada de correlaciones post hoc (después del hecho) y no por estudios controlados. El propósito central de las sanciones es que se impongan tras un desempeño pobre y que los incentivos se otorguen por un desempeño adecuado. Por lo tanto, es posible que la cantidad mayor de incentivos no haya necesariamente provocado mejores resultados, sino que tal vez los mejores resultados trajeron como consecuencia una mayor proporción de incentivos. De cualquier forma, a pesar de que dicha correlación no demuestra causalidad, sí sugiere que es más probable que los Tribunales de Tratamiento tengan éxito si tienen incentivos disponibles para sus participantes.

Es indispensable reconocer que el castigo y el refuerzo positivo tienen funciones distintas, pero complementarias. El castigo se utiliza para reducir los comportamientos no deseados, tales como uso de sustancias y participación en delitos. El refuerzo positivo, en cambio, se usa para aumentar los comportamientos deseados, tales como asistencia a los tratamientos y el empleo. Por lo tanto, es más probable que estos dos elementos sean efectivos si se aplican en combinación (DeFulio et al., 2013). Normalmente, los efectos del castigo duran sólo lo que duren las sanciones correspondientes, y los comportamientos no deseados a menudo regresan rápidamente una vez que las sanciones terminan (Marlowe & Kirby, 1999; Marlowe & Wong, 2008). Por este motivo, los Tribunales de Tratamiento que dependen exclusivamente del castigo para reducir el uso de drogas y el delito, rara vez producen resultados duraderos después de la graduación.

Es mucho más probable obtener resultados duraderos cuando se utiliza el refuerzo positivo para incrementar la colaboración activa del participante en actividades productivas, tales como empleo o recreación, las cuales pueden competir contra el uso de drogas o actividades delictivas tras la graduación. Diversos estudios han revelado que los Tribunales de Tratamiento logran significativamente mejores resultados en la reducción de reincidencias y logran grandes ahorros financieros cuando requieren de sus participantes que encuentren un trabajo, se inscriban a una institución de educación o vivan en centros de rehabilitación como condición para graduarse del programa (Carey et al., 2012). El nivel de exigencia que un Tribunal de Tratamiento puede tener con sus participantes dependerá del nivel de desempeño de los mismos. Para aquellos participantes con deficiencias serias, la expectativa más razonable después de un año de tratamiento puede ser encontrar un lugar seguro donde vivir. Sin embargo, otros participantes pueden ser capaces de encontrar un empleo u obtener un diploma educativo después de un año. Como mínimo, los Tribunales de Tratamiento deberán asegurarse de que sus participantes estén activamente involucrados a un nivel suficiente en actividades sociales positivas que los mantengan estables y abstinentes tras salir de la estructura del programa de tratamiento. El enfoque de refuerzo comunitario (CRA; Budney et al., 1998; Godley & Godley, 2008) es un ejemplo basado en evidencia de intervenciones de consejería que pueden utilizar los Tribunales de Tratamiento para incentivar la participación en actividades sociales positivas.

I. Promoción de Fase

Los Tribunales de Tratamiento obtienen significativamente mejores resultados cuando tienen una estructura clara de fases y de los requerimientos concretos de comportamiento para poder avanzar en dichas fases (Carey et al., 2012; Shaffer, 2006; Wolfer, 2006). El propósito del progreso en las fases es para premiar a los participantes por sus logros y notificarles que las expectativas de su comportamiento han subido de forma correspondiente (Marlowe, 2011). Por lo tanto, el avance de fases deberá estar basado en el logro de objetivos

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

importantes que marquen un progreso sustancial en el camino a su rehabilitación. El avance de fases no deberá estar basado sólo en la cantidad de tiempo que los participantes hayan estado inscritos al programa.

Conforme los participantes vayan avanzando en su tratamiento, se encontrarán mejor equipados para participar en actividades productivas y resistir el uso de drogas ilícitas y alcohol. Por lo tanto, conforme progresan en las fases del programa, las consecuencias por incumplimiento deberán aumentar correspondientemente y los servicios de supervisión podrán reducirse. Debido a que las adicciones son una condición médica crónica y sujeta a recaídas (McLellan et al., 2000), el tratamiento podrá reducirse sólo si se ha determinado de forma clínica que al hacerlo no se precipitará una reincidencia. Finalmente, un principio básico de la modificación de comportamiento establece que deberán evaluarse de forma continua los efectos del tratamiento hasta que todos los componentes de intervención hayan sido retirados (Rusch & Kazdin, 1981). Por esta razón, las pruebas de detección de drogas y alcohol deberán ser la última obligación de supervisión que se retire, para asegurarse de que no ocurra una recaída.

Reducir el tratamiento o la supervisión antes de que los participantes hayan sido estabilizados de forma adecuada, los coloca en un riesgo serio de recaer en el uso de sustancias y de otros retrocesos de comportamiento. Cuando ocurre una recaída tan pronto un participante avanza de fase, es a menudo una señal de que los servicios fueron reducidos apresuradamente. El proceder adecuado sería regresar al participante de forma temporal a la fase anterior y planear una transición de fase más efectiva. Regresar al participante al principio de la primera fase del tratamiento no es—por lo general—lo más apropiado, puesto que ello podría exacerbar lo que se conoce como “efecto de violación de abstinencia” (AVE) (Marlatt, 1985). Cuando personas con adicciones tienen una recaída tras un periodo extenso de abstinencia, podrían llegar a la conclusión errónea que no han logrado nada con el tratamiento y que nunca tendrán éxito en su proceso de rehabilitación. Esta forma contraproducente de pensar (todo o nada) puede aumentar el riesgo de una recaída total o de abandono del tratamiento (Collins & Lapp, 1991; Marlatt & Witkiewitz, 2005; Stephens et al., 1994). Por lo tanto, regresar al participante a la primera fase del tratamiento pudiera ser malinterpretado por él mismo como una corroboración de dicha forma errónea de pensar. El objetivo del Tribunal de Tratamiento debe ser contrarrestar el Efecto de Violación de Abstinencia y apoyar al participante en su aprendizaje para evitar caer en el mismo error de nuevo.

J. Sanciones de Privación de Libertad

La certeza e inmediatez de las sanciones son factores mucho más relevantes en los resultados que la magnitud o severidad de las mismas (Harrell & Roman, 2001; Marlowe et al., 2005; Nagin & Pogarsky, 2011). Como se mencionó anteriormente, las sanciones demasiado severas pueden llevar a los efectos techo, los cuales pueden estancar los resultados o incluso empeorarlos.

Los Tribunales de Tratamiento son significativamente más efectivos y rentables cuando utilizan las sanciones de privación de libertad de forma esporádica (Carey et al., 2008b; Hepburn & Harvey, 2007). La investigación de dichos tribunales revela que las sanciones de privación de libertad producen rendimientos decrecientes después de tres a cinco días (Carey et al., 2012; Hawken & Kleiman, 2009). Un estudio multisitio encontró una correlación entre Tribunales de Tratamiento que tenían una política de sanciones de privación de libertad por más de una semana y un aumento en reincidencias, así como una proporción costo-beneficio negativa (Carey et al., 2012). Los Tribunales de Tratamiento que utilizaron sanciones de privación de libertad por más de dos semanas fueron 2.5 veces menos efectivos en la reducción de tasas delictivas y un 45% menos rentables que los Tribunales de Tratamiento que imponían sanciones de privación de libertad más breves.

Debido a que las sanciones de privación de libertad incluyen la pérdida fundamental de la libertad, los Tribunales de Tratamiento deberán asegurarse de que los participantes reciban una audiencia justa para su caso (Meyer, 2011). De igual forma, ya que muchas controversias en los tribunales involucran cuestiones de hechos no complejas, tales como si una prueba de detección de drogas fue positiva o si el participante no asistió a una sesión del tratamiento, las audiencias cortas podrán a menudo realizarse el mismo día y proporcionar las protecciones del debido proceso correspondientes.

K. Cesación

Es posible cesar a los participantes de un Tribunal de Tratamiento si constituyen un riesgo inmediato a la seguridad pública y se encuentran indispuestos o incapaces de participar activamente en el tratamiento, o también si se encuentran demasiado incapacitados para beneficiarse de los tratamientos disponibles en su comunidad. Si ninguna de estas condiciones se cumple, entonces el mejor proceder en la mayoría de los casos será ajustar el tratamiento del participante y los requerimientos de supervisión, así como aplicar sanciones progresivas.

Los Tribunales de Tratamiento obtienen resultados significativamente pobres y son considerablemente menos rentables cuando cesan a sus participantes por uso de drogas o alcohol. En un estudio multisitio, los Tribunales de Tratamiento que mantenían una política de cesar a sus participantes cuando obtenían resultados positivos en sus pruebas de detección de drogas o eran detenidos nuevamente por posesión de sustancias, tuvieron un porcentaje de reincidencia de un 50% más alto y un 48% más bajo en ahorro en gastos que aquellos Tribunales que aplicaron sanciones correspondientes en el tratamiento y aplicaron sanciones con una severidad menor (Carey et al., 2012). Los resultados de otro meta análisis reveló de igual forma que hay resultados significativamente peores en aquellos Tribunales que aplicaban una política de cesar a los participantes por resultados positivos en pruebas de detección de drogas (Shaffer, 2010). Debido a que la cesación de un Tribunal de Tratamiento por razones relacionadas a consumo de sustancias es costosa y no mejora los resultados, se deberá cesar a los participantes sólo cuando sea necesario por razones de seguridad pública o si es poco probable que los esfuerzos de tratamiento sean exitosos.

En caso de cesar a un participante de un Tribunal de Tratamiento debido a que el tratamiento adecuado no estaba disponible para sus necesidades clínicas, las normas de imparcialidad dictan que dicho participante deberá recibir crédito por sus esfuerzos en el programa y su sentencia no deberá aumentarse ni deberá ser sujeto de disposición judicial alguna por no concluir el tratamiento de forma exitosa. Hacer lo contrario podría disuadir a los imputados con adicciones y a sus abogados defensores de escoger la opción de un Tribunal de Tratamiento. Los abogados defensores tienen sus reservas—justificadas—en recomendar a sus clientes entrar a un Tribunal de Tratamiento si existe el riesgo serio de que la sentencia de su cliente se incremente a pesar de sus mejores esfuerzos por cumplir con el tratamiento (Bowers, 2007; Justice Policy Institute, 2011; National Association of Criminal Defense Lawyers, 2009).

L. Consecuencias de la Graduación y de la Cesación

Los estudios han revelado de forma consistente que los Tribunales de Tratamiento obtienen mejores resultados cuando *ejercen influencia/motivación/enganchan* con sus clientes; es decir, cuando informan a sus participantes que pueden evitar una sentencia más seria o disposición judicial si completan el programa de tratamiento (Cissner et al., 2013; Goldkamp et al., 2001; Longshore et al., 2001; Mitchell et al., 2012; Rempel & DeStefano, 2001; Rossman et al., 2011; Shaffer, 2010; Young & Belenko, 2002.) Por el contrario, los resultados son por lo general peores cuando se aplican consecuencias mínimas por abstinencia o por no lograr completar el programa (Cissner et al., 2013; Burns & Peyrot, 2008; Carey et al., 2008b; Gottfredson et al., 2003; Rempel & DeStefano, 2001; Rossman et al., 2011; Young & Belenko, 2002). Si la política de un Tribunal de Tratamiento es retomar los procedimientos legales tradicionales como si los participantes cesados nunca hubieran intentado tomar parte en un Tribunal de Tratamiento, las probabilidades de que el programa sea exitoso se reducen sustancialmente.

Tanto los precedentes legales como la investigación empírica ofrecen poca guía en lo que se refiere a decidir en qué momento imponer una sentencia presuntiva mayor correspondiente al delito subyacente en caso de que el imputado no tenga éxito en un programa alternativo, como el de un Tribunal de Tratamiento. Como mínimo, los participantes y sus abogados deberán estar informados de la posibilidad de que se imponga una sentencia mayor cuando soliciten ingresar a un Tribunal de Tratamiento (Meyer, 2011). Dichos tribunales deberán realizar todos los esfuerzos posibles para explicar claramente en el acuerdo qué factores podrá tomar en cuenta el juez a la hora de decidir si aumentará la sentencia presuntiva en caso de que un participante sea cesado o abandone el programa.

REFERENCIAS

- Aharonovich, E., Liu, X., Samet, S., Nunes, E., Waxman, R., & Hasin, D. (2005). Postdischarge cannabis use and its relationship to cocaine, alcohol, and heroin use: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *162*(8), 1507–1514.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Society of Addiction Medicine. (2011). *Public policy statement: Definition of addiction*. Disponible en <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>.
- Baler, R.D., & Volkow, N.D. (2006). Drug addiction: The neurobiology of disrupted self-control. *Trends in Molecular Medicine*, *12*(12), 559–566.
- Bazazi, A.R., Yokell, M., Fu, J.J., Rich, J.S., & Zaller, N.D. (2011). Illicit use of buprenorphine/naloxone among injecting and noninjecting opioid users. *Journal of Addiction Medicine*, *5*(3), 175–180.
- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression & Violent Behavior*, *13*(2), 107–118.
- Boden, J.M., Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2013). Alcohol misuse and criminal offending: Findings from a 30-year longitudinal study. *Drug & Alcohol Dependence*, *128*(1–2), 30–36.
- Bohnert, A.S., Valenstein, M., Bair, M.J., Ganoczy, D., McCarthy, J.F., Ilgen, M.A., & Blow, F.C. (2011). Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths. *Journal of the American Medical Association*, *305*(13), 1315–1321.
- Bowers, J. (2007). Contraindicated drug courts. *UCLA Law Review*, *55*, 783–831.
- Budney, A.J., Higgins, S.T., Mercer, D.E., & Carpenter, G. (1998). *A community reinforcement approach: Treating cocaine addiction* [NIH Pub. No. 98-4309]. In series *Therapy manuals for drug abuse: Manual 2*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. Disponible en <http://archives.drugabuse.gov/TXManuals/CRA/CRA1.html>.
- Burdon, William M., John M. Roll, Michael L. Prendergast, & Richard A. Rawson. (2001). Drug courts and contingency management. *Journal of Drug Issues*, *31*(1), 73–90.
- Burke, K., & Leben, S. (2007). Procedural fairness: A key ingredient in public satisfaction [White paper]. *Court Review*, *44*(1–2), 4–25.
- Burns, S.L., & Peyrot, M. (2008). Reclaiming discretion: Judicial sanctioning strategy in court-supervised drug treatment. *Journal of Contemporary Ethnography*, *37*(6), 720–744.
- Carey, S.M., Finigan, M.W., & Pukstas, K. (2008a). *Exploring the key components of drug courts: A comparative study of 18 adult drug courts on practices, outcomes and costs*. Portland, OR: NPC Research. Disponible en http://www.npcresearch.com/Files/NIJ_Cross-site_Final_Report_0308.pdf.
- 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*, *8*(1), 6–42.
- Carey, S.M., Pukstas, K., Waller, M.S., Mackin, R.J., & Finigan, M.W. (2008b). *Drug courts and state mandated drug treatment programs: Outcomes, costs and consequences*. Portland, OR: NPC Research. Disponible en http://www.npcresearch.com/Files/Prop36_Drug_Court_Executive_Summary_0308.pdf.
- 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*, *301*(2), 183–190.
- Cheesman, F.L., & Kunkel, T.L. (2012). *Virginia Adult Drug Treatment Courts: Cost benefit analysis*. Williamsburg, VA: National Center for State Courts.
- Cissner, A., Rempel, M., Franklin, A.W., Roman, J.K., Bieler, S., Cohen, R., & Cadoret, C.R. (2013, March). *A statewide evaluation of New York's adult drug courts: Testing which policies work best*. Paper presented at the New York Association of Drug Treatment Court Professionals Training. Disponible en <http://www.nyadtcp.org/userfiles/file/presentation/The%202012%20New%20York%20State%20Drug%20Court%20Evaluation.pdf>.
- Collins, L.R., & Lapp, W.M. (1991). Restraint and attributions: Evidence of the abstinence violation effect in alcohol consumption. *Cognitive Therapy & Research*, *15*(1), 69–84.
- Dackis, C., & O'Brien, C. (2005). Neurobiology of addiction: Treatment and public policy ramifications. *Nature Neuroscience*, *8*(11), 1431–1436.
- Daniulaityte, R., Falck, R., & Carlson, R. G. (2012). Illicit use of buprenorphine in a community sample of young adult non-medical users of pharmaceutical opioids. *Drug and Alcohol Dependence*, *122*(3), 201–207.

INCENTIVOS, SANCIONES Y AJUSTES TERAPÉUTICOS

- DeFulio, A., Stitzer, M., Roll, J., Petry, N., Nuzzo, P., Schwartz, R.P., & Stabile, P. (2013). Criminal justice referral and incentives in outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(1), 70–75.
- Farole, D.J., & Cissner, A.B. (2007). Seeing eye to eye: Participant and staff perspectives on drug courts. In G. Berman, M. Rempel & R.V. Wolf (Eds.), *Documenting Results: Research on Problem-Solving Justice* (pp. 51–73). New York: Center for Court Innovation.
- Frazier, M.S. (2006). *The impact of the community court model on defendant perceptions of fairness: A case study at the Red Hook Community Justice Center*. New York: Center for Court Innovation. Disponible en http://www.courtinnovation.org/sites/default/files/Procedural_Fairness.pdf.
- Friedman, A.S., Glassman, K., & Terras, A. (2001). Violent behavior as related to use of marijuana and other drugs. *Journal of Addictive Diseases*, 20(1), 49–72.
- Gallagher, J.R. (2013). African American participants' views on racial disparities in drug court outcomes. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(2), 143–162.
- Gendreau, P. (1996). The principles of effective intervention with offenders. In A. Harland (Ed.), *Choosing correctional options that work* (pp. 117–130). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Godley, M.D., & Godley, S.H. (2008). *Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)*. Disponible en <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=41>.
- Goldkamp, J.S., White, M.D., & Robinson, J.B. (2001). Do Drug Courts work? Getting inside the Drug Court black box. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 27–72.
- Gottfredson, D.C., Najaka, S.S., & Kearley, B., (2003). Effectiveness of drug treatment courts: Evidence from a randomized trial. *Criminology & Public Policy*, 2(2), 171–196.
- Griffith, J.D., Rowan-Szal, G.A., Roark, R.R., & Simpson, D.D. (1999). Contingency management in outpatient methadone treatment: A meta-analysis. *Drug & Alcohol Dependence*, 58(1), 55–66.
- Harrell, A., Cavanagh, S., & Roman, J. (1999). *Findings From the Evaluation of the D.C. Superior Court Drug Intervention Program: Final Report*. Washington, DC: The Urban Institute.
- Harrell, A., & Roman, J. (2001). Reducing drug use and crime among offenders: The impact of graduated sanctions. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 207–231.
- 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>.
- Hepburn, J.R., & Harvey, A.N. (2007). The effect of the threat of legal sanction on program retention and completion: Is that why they stay in drug court? *Crime & Delinquency*, 53(2), 255–280.
- Johanson, C., Arfken, C. L., di Menza, S., & Schuster, C. R. (2012). Diversion and abuse of buprenorphine: Findings from national surveys of treatment patients and physicians. *Drug and Alcohol Dependence*, 120(1), 190–195.
- Justice Policy Institute. (2011). *Addicted to courts: How a growing dependence on drug courts impacts people and communities*. Washington, DC: Author.
- 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*, 103(1), e37–e43.
- Lane, S.D., Cherek, D.R., Pietras, C.J., & Tcheremissine, O.V. (2004). Acute marijuana effects on response–reinforcer relations under multiple variable–interval schedules. *Behavioural Pharmacology*, 15(4), 305–309.
- Longshore, D.L., Turner, S., Wenzel, S.L., Morral, A.R., Harrell, A., McBride, D., Deschenes, E., & Iguchi, M.Y. (2001). Drug Courts: A conceptual framework. *Journal of Drug Issues* 31(1), 7–25.
- Lussier, J.P., Heil, S.H., Mongeon, J.A., Badger, G.J., & Higgins, S.T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101(2), 192–203.
- Marlatt, G.A. (1985). Cognitive factors in the relapse process. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 128–200). New York: Guilford.
- Marlatt, G.A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. In G. A. Marlatt & D. M. Donovan (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.; pp. 1–44). New York: Guilford.
- Marlowe, D.B. (2007). Strategies for administering rewards and sanctions. In J.E. Lessenger & G.F. Roper (Eds.), *Drug courts: A new approach to treatment and rehabilitation* (pp. 317–336). New York: Springer.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

- Marlowe, D.B. (2011). Applying incentives and sanctions. In B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp.139–157). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. Disponible en http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf.
- Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Foltz, C., Lee, P.A., & Patapis, N.S. (2005). Perceived deterrence and outcomes in drug court. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(2), 183–198.
- Marlowe, D.B., & Kirby, K.C. (1999). Effective use of sanctions in drug courts: Lessons from behavioral research. *National Drug Court Institute Review*, 2(1), 1–31.
- Marlowe, D.B., & Wong, C.J. (2008). Contingency management in adult criminal drug courts. In S.T. Higgins, K. Silverman, & S.H. Heil (Eds.), *Contingency management in substance abuse treatment* (pp. 334–354). New York: Guilford Press.
- McLellan, A. T., Lewis, D. L., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.
- Meyer, W.G. (2011). Constitutional and legal issues in drug courts. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 159–180). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. Disponible en http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf.
- Miethe, T.D., Lu, H., & Reese, E. (2000). Reintegrative shaming and recidivism risks in Drug Court: Explanations for some unexpected findings. *Crime & Delinquency*, 46(4), 522–541.
- Mitchell, O., Wilson, D.B., Eggers, A., & MacKenzie, D.L. (2012). Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: A meta-analytic review of traditional and nontraditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*, 40(1), 60–71.
- Nagin, D.S., & Pogarsky, G. (2001). Integrating celerity, impulsivity, and extralegal sanction threats into a general deterrence: Theory and evidence. *Criminology*, 39(4), 865–892.
- National Association of Criminal Defense Lawyers. (2009). *America's problem-solving courts: The criminal costs of treatment and the case for reform*. Washington, DC: Author.
- National Institute on Drug Abuse. (2006). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations* (NIH Pub. No. 06–5316). Bethesda, MD: Author.
- Pedersen, W., & Skardhamar, T. (2010). Cannabis and crime: Findings from a longitudinal study. *Addiction*, 105(1), 109–118.
- Rempel, M., & DeStefano, C.D. (2001). Predictors of engagement in court-mandated treatment: Findings at the Brooklyn Treatment Court, 1996–2000. *Journal of Offender Rehabilitation*, 33(4), 87–124.
- Reynolds, M.D., Tarter, R.E., Kirisci, L., & Clark, D.B. (2011). Marijuana but not alcohol use during adolescence mediates the association between transmissible risk for substance use disorder and number of lifetime violent offenses. *Journal of Criminal Justice*, 39(3), 218-223.
- Rossmann, S.B., Rempel, M., Roman, J.K., Zweig, J.M., Lindquist, C.H., Green, M., Downey, P.M., Yahner, J., Bhati, A.S., & Farole, D.J. (2011). *The multisite adult drug court evaluation: The impact of drug courts, vol. 4*. Washington, DC: Urban Institute Justice Policy Center. Disponible en <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/237112.pdf>.
- Rusch, F.R., & Kazdin, A.E. (1981). Toward a methodology of withdrawal designs for the assessment of response maintenance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14(2), 131–140.
- Sechrest, D.K., & Shicor, D. (2001). Determinants of graduation from a day treatment drug court in California: A preliminary study. *Journal of Drug Issues*, 31, 129–147.
- Senjo, S.R., & Leip, L.A. (2001). Testing and developing theory in Drug Court: A four-part logit model to predict program completion. *Criminal Justice Policy Review*, 12(1), 66–87.
- Shaffer, D.K. (2006). Reconsidering drug court effectiveness: A meta-analytic review (Doctoral dissertation, University of Cincinnati, 2006). *Dissertation Abstracts International*, 67, 09A (AAT No. 3231113).
- Shaffer, D.K. (2010). Looking inside the black box of drug courts: A meta-analytic review. *Justice Quarterly*, 28(3), 493–521.
- Stephens, R.S., Curtin, L., Simpson, E. E., & Roffman, R.A. (1994). Testing the abstinence violation effect construct with marijuana cessation. *Addictive Behaviors*, 19(1), 23–32.
- Stitzer, M.L. (2008). Motivational incentives in drug courts. In C. Hardin & J.N. Kushner (Eds.), *Quality improvement for drug courts: Evidence-based practices* (pp. 97–105). Alexandria, VA: National Drug Court Institute.
- Thompson, L.L., Claus, E.D., Mikulich-Gilbertson, S.K., Banich, M.T., Crowley, T., Krmpotich, T., Miller, D., & Tanabe, J. (2012). Negative reinforcement learning is affected in substance dependence. *Drug & Alcohol Dependence*, 123(1), 84–90.
- Tyler, T.R. (2007). Procedural justice and the courts. *Court Review*, 44 (1–2), 26–31.
- Wodahl, E.J., Garland, B., Culhane, S.E., & McCarty, W.P. (2011). Utilizing behavioral interventions to improve supervision outcomes in community-based corrections. *Criminal Justice & Behavior*, 38(4), 386–405.

INCENTIVOS, SANCIONES Y AJUSTES TERAPÉUTICOS

- Wolfer, L. (2006). Graduates speak: A qualitative exploration of drug court graduates' views of the strengths and weaknesses of the program. *Contemporary Drug Problems, 33*(2), 303–320.
- Young, D., & Belenko, S. (2002). Program retention and perceived coercion in three models of mandatory drug treatment. *Journal of Drug Issues, 22*(1), 297–328.
- Zweig, J.M., Lindquist, C., Downey, P.M., Roman, J., & Rossman, S.B. (2012). Drug court policies and practices: How program implementation affects offender substance use and criminal behavior outcomes. *Drug Court Review, 8*(1), 43–79.

V. TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Los participantes recibirán Tratamiento para Trastornos por Uso de Sustancias con base en una evaluación estandarizada de sus necesidades.¹⁷ Dicho tratamiento no se impartirá como premio para incentivar comportamientos deseados ni para castigar violaciones, ni para cualquier otro objetivo no indicado clínicamente. Los proveedores de tratamiento¹⁸ deberán estar capacitados y supervisados para impartir una gama de modelos de atención basadas en evidencia, las cuales están documentadas en los manuales correspondientes.

- A. Servicios de Tratamiento
- B. Tratamiento en Custodia
- C. Representación del Equipo
- D. Dosis y Duración del Tratamiento
- E. Modalidades de Tratamiento
- F. Tratamientos con Base en Evidencia
- G. Medicamentos
- H. Capacitación y Acreditación de los Proveedores
- I. Grupos de Apoyo
- J. Seguimiento a la Atención

A. Servicios de Tratamiento

El Tribunal de Tratamiento ofrece una gama de servicios de atención relacionados con el tratamiento de trastornos por uso de sustancias; incluyendo la desintoxicación, residencial, comunidades libres de drogas y alcohol, tratamientos diurnos y servicios intensivos ambulatorios e internos. Los criterios de asignación estándar de un participante son los que dictan el nivel de cuidado que recibirá un participante. Los ajustes a dicho nivel de cuidado están basados en la respuesta de cada participante al tratamiento y no están vinculados a la estructura de fases del programa del Tribunal. Los participantes no recibirán sanciones punitivas ni su sentencia aumentará si no logran responder a un nivel de cuidado sustancialmente por debajo o por encima de sus necesidades de tratamiento.

¹⁷ Las provisiones de este estándar asume que los participantes han sido diagnosticados de forma confiable con un trastorno por uso de sustancias o son adictos a drogas ilícitas, alcohol o medicamentos de prescripción consumidos para propósitos no prescritos o no médicos [ver Estándar I, Población Objetivo]. En caso de que un Tribunal sea incapaz de proporcionar el nivel de servicios especificados, es posible que deba modificar sus criterios de elegibilidad para trabajar con la población sin problemas de adicción.

¹⁸ Los términos *proveedor de tratamiento* o *médico* se refieren a cualquier profesional que administre el tratamiento por desorden de uso de sustancias en un Tribunal de Tratamiento, incluyendo a asesores certificados, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos y psiquiatras. El término *gestor de caso clínico* se refiere a los profesionales capacitados clínicamente que pudieran realizar evaluaciones por uso de sustancias, realizar referencias para dicho tratamiento, o reportar el progreso de los participantes durante las audiencias o reuniones de personal. Sin embargo, el gestor no administra el tratamiento.

B. Tratamiento en Custodia

Los participantes no deberán estar encarcelados para lograr los objetivos clínicos o de servicio social, tales como servicios de desintoxicación o de comunidades libres de drogas y alcohol.

C. Representación del Equipo

Deberá haber una o dos agencias de tratamiento que sean responsables de la implementación de los servicios de tratamiento para los participantes en los Tribunales de Tratamiento. Deberá haber representantes clínicamente capacitados de dichas agencias como miembros centrales del equipo del Tribunal y deberán asistir de forma regular a las reuniones de equipo y audiencias de seguimiento. En caso de que más de dos agencias proporcionen el tratamiento a los participantes, se deberán establecer protocolos de comunicación para asegurarse de que información clara y oportuna acerca del progreso de cada participante se comunique al equipo del Tribunal de Tratamiento.

D. Dosis y Duración del Tratamiento

Los participantes recibirán la dosis y duración correspondiente del tratamiento de trastorno por uso de sustancias para lograr la abstinencia y la rehabilitación de su adicción. Habitualmente los participantes recibirán de seis a diez horas de consejería a la semana durante la fase inicial del tratamiento, y aproximadamente 200 horas de consejería a lo largo de nueve a doce meses. Sin embargo, el Tribunal de Tratamiento se deberá permitir la flexibilidad de adaptar las diferencias individuales de respuesta al tratamiento por parte de cada participante.

E. Modalidades de Tratamiento

Los participantes se reunirán con un proveedor de tratamiento o gestor clínico de caso para al menos una sesión individual a la semana durante la primera fase del programa. La frecuencia de las sesiones individuales podrá reducirse sólo si hay poca probabilidad de ocasionar una recaída o retrocesos en comportamiento. Los participantes serán evaluados con respecto a su idoneidad para intervenciones en grupo, y dicha participación en grupo deberá ser guiada de acuerdo a los criterios de selección con base en evidencia, lo cual incluye el género, historial de trauma y síntomas psiquiátricos concurrentes. Los grupos de tratamiento no deberán tener, como regla general, más de doce participantes, y tendrán al menos dos líderes o facilitadores.

F. Tratamientos con Base en Evidencia

Los proveedores de tratamiento impartirán tratamientos conductuales o cognitivo conductuales que se encuentran documentados en los manuales y cuya efectividad haya sido demostrada en mejorar los resultados de personas con adicciones dentro del sistema de justicia penal. De igual forma, los proveedores de tratamiento deberán ser competentes en la implementación de intervenciones y serán supervisados de forma regular para asegurar su apego continuo a los modelos de tratamiento.

G. Medicamentos

A los participantes se les recetan medicamentos psicotrópicos o para tratar los trastornos de consumo de sustancias conforme a la necesidad clínica, determinada por un médico tratante especializado en psiquiatría, medicina general de adicciones o algún campo relacionado.

H. Capacitación y Acreditación de los Proveedores

Los proveedores de tratamiento deberán tener una licencia o certificación para administrar el tratamiento de trastornos por uso de sustancias. De igual forma, deberán poseer experiencia suficiente para trabajar con poblaciones del sistema de justicia penal y serán supervisados de forma constante para asegurar su apego a las mejores prácticas.

I. Grupos de Apoyo

Los participantes asistirán de forma regular a grupos de apoyo y ayuda mutua adicionales a la consejería profesional. Los grupos de apoyo deberán seguir un modelo estructurado o un plan de estudios, tal como el de los 12 pasos o modelos de Rehabilitación Inteligente (Smart Recovery).¹⁹ Sin embargo, antes de que los participantes ingresen a dichos grupos de apoyo, los proveedores de tratamiento realizarán una intervención preparatoria, tal como la Terapia de los 12 pasos, para alistar a los participantes en cuanto a lo que podrían esperar en dichos grupos de apoyo y puedan ayudarlos a beneficiarse al máximo de los mismos.

J. Seguimiento a la Atención

Los participantes deberán terminar una fase final del Tribunal de Tratamiento enfocada en la prevención de recaídas y seguimiento a la atención. Los participantes prepararán un plan de seguimiento a la atención junto con su consejero de tratamiento para asegurarse de que continúen participando en actividades socialmente positivas y permanezcan en contacto con el grupo de apoyo después de haber concluido el programa.

Los proveedores de tratamiento o gestores clínicos de caso deberán intentar contactar, durante al menos los primeros noventa días tras su salida del programa, a participantes previos por teléfono, carta, correo electrónico o medios similares para revisar su progreso, ofrecer consejo breve y apoyo, así como proporcionar referencias para tratamientos adicionales cuando sea indicado.

COMENTARIOS

A. Servicios de Tratamiento

Los resultados son significativamente mejores en los Tribunales de Tratamiento que ofrecen una gama de modalidades de cuidado para los tratamientos de trastornos por uso de sustancias, lo cual incluye tratamiento

¹⁹ Los Tribunales de Tratamiento deben ofrecer una alternativa seglar a los programas de los 12 pasos, tal como Narcóticos Anónimos, ya que los Tribunales de Apelación han interpretado que estos programas tienen una base religiosa, lo cual se relaciona con los derechos establecidos en la Primera Enmienda (Meyer, 2011).

residencial y alojamiento de rehabilitación adicional a tratamiento ambulatorio (Carey et al., 2012; Koob et al., 2011; McKee, 2010). Los participantes que sean asignados de forma inicial a tratamiento residencial deberán ser reasignados gradualmente a tratamiento diurno o ambulatorio intensivo y subsecuentemente a tratamiento ambulatorio (Krebs et al., 2009). En diversas investigaciones del tratamiento del consumo problemático de sustancias se ha encontrado una relación entre resultados no exitosos y la transferencia de pacientes directamente de tratamiento residencial a tratamiento ambulatorio estándar de baja frecuencia (McKay, 2009a; Weiss et al., 2008). De manera general, el tratamiento ambulatorio estándar debe ser de menos de nueve horas a la semana; el tratamiento ambulatorio intensivo debe ser de entre nueve y diecinueve horas; el tratamiento diurno dura típicamente veinte horas, pero no incluye pernoctación (Mee-Lee & Gastfriend, 2008).

Se logran resultados significativamente mejores cuando se asigna a los pacientes con algún trastorno por uso de sustancias a un nivel de cuidado basado en una evaluación estandarizada de sus necesidades de tratamiento, a diferencia de sólo confiar en la opinión o discreción profesional (Andrews & Bonta, 2010; Babor & Del Boca, 2002; Karno & Longabaugh, 2007; Vieira et al., 2009). El criterio de asignación más común se llama *Criterios de Asignación de la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones para el Tratamiento relacionado con Uso de Sustancias* (ASAM-PPC; Mee-Lee et al., 2001). Diversos estudios han confirmado que los pacientes que reciben el nivel indicado de cuidado de acuerdo con el ASAM-PPC logran tasas de término de tratamiento mucho mayores y se reducen las instancias de recaídas en comparación con pacientes que recibieron un nivel de cuidado menor al indicado por la ASAM-PPC (por ejemplo, pacientes que recibieron tratamiento ambulatorio cuando ASAM-PPC recomendaba tratamiento residencial; De Leon et al., 2010; Gastfriend et al., 2000; Gregoire, 2000; Magura et al., 2003; Mee-Lee & Gastfriend, 2008). De igual forma, aquellos pacientes que recibieron un nivel de cuidado mayor al indicado por ASAM-PPC tuvieron resultados equivalentes o peores que aquellos que recibieron el nivel de cuidado correspondiente, y los programas rara vez fueron rentables (Magura et al., 2003).

Dentro del sistema de justicia penal, la disparidad en la asignación de imputados con el nivel de cuidado que requieren ha sido asociada con efectos negativos o iatrogénicos en los resultados. Diversos estudios revelan que aquellos imputados que recibieron tratamiento residencial cuando un nivel de cuidado menor habría sido suficiente obtuvieron tasas significativamente más altas de fracaso y reincidencia penal que aquellos imputados con necesidades comparables que sí fueron asignados a un tratamiento ambulatorio (Lovins et al., 2007; Lowenkamp & Latessa, 2005; Wexler et al., 2004). Parece ser que el impacto negativo de recibir un nivel excesivo de cuidado es mucho más pronunciado en imputados por debajo de los veinticinco años, posiblemente debido a que los imputados jóvenes son más vulnerables a las influencias antisociales de sus compañeros (DeMatteo et al., 2006; Lowenkamp & Latessa, 2004; McCord, 2003; Petrosino et al., 2000; Szalavitz, 2010). Por lo tanto, se deberá ejercer cautela particular para asegurarse de que los participantes más jóvenes en los Tribunales de Tratamiento no sean colocados de forma errónea en tratamiento residencial.

Como se ha mencionado anteriormente, la evidencia sugiere que hay mayor probabilidad de que los imputados pertenecientes a minorías étnicas y raciales reciban un nivel de cuidado menor de lo que sus resultados de evaluación sugieren (Integrated Substance Abuse Programs, 2007; Janku & Yan, 2009). Para evitar esta situación, una resolución unánime de la Junta de Directores de la NADCP exige que los Tribunales de Tratamiento monitoreen si miembros de minorías o de otros grupos históricamente discriminados están recibiendo servicios equivalentes a otros participantes en los programas, y se requiere que tomen las medidas correctivas correspondientes, cuando sea necesario, para corregir cualquier discrepancia [Ver Estándar II, Equidad e Inclusión].

Es posible que algunos Tribunales de Tratamiento inicien a todos los participantes en el mismo nivel de cuidado y de forma rutinaria vayan ajustando el nivel de cuidado de los participantes conforme avanzan en las fases del programa. La investigación arriba citada revela claramente que dichas prácticas no están justificadas con base en la necesidad clínica o costos. No se deberá asignar a los participantes a un nivel de cuidado sin antes haber confirmado a través de una evaluación estandarizada y validada que sus necesidades clínicas justifican dicho nivel de cuidado.

En caso de que un Tribunal de Tratamiento no pueda proporcionar los niveles de cuidado adecuados para cumplir con las necesidades de personas con adicciones, entonces el programa podrá considerar ajustar sus criterios de elegibilidad para trabajar con poblaciones menos afectadas clínicamente, tales como imputados

que usen, pero no tengan, adicciones relacionadas con el alcohol o las drogas. Como mínimo, los participantes no deberán ser castigados por no responder de forma exitosa a un nivel de cuidado que era insuficiente para sus necesidades de tratamiento. En caso de que un participante sea cesado de un Tribunal de Tratamiento por no responder exitosamente a un nivel inadecuado de tratamiento, los principios de imparcialidad dictan que dicho participante debería recibir crédito por sus esfuerzos en el programa y su sentencia no deberá ser incrementada ni será sujeto de disposición judicial alguna por no terminar el tratamiento de forma exitosa. De hacer lo contrario se podría disuadir a los imputados y a sus abogados defensores de escoger a un Tribunal de Tratamiento como opción. Como se mencionó anteriormente, la evidencia sugiere que los abogados defensores se encuentran reticentes a recomendar un Tribunal de Tratamiento cuando existe una probabilidad alta de que su cliente vea su sentencia incrementada a pesar de sus mejores esfuerzos por completar el tratamiento (Bowers, 2007; Justice Policy Institute, 2011; National Association of Criminal Defense Lawyers, 2009).

B. Tratamiento en Custodia

Depender de la implementación del tratamiento en custodia reduce la proporción costo-efectividad de un Tribunal de Tratamiento hasta en un 45% (Carey et al., 2012). La mayoría de los estudios reportan ganancias mínimas de proveer tratamiento de trastornos por uso de sustancias dentro de las cárceles o prisiones (Pearson & Lipton, 1999; Pelissier et al., 2007; Wilson & Davis, 2006). A pesar de que ciertos tipos de programas en custodia (tales como comunidades terapéuticas, CT) han demostrado representar una mejoría en los resultados con internos en prisiones (Mitchell et al., 2007), la mayoría de los beneficios de esos programas se atribuyen al hecho de que aumentaron la probabilidad de que los imputados completaran su tratamiento ambulatorio posterior a su excarcelación (Bahr et al., 2012; Martin et al., 1999; Wexler et al., 1999). Los beneficios a largo plazo de las CTs se deben primordialmente a la exposición subsecuente que tuvieron los imputados a tratamiento centrado en la comunidad. Una vez que el imputado participa en dicho tratamiento rara vez habría una razón clínica para transferirlo a tratamiento en custodia. Tener a un participante en custodia puede ser apropiado para proteger la seguridad pública o para castigar violaciones dolosas, tales como la falta de asistencia intencional a las sesiones del tratamiento. Sin embargo, el tratamiento en custodia rara vez funcionará para alcanzar las metas de efectividad y costo-beneficio del tratamiento.

Es posible que algunos Tribunales de Tratamiento priven de su libertad a los participantes como un medio para implementar los servicios de desintoxicación, o para mantener a ciertas personas “lejos de las calles” cuando no hay tratamiento disponible en la comunidad. A pesar de que esta práctica puede en efecto ser necesaria en instancias esporádicas para proteger a los participantes de daño propio, no es consistente con las mejores prácticas, es indebidamente costoso y poco probable de producir beneficios duraderos. Tan pronto se haga disponible un tratamiento adecuado, el participante deberá ser liberado inmediatamente de la privación de libertad y transferido al nivel apropiado de cuidado en su comunidad.

C. Representación del Equipo

Se ha demostrado que los resultados son significativamente mejores cuando los Tribunales de Tratamiento trabajan con una o dos agencias de tratamiento primario en lo que corresponde a la gestión de los servicios de tratamiento para los participantes (Carey et al., 2008, 2012; Shaffer, 2006; Wilson et al., 2006). La reincidencia delictiva se puede reducir hasta el doble cuando los representantes de dichas agencias primarias son miembros integrales del equipo del Tribunal y asisten de forma regular a las reuniones del personal y a las audiencias judiciales (Carey et al., 2012). Esta disposición permite asegurarse de que la información oportuna del progreso de los participantes sea comunicada al equipo del Tribunal y que los temas relacionados con el tratamiento sean parte de la toma de decisiones en las reuniones de personal y audiencias de seguimiento judicial.

Por razones prácticas, no es posible para muchos proveedores de tratamiento asistir a las reuniones de personal o a las audiencias judiciales de forma rutinaria. Por lo tanto, los Tribunales de Tratamiento que estén afiliados con un número importante de agencias de tratamiento deberán establecer protocolos de comunicación para asegurarse de que la información oportuna respecto al tratamiento sea presentada al equipo del Tribunal. Los gestores clínicos de caso de las agencias de tratamiento son, generalmente, los responsables de asegurarse que dicho proceso se realice de forma eficiente y oportuna. Es posible mejorar

los resultados, particularmente en los casos en los que los Tribunales de Tratamiento están afiliados con varios proveedores de tratamiento, cuando dichos proveedores se comunican de forma frecuente con el tribunal vía correo electrónico o medios electrónicos similares (Carey et al., 2012).

D. Dosis y Duración del Tratamiento

Es posible atribuir el éxito de los Tribunales de Tratamiento, en parte, al hecho de que aumentan de forma significativa la exposición del participante al tratamiento de trastornos por el uso de sustancias (Gottfredson et al., 2007; Lindquist et al., 2009). Los resultados son mejores mientras más tiempo permanezcan los participantes en el tratamiento y asistan a más sesiones (Banks & Gottfredson, 2003; Gottfredson et al., 2007; Gottfredson et al., 2008; Peters et al., 2002; Shaffer, 2010; Taxman & Bouffard, 2005). Se alcanzan los mejores resultados cuando imputados con adicciones terminan un tratamiento completo que dura entre nueve y doce meses (270 a 360 días; Peters et al., 2002; Huebner & Cobbina, 2007)).²⁰ En promedio, los participantes requerirán cerca de seis a diez horas de consejería a la semana durante la primera fase del programa (Landenberger & Lipsey, 2005) y 200 horas de consejería a lo largo de todo el tratamiento (Bourgon & Armstrong, 2005; Sperber et al., 2013).²¹ Los Tribunales de Tratamiento más efectivos publican lineamientos generales relacionados con la duración anticipada y la dosis del tratamiento. Sin embargo, los tribunales deberán otorgarse suficiente flexibilidad para adaptarse a las diferentes respuestas de los participantes (Carey et al., 2012).

E. Modalidades de Tratamiento

Los resultados son significativamente mejores en aquellos Tribunales que requieren que los participantes se reúnan con un proveedor de tratamiento o un gestor de caso clínico para una sesión individual al menos una vez por semana durante la primera fase del programa (Carey et al., 2012; Rossman et al., 2011). La mayoría de los participantes se encuentran clínicamente inestables y en un estado de crisis cuando entran por primera vez a un Tribunal de Tratamiento. Es posible que las sesiones de grupo no proporcionen suficiente tiempo y oportunidades para atender las necesidades sociales y clínicas de cada participante. Por lo tanto, las sesiones individuales reducen la probabilidad de que los participantes se rezaguen durante las primeras etapas cuando se encuentran más vulnerables ante sus debilidades, síntomas de abstinencia y recaídas.

La consejería grupal puede también mejorar los resultados en los Tribunales de Tratamiento, pero sólo si los grupos aplican prácticas basadas en la evidencia y los participantes son evaluados en cuanto a su idoneidad para dichos servicios grupales. La investigación revela que la consejería grupal son más efectivas con seis a doce participantes y dos facilitadores (Brabender, 2002; Sobell & Sobell, 2011; Velasquez et al., 2001; Yalom, 2005). Los grupos con más de doce miembros ofrecen menos oportunidades de interacción, no permiten dedicar suficiente tiempo a atender las preocupaciones de todos y es más probable que se fragmenten en pandillas o subgrupos, y por lo tanto es más probable que sean dominados por los miembros más antisociales, agresivos o violentos (Brabender, 2002; Yalom, 2005). Los grupos con menos de cuatro miembros experimentan por lo general niveles excesivos de deserción e inestabilidad (Yalom, 2005). En caso de que un Tribunal de Tratamiento no pueda constituir grupos estables con al menos cuatro miembros, sería preferible realizar sesiones de consejería individual en lugar de grupal.

Para aquellos grupos que estén tratando temas de comportamientos externalizados indebidos, tales como delincuencia o uso de sustancias, se necesitan a menudo dos facilitadores para el monitoreo y control de las interacciones del grupo (Sobell & Sobell, 2011). El facilitador principal puede dirigir el formato y flujo de las sesiones, mientras que el cofacilitador puede establecer los límites a los participantes que interrumpen, revisar las tareas de los participantes o ser parte de las representaciones actuadas para ilustrar, por ejemplo, estrategias para rechazar las drogas. A pesar de que el facilitador principal deberá ser un profesional capacitado y certificado, el cofacilitador podrá ser alguien en capacitación o de recién ingreso en el programa. Utilizar a personal en capacitación y a miembros del personal no experimentados como cofacilitadores puede

²⁰ Éste es un asunto por separado del término promedio de matriculación en un Tribunal de Tratamiento. La evidencia sugiere que debe durar aproximadamente de doce a dieciocho meses. (Carey et al., 2012; Shaffer, 2010).

²¹ Se asume que el Tribunal de Tratamiento está trabajando con individuos adictos a drogas o al alcohol y con un alto riesgo de reincidencia delictiva o de incumplir el programa [ver Estándar I, Población Objetivo].

reducir los costos de tener dos facilitadores y proporciona una excelente oportunidad de capacitación a los nuevos integrantes del equipo.

De igual forma, la evidencia revela que las intervenciones en grupo pudieran no ser la opción correcta para cierto tipo de participantes, tales como aquellos que sufran de algún daño cerebral serio, paranoia, sociopatías, depresión severa, o desórdenes traumáticos (Yalom, 2005). Es posible que las personas con dichas características necesiten ser tratados de forma individual o en grupos especializados en donde se puedan enfocar los esfuerzos a sus necesidades únicas y vulnerabilidades (Drake et al., 2008; Ross, 2008). Por ejemplo, se han logrado mejores resultados en Tribunales de Tratamiento (Messina et al., 2012; Liang & Long, 2013) y otros programas de tratamiento para trastornos por uso de sustancias (Grella, 2008; Mills et al., 2012) que crearon grupos especializados para mujeres con historial de trauma. Los investigadores han identificado porcentajes sustanciales de participantes que pudieran requerir servicios grupales especializados por temas de salud mental (Mendoza et al., 2013; Peters, 2008; Peters et al., 2012), o historial traumático (Sartor et al., 2012).

Sin embargo, no todos los participantes de un tratamiento para trastornos por uso de sustancias se beneficiarán de la consejería grupal. Las entrevistas con los participantes que fueron cesados de los Tribunales de Tratamiento revelaron que muchos atribuyeron su fracaso en el programa, en parte, a su insatisfacción con los servicios grupales (Fulkerson et al., 2012). Dicho tema ha surgido frecuentemente en grupos de estudios de participantes hombres, jóvenes, afroamericanos (Gallagher, 2013). A pesar de que no hay pruebas de que efectivamente la insatisfacción con la consejería grupal fuera la razón real para el fracaso de dichas personas en los programas, los hallazgos sugieren que los Tribunales de Tratamiento deberán considerar si los participantes son aptos para participar en los servicios grupales y deberán también prepararlos en cuanto a qué esperar de dichas sesiones.

F. Tratamientos con Base en Evidencia

Un conjunto sustancial de investigaciones a lo largo de varias décadas revela que los resultados de la rehabilitación penitenciaria son significativamente mejores cuando (1) los imputados reciben intervenciones conductuales o cognitivo conductuales, (2) las intervenciones se documentan cuidadosamente en los manuales de tratamiento, (3) los proveedores de tratamiento están capacitados para realizar las intervenciones de forma confiable con base en el manual, y (4) cuando los proveedores de tratamiento se apegan fielmente al modelo de tratamiento junto con supervisión continua (Andrews et al., 1990; Andrews & Bonta, 2010; Gendreau, 1996; Hollins, 1999; Landenberger & Lipsey, 2005; Lowenkamp et al., 2006; Lowenkamp et al., 2010; Smith et al., 2009). Se ha vinculado la adherencia a estos principios con resultados significativamente mejores en los Tribunales de Tratamiento (Gutierrez & Bourgon, 2012) así como en otros programas de tratamiento para trastornos por uso de sustancias (Prendergast et al., 2013).

Los tratamientos conductuales premian a los imputados para incentivar comportamientos deseables y los sancionan por comportamientos indeseables. La aplicación sistemática de incentivos y sanciones en los Tribunales de Tratamiento es un ejemplo de una técnica de terapia conductual (Defulio et al., 2013; Marlowe & Wong, 2008). Las terapias cognitivo conductuales (CBT) adoptan un enfoque de resolución de problemas para gestionar problemas relacionados con el uso de alcohol y drogas. Algunas técnicas comunes de CBT incluyen la corrección de pensamientos irracionales del participante relacionados con el uso de sustancias (ejemplo, “Nunca voy a lograr ser nadie en la vida, entonces ¿para qué me esfuerzo?”), identificar los disparadores o factores de riesgo para el uso de drogas, agendar las actividades diarias de los participantes para evitar que entren en contacto con sus factores de riesgo, ayudar a los participantes a manejar sus deseos y otras sensaciones negativas sin recurrir al uso de sustancias, y enseñar a los participantes técnicas efectivas de resolución de conflictos, así como estrategias para rechazar las drogas.

Algunos ejemplos de materias de CBT cuya efectividad en reducir la reincidencia delictiva ha sido demostrada incluyen la Terapia de Reconocimiento Moral (MRT), Razonamiento y Rehabilitación (R&R), Pensamiento hacia el Cambio (T4C), Terapia de Prevención de Recaídas (RPT) y el Modelo de Matriz (Cullen et al., 2012; Dowden et al., 2003; Ferguson & Wormith, 2012; Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey et al., 2001; Lowenkamp et al., 2009; Marinelli-Casey et al., 2008; Milkman & Wanberg, 2007; Pearson et al., 2002; Wilson et al., 2005). Algunos de estos temas relacionados con CBT fueron desarrollados para

atender incidentes delictivos en general y no específicamente para tratar trastornos por uso de sustancias. Sin embargo, los Modelos de Matriz y RPT sí fueron desarrollados para el tratamiento de adicciones y MRT fue adaptado de forma exitosa para tratar a imputados con problemas de abuso de sustancias (Bahr et al., 2012; Wanberg & Milkman, 2006) y a participantes en Tribunales de Tratamiento (Cheesman & Kunkel, 2012; Heck, 2008; Kirchner & Goodman, 2007). La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) tiene un directorio en línea de tratamientos basados en evidencia llamado *Registro Nacional de Programas y Prácticas basados en Evidencia* (NREPP).²² Los profesionales de los Tribunales de Tratamiento pueden hacer búsquedas en el sitio de NREPP, de forma gratuita, para identificar tratamientos cuya efectividad haya sido demostrada con imputados con adicciones.

Los resultados de CBT mejoran significativamente cuando los asesores proveen los temas de estudio de una forma confiable conforme se especifica en el manual (Goldstein et al., 2013; Southam-Gerow & McLeod, 2013). Se requiere un mínimo de tres días de capacitación de pre-implementación, sesiones periódicas de revisión, supervisión individual mensual y retroalimentación para que tanto los oficiales de libertad condicional como los proveedores de tratamiento administren prácticas basadas en evidencia de forma confiable (Bourgon et al., 2010; Edmunds et al., 2013; Robinson et al., 2012; Schoenwald et al., 2013). Algunos ejemplos de tareas incluyen hacer que los participantes mantengan un diario por escrito de sus pensamientos y sentimientos relacionados con el uso de sustancias, pedirles a los participantes que desarrollen y le den seguimiento a una actividad pre planeada, o hacer que escriban un ensayo sobre un tema relacionado con las drogas (Sobell & Sobell, 2011).

G. Medicamentos

El Tratamiento de Asistencia Médica (MAT) puede mejorar significativamente los resultados de imputados con adicciones (Chandler et al., 2009; National Center on Addiction & Substance Abuse, 2012; National Institute on Drug Abuse, 2006). El mantenimiento de buprenorfina o metadona administrado previo a o inmediatamente después del encarcelamiento ha demostrado aumentar significativamente la participación activa en el tratamiento de los internos adictos a opiáceos, reducir el uso ilícito de opiáceos, reducir detenciones judiciales, reducir violaciones técnicas de libertad condicional, reducir tasas de re encarcelamiento, así como reducir la mortalidad y las infecciones de hepatitis C (Dolan et al., 2005; Gordon et al., 2008; Havnes et al., 2012; Kinlock et al., 2008; Magura et al., 2009). A estos medicamentos se les conoce como agonistas o agonistas parciales debido a que estimulan el sistema nervioso central. (CNS) de una forma similar a como lo hacen las drogas ilícitas. Debido a que estos medicamentos pueden ser adictivos y producir euforia en personas con poca tolerancia, es posible que haya resistencia en utilizarlos por parte de algunos profesionales de justicia penal. Sin embargo, se han reportado resultados positivos para dichos medicamentos agonistas, como naltrexona, por ejemplo, los cuales no son adictivos ni intoxicantes. La Naltrexona bloquea los efectos de los opiáceos y bloquea parcialmente los efectos del alcohol sin producir efectos psicoactivos por sí mismo. Algunos estudios han reportado reducciones significativas en el uso de heroína y tasas de detenciones para personas en libertad condicional y adictos a opiáceos que han recibido tratamiento con naltrexona (Cornish et al., 1997; Coviello et al., 2012; O'Brien & Cornish, 2006). Adicionalmente, al menos dos estudios de escala menor han reportado mejores resultados en Tribunales especializados en Infracciones de Tránsito o en programas de libertad condicional para participantes con dependencia al alcohol que recibieron una forma de naltrexona inyectada llamada Vivitrol (Finigan et al., 2011; Lapham & McMillan, 2011).

Una encuesta nacional reciente reveló que casi la mitad de los Tribunales de Tratamiento no utilizan medicamentos en sus programas (Matusow et al., 2013). Una de las barreras principales para el uso de medicamentos fue la falta de conocimiento o la poca familiaridad con los tratamientos médicos. Por esta razón, la Junta de Directores de la NADCP emitió una resolución unánime requiriendo que los Tribunales de Tratamiento se informen acerca de los MAT y obtengan consultas con expertos, así como con psiquiatras y médicos debidamente capacitados.²³ Los Tribunales de Tratamiento deberían, como regla general, desanimar

²² Estar registrado en la NREPP no garantiza una intervención efectiva. Los Tribunales de Tratamiento deben revisar los estudios y calificaciones en la página web para determinar qué tan confiable y poderosos son los efectos, y si la intervención fue realizada en un contexto similar al propio. Registro disponible en <http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1012071342.aspx>.

²³ Disponible en <http://www.nadcp.org/sites/default/files/nadcp/NADCP%20Board%20Statement%20on%20MAT.pdf>.

a sus participantes de obtener medicamentos adictivos o intoxicantes de médicos generales, puesto que esta práctica representa un riesgo inaceptable de morbilidad, mortalidad, o desviación ilegal en el uso de medicamentos (Bazazi et al., 2011; Bohnert et al., 2011; Daniulaityte et al., 2012; Johanson et al., 2012).

H. Capacitación y Acreditaciones de los Proveedores

Es significativamente más probable que los proveedores de tratamiento administren evaluaciones e intervenciones basadas en evidencia cuando se encuentran debidamente acreditados en el ámbito profesional o tienen un grado educativo directamente relacionado con el tratamiento para trastornos por uso de sustancias (Kerwin et al., 2006; McLellan et al., 2003; National Center on Addiction & Substance Abuse, 2012; Olmstead et al., 2012). Diversos estudios han revelado que los médicos con niveles educativos altos y certificaciones clínicas tienen una mayor inclinación a adoptar prácticas basadas en evidencia (Arfken et al., 2005) y a proveer tratamientos con una perspectiva cultural (Howard, 2003). Un estudio de gran escala encontró que los profesionales clínicamente certificados superan significativamente a los miembros del personal no certificados en la conducción de evaluaciones clínicas (Titus et al., 2012). De igual forma, es mucho más probable que los médicos apoyen filosofías de tratamiento que favorezcan los resultados positivos de los clientes si se encuentran educados respecto a la neurociencia de las adicciones (Steenbergh et al., 2012).

Tal como se comentó previamente, los proveedores de tratamiento deberán ser supervisados de forma constante para asegurar que se apeguen fielmente a los tratamientos basados en evidencia. Los proveedores podrán realizar prácticas basadas en evidencia cuando reciben una capacitación de pre-implementación de tres días, capacitaciones de revisión periódicas, así como supervisión individual y retroalimentación (Bourgon et al., 2010; Edmunds et al., 2013; Robinson et al., 2012). Finalmente, la investigación sugiere que es mucho más probable que los proveedores de tratamiento sean efectivos si tienen experiencia laboral sustancial con imputados y están acostumbrados a desempeñarse en un ambiente de justicia penal (Lutze & van Wormer, 2007).

I. Grupos de Apoyo

Se ha asociado la participación en grupos de ayuda mutua o de apoyo con resultados a largo plazo posteriores a un tratamiento de trastornos por uso de sustancias (Kelly et al., 2006; Moos & Timko, 2008; Witbrodt et al., 2012). Contrario a lo que muchos creen, las personas a los que se les da el mandato judicial de asistir a los grupos de ayuda mutua se desempeñan igual o mejor a aquellas personas que no son obligadas legalmente a asistir (Humphreys et al., 1998). La variable crítica parece ser cuánto tiempo fueron expuestos los participantes a intervenciones de ayuda mutua, a diferencia del nivel original de motivación intrínseca (Moos & Timko, 2008). Muchas personas (más del 40%) abandonan de forma prematura los grupos de ayuda mutua, en parte porque no están lo suficientemente motivados a mantener su abstinencia (Kelly & Moos, 2003). Por lo tanto, los Tribunales de Tratamiento deberán encontrar formas efectivas de apalancar la participación del participante en los grupos de ayuda mutua.

Sin embargo, asistir a los grupos de ayuda mutua no es suficiente para lograr resultados exitosos. Es más probable obtener resultados prolongados cuando los participantes se involucran en las actividades relevantes a su recuperación, tales como desarrollar una red social de apoyo (Kelly et al., 2011a), participar en actividades espirituales (Kelly et al., 2011b; Robinson et al., 2011) y aprender habilidades efectivas de superación de parte de los miembros del mismo grupo de apoyo (Kelly et al., 2009). Puesto que es muy complicado que los Tribunales de Tratamiento ordenen o monitoreen el cumplimiento de este tipo de actividades de rehabilitación, es necesario encontrar otros medios para conminar y reforzar la cooperación de los participantes en dichos ejercicios encaminados a su recuperación. Se han desarrollado intervenciones con base en evidencia, se han documentado los manuales de tratamiento y se ha demostrado que todo lo anterior mejora la cooperación del participante en los grupos de ayuda mutua y actividades relacionadas. Algunos ejemplos de intervenciones validadas son la terapia de facilitación de los 12 pasos (Ries et al., 2008), la cual les enseña a los participantes qué esperar y cómo sacar provecho de las juntas relacionadas con los 12 pasos. Adicionalmente, las *referencias intensivas* mejoran los resultados al vincular de forma asertiva a los participantes con voluntarios del grupo de apoyo que podrían acompañarlos a las sesiones en grupos, contestar sus preguntas o proporcionar apoyo y camaradería (Timko & DeBenedetti, 2007)).

J. Seguimiento a la Atención

La vulnerabilidad de recaer permanece a niveles altos durante al menos tres a seis meses tras haber concluido el tratamiento por trastornos por uso de sustancias (Marlatt, 1985; McKay, 2005). Un año después del tratamiento, como promedio de un 40 - 60% de los graduados habrá recaído en el uso de sustancias (McLellan et al., 2000). Por lo tanto, la preparación del cuidado posterior y el seguimiento a la atención son componentes clave de los Tribunales de Tratamiento.

En un estudio multisitio, los Tribunales de Tratamiento que incluyeron una fase formal enfocada en la prevención de una recaída y de la preparación posterior al tratamiento se desempeñaron tres veces mejor desde el punto de vista del costo-beneficio, y redujeron significativamente las reincidencias en comparación con aquellos tribunales que ofrecieron servicios mínimos durante la última fase del programa o descuidaron completamente la preparación posterior al tratamiento (Carey et al., 2008). Los Tribunales de Tratamiento que requerían que sus participantes planearan actividades socialmente positivas después de la graduación, tales como búsqueda de empleo o educación, fueron más efectivos y significativamente más rentables que aquellos tribunales que no lo hicieron (Carey et al., 2012). Un estudio adicional encontró que las personas en libertad condicional que recibieron servicios de cuidado posterior tenían casi tres veces más probabilidades de mantenerse en abstinencia de todas las drogas después de seis meses en comparación con aquellos que no recibieron cuidados posteriores al tratamiento (Brown et al, 2001).

Tal como se mencionó anteriormente, RPT es una intervención cognitivo conductual cuya efectividad ha sido demostrada en lo que se refiere a extender los efectos del tratamiento para trastornos por uso de sustancias (Dowden et al., 2003; Dutra et al, 2008). Los participantes de RPT aprenden a identificar sus disparadores o factores de riesgo personales relacionados con recaídas, practican medidas para evitar entrar en contacto con dichos factores de riesgo y ensayan estrategias para lidiar con situaciones de alto riesgo en las que pudieran encontrarse inevitablemente. Los Tribunales de Tratamiento que enseñan de manera formal las habilidades de RPT tienen más probabilidades de extender los efectos de su programa tras la graduación de sus participantes (Carey et al., 2012).

Diversos estudios también han examinado las formas en las que es posible mantener el contacto con los participantes tras haber terminado el programa de tratamiento. Por ejemplo, algunos investigadores han extendido los beneficios del tratamiento a llamadas telefónicas periódicas con los participantes (McKay, 2009a), a pesar de que no todos los estudios han reportado tener éxito con este enfoque (McKay et al., 2013). Adicionalmente, los beneficios del tratamiento han incluido revisiones administrativas breves (Scott & Dennis, 2012), proporcionando consejería asertiva del caso en visitas a sus hogares (Lash et al., 2004). Típicamente, las estrategias del cuidado posterior al tratamiento que han sido exitosas duran por lo menos 90 días y se asignan a asesores capacitados, enfermeras o gestores de caso a contactar brevemente a los participantes para revisar su progreso, detectar señales potenciales de peligro de reincidencia, ofrecer apoyo y ánimo, así como realizar una referencia correspondiente si resulta necesario que el participante regrese a un tratamiento (McKay, 2009b).

A pesar de que algunas de estas medidas pudieran ser difíciles de implementar por el costo de las mismas en muchos Tribunales de Tratamiento y algunos participantes pudieran mostrarse renuentes a permanecer en contacto con el sistema de justicia penal tras su graduación, la investigación sugiere que llamadas telefónicas breves, cartas, o correos electrónicos pudieran ser útiles en extender los efectos del tratamiento a un costo mínimo para el programa y con inconveniencias mínimas para los participantes. Informes anecdóticos de parte de graduados de los Tribunales de Tratamiento y miembros del personal también sugieren que involucrar a los graduados en grupos de alumnos pudiera ser otro método adecuado, aunque aún no estudiado, de extender los beneficios de los programas de los Tribunales de Tratamiento (Burek, 2011; McLean, 2012).

REFERENCIAS

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). Waltham, MA: Anderson Publishing.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369–404.
- Arfken C., Agius E., Dickson M., Anderson H., Hegedus A. (2005). Clinicians' beliefs and awareness of substance abuse treatments in research and nonresearch-affiliated programs. *Journal of Drug Issues*, 35(3), 547–558.
- Babor, T., & Del Boca, F. (Vol. Eds.) (2002). *Treatment matching in alcoholism: International research monographs in the addictions*. In G. Edwards (Series Ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bahr, S.J., Masters, A.L., & Taylor, B.M. (2012). What works in substance abuse treatment programs for offenders? *The Prison Journal*, 92(2), 155–174.
- Banks, D., & Gottfredson, D.C. (2003). The effects of drug treatment and supervision on time to rearrest among drug treatment court participants. *Journal of Drug Issues*, 33(2), 385–412.
- Bazazi, A.R., Yokell, M., Fu, J.J., Rich, J.S., & Zaller, N.D. (2011). Illicit use of buprenorphine/naloxone among injecting and noninjecting opioid users. *Journal of Addiction Medicine*, 5(3), 175–180.
- Bohnert, A.S., Valenstein, M., Bair, M.J., Ganoczy, D., McCarthy, J.F., Ilgen, M.A., & Blow, F.C. (2011). Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths. *Journal of the American Medical Association*, 305(13), 1315–1321.
- Bourgon, G., & Armstrong, B. (2005). Transferring the principles of effective treatment into a “real world” prison setting. *Criminal Justice & Behavior*, 32(1), 3–25.
- Bourgon, G., Bonta, J., Rugge, T., Scott, T.L., & Yessine, A. (2010). The role of program design, implementation, and evaluation in evidence-based ‘real world’ community supervision. *Federal Probation*, 74(1), 2–15.
- Bowers, J. (2007). Contraindicated drug courts. *UCLA Law Review*, 55(4), 783–831.
- Brabender, V. (2002). *Introduction to group therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Brown, B.S., O’Grady, K.E., Battjes, R.J., Farrell, E.V., & Smith, N.P., & Nurco, D.N., (2001). Effectiveness of a stand-alone aftercare program for drug-involved offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(4), 185–192.
- Burek, E. (2011, Fall). The importance of Drug Court alumni groups. *AllRise Magazine*, p. 21.
- California Substance Abuse and Crime Prevention Act. (2000). 2000 Cal. Legis. Serv. Prop 36 (West), codified in Cal. Penal Code § 1210 *et seq.*
- 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, OR: NPC Research. *Disponible en <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/223853.pdf>*.
- Carey, S.M., Mackin, J.R., & Finigan, M.W. (2012). What works? The 10 key components of Drug Court: Research-based best practices. *Drug Court Review*, 8(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*, 301(2), 183–190.
- Cheesman, F.L., & Kunkel, T.L. (2012). *Virginia adult drug treatment courts: Cost benefit analysis*. Williamsburg, VA: National Center for State Courts.
- Cornish, J.W., Metzger, D., Woody, G.E., Wilson, D., McLellan, A.T., Vandergrift, B., & O’Brien, C.P. (1997). Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 529–534.
- Coviello, D.M., Cornish, J.W., Lynch, K.G., Boney, T.Y., Clark, C.A., Lee, J.D., et al. (2012). A multisite pilot study of extended-release injectable naltrexone treatment for previously opioid-dependent parolees and probationers. *Substance Abuse*, 33(1), 48–59.
- Cullen, A.E., Clarke, A.Y., Kuipers, E., Hodgins, S., Dean, K., & Fahy, T. (2012). A multisite randomized trial of a cognitive skills program for male mentally disordered offenders: Violence and antisocial behavior outcomes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 80(6), 1114–1120.
- Daniulaityte, R., Falck, R., & Carlson, R. G. (2012). Illicit use of buprenorphine in a community sample of young adult non-medical users of pharmaceutical opioids. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(3), 201–207.

TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

- DeFulio, A., Stitzer, M., Roll, J., Petry, N., Nuzzo, P., Schwartz, R.P., & Stabile, P. (2013). Criminal justice referral and incentives in outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 45*(1), 70–75.
- De Leon, G., Melnick, G., & Cleland, C.M. (2010). Matching to sufficient treatment: Some characteristics of undertreated (mismatched) clients. *Journal of Addictive Diseases, 29*(1), 59–67.
- 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, 52*, 114–134.
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., & Wodak, A.D. (2005). Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: Mortality, reincarceration and hepatitis C infection. *Addiction, 100*(6), 820–828.
- Dowden, C., Antonowicz, D., & Andrews, D.A. (2003). The effectiveness of relapse prevention with offenders: A meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology, 47*(5), 516–528.
- Drake, R.E., O’Neal, E., L., & Wallach, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(1), 123–138.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B., & Otto, M.W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 165*(2), 179–187.
- Edmunds, J.M., Beidas, R.S., & Kendall, P.C. (2013). Dissemination and implementation of evidence-based practices: Training and consultation as implementation strategies. *Clinical Psychology Science and Practice, 20*(2), 152–165.
- Ferguson, L.M., & Wormith, S. (2012). A meta-analysis of Moral Reconnection Therapy. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology: OnLineFirst*. doi: 10.1177/0306624X12447771
- Finigan, M.W., Perkins, T., Zold-Kilbourn, P., Parks, J., & Stringer, M. (2011). Preliminary evaluation of extended-release naltrexone in Michigan and Missouri drug courts. *Journal of Substance Abuse Treatment, 41*(3), 288–293.
- Fulkerson, A., Keena, L.D., & O’Brien, E. (2012). Understanding success and nonsuccess in the Drug Court. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology: OnLineFirst*. doi: 10.1177/0306624X12447774
- Gallagher, J.R. (2013). African American participants’ views on racial disparities in drug court outcomes. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 13*(2), 143–162.
- Gastfriend, D.R., Lu, S., & Sharon, E. (2000). Placement matching: Challenges and technical progress. *Substance Use & Misuse, 35*(12–14), 2191–2213.
- Gendreau, P. (1996). Offender rehabilitation: What we know and what needs to be done. *Criminal Justice & Behavior, 23*(1), 144–161.
- Godley, M.D., Godley, S.H., Dennis, M.L., Funk, R.R., & Passeti, L.L. (2006). The effect of assertive continuing care linkage, adherence, and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction, 102*(1), 81–93.
- Goldstein, N.E., Kemp, K.A., Leff, S.S., & Lochman, J.E. (2013). Guidelines for adapting manualized interventions for new target populations: A step-wise approach using anger management as a model. *Clinical Psychology: Science & Practice, 19*(4), 385–401.
- Gordon, M.S., Kinlock, T.W., Schwartz, R.P., & O’Grady, K.E. (2008). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Findings at 6 months post-release. *Addiction, 103*(8), 1333–1342.
- Gottfredson, D.C., Kearley, B.W., & Bushway, S.D. (2008). Substance use, drug treatment, and crime: An examination of intra-individual variation in a drug court population. *Journal of Drug Issues, 38*(2), 601–630.
- Gottfredson, D.C., Kearley, B.W., Najaka, S.S., & Rocha, C.M. (2007). How drug treatment courts work: An analysis of mediators. *Journal of Research on Crime & Delinquency, 44*(1), 3–35.
- Gregoire, T.K. (2000). Factors associated with level of care assignments in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*(3), 241–248.
- Grella, C. (2008). Gender-responsive drug treatment services for women: A summary of current research and recommendations for drug court programs. In C. Hardin & J.N. Kushner (Eds.), *Quality improvement for drug courts: Evidence-based practices* (Monograph Series No. 9; pp. 63–74). Alexandria, VA: National Drug Court Institute.
- Gutierrez, L., & Bourgon, G. (2012). Drug treatment courts: A quantitative review of study and treatment quality. *Justice Research & Policy, 14*(2), 47–77.
- Havnes, I., Bukten, A., Gossop, M., Waal, H., Stangeland, P., & Clausen, T. (2012). Reductions in convictions for violent crime during opioid maintenance treatment: A longitudinal national cohort study. *Drug and Alcohol Dependence, 124*(3), 307–310.
- Heck, C. (2008). MRT: Critical component of a local drug court program. *Cognitive Behavioral Treatment Review, 17*(1), 1–2.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

- Hollins, C.R. (1999). Treatment programs for offenders: Meta-analysis, “what works,” and beyond. *International Journal of Law & Psychiatry*, 22(3–4), 361–372.
- Howard, D.L. (2003). Culturally competent treatment of African American clients among a national sample of outpatient substance abuse treatment units. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(2), 89–102.
- Huebner, B.M., & Cobbina, J. (2007). The effect of drug use, drug treatment participation, and treatment completion on probationer recidivism. *Journal of Drug Issues*, 37(3), 619–641.
- Humphreys, K., Kaskutas, L.A., & Weisner, C. (1998). The relationship of pretreatment Alcoholics Anonymous affiliation with problem severity, social resources, and treatment history. *Drug & Alcohol Dependence*, 49(2), 123–131.
- Integrated Substance Abuse Programs. (2007, April 13). *Evaluation of the Substance Abuse and Crime Prevention Act: Final report*. Los Angeles, CA: UCLA. Disponible en <http://www.uclaisap.org/Prop36/documents/SACPAEvaluationReport.pdf>.
- Janku, A.D., & Yan, J. (2009). Exploring patterns of court-ordered mental health services for juvenile offenders: Is there evidence of systematic bias? *Criminal Justice & Behavior*, 36(4), 402–419.
- Johanson, C., Arfken, C. L., di Menza, S., & Schuster, C. R. (2012). Diversion and abuse of buprenorphine: Findings from national surveys of treatment patients and physicians. *Drug and Alcohol Dependence*, 120(1), 190–195.
- Justice Policy Institute. (2011). *Addicted to courts: How a growing dependence on drug courts impacts people and communities*. Washington, DC: Author.
- Karno, M.P., & Longabaugh, R. (2007). Does matching matter? Examining matches and mismatches between patient attributes and therapy techniques in alcoholism treatment. *Addiction*, 102(4), 587–596.
- Kazantzis, N., Deane, F.P., & Ronan, K.R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 7(2), 189–202.
- Kelly, J.F., Magill, M., & Stout, R.L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory*, 17(3), 236–259.
- Kelly, J.F., & Moos, R. (2003). Dropout from 12-step groups: Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), 241–250.
- Kelly, J.F., Stout, R.L., Magill, M., & Tonigan, J.S. (2011a). The role of Alcoholics Anonymous in mobilizing adaptive social network changes: A prospective lagged mediational analysis. *Drug & Alcohol Dependence*, 114(2), 119–126.
- Kelly, J.F., Stout, R.L., Magill, M., Tonigan, J.S., & Pagano, M.E. (2011b). Spirituality in recovery: A lagged mediational analysis of Alcoholics Anonymous’ principal theoretical mechanism of behavior change. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 35(3), 454–463.
- Kelly, J.F., Stout, R., Zywiak, W., & Schneider, R. (2006). A 3-year study of addiction mutual-help group participation following intensive outpatient treatment. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 30(8), 1381–1392.
- Kerwin, M.E., Walker-Smith, K., & Kirby, K.C. (2006). Comparative analysis of state requirements for the training of substance abuse and mental health counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 173–181.
- Kinlock, T.W., Gordon, M.S., Schwartz, R.P., & O’Grady, K.E. (2008). A study of methadone maintenance for male prisoners: Three-month postrelease outcomes. *Criminal Justice & Behavior*, 35(1), 34–47.
- Kirchner, R.A., & Goodman, E. (2007). Effectiveness and impact of the Thurston County, Washington Drug Court program. *Cognitive Behavioral Treatment Review*, 16(2), 1–4.
- Koob, J., Brocato, J., & Kleinpeter, C. (2011). Enhancing residential treatment for drug court participants. *Journal of Offender Rehabilitation*, 50(5), 252–271.
- Krebs, C.P., Strom, K.J., Koetse, W.H., & Lattimore, P.K. (2009). The impact of residential and nonresidential drug treatment on recidivism among drug-involved probationers. *Crime & Delinquency*, 55(3), 442–471.
- Landenberger, N.A., & Lipsey, N.W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral program for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(4), 451–476.
- Lapham, S.C., & McMillan, G.P. (2011). Open-label pilot study of extended-release naltrexone to reduce drinking and driving among repeat offenders. *Journal of Addiction Medicine*, 5(3), 163–169.
- Lash, S.J., Burden, J.L., Monteleone, B.R., & Lehmann, L.P. (2004). Social reinforcement of substance abuse treatment aftercare participation: Impact on outcome. *Addictive Behaviors*, 29(2), 337–342.
- Liang, B., & Long, M.A. (2013). Testing the gender effect in drug and alcohol treatment: Women’s participation in Tulsa County drug and DUI programs. *Journal of Drug Issues*, 43(3), 270–288.

TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

- Lindquist, C.H., Krebs, C.P., Warner, T.D., & Lattimore, P.K. (2009). An exploration of treatment and supervision intensity among drug court and non-drug court participants. *Journal of Offender Rehabilitation, 48*(3), 167–193.
- Lipsey, M.W., Chapman, G.L., & Landenberger, N.A. (2001). Cognitive-behavioral programs for offenders. *Annals of the American Academy of Political & Social Science, 578*(1), 144–157.
- 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, 23*(4), 383–398.
- Lowenkamp, C.T., Flores, A.W., Holsinger, A.M., Makarios, M.D., & Latessa, E.J. (2010). Intensive supervision programs: Does program philosophy and the principles of effective intervention matter? *Journal of Criminal Justice, 38*(4), 368–375.
- Lowenkamp, C.T., Hubbard, D., Makarios, M., & Latessa, E. (2009). A quasi-experimental evaluation of Thinking For a Change: A real world application. *Criminal Justice & Behavior, 36*(2), 137–146.
- 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: Assessment Issues for Managers*, pp. 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, 4*(2), 263–290.
- Lowenkamp, C.T., Latessa, E.J., & Smith, P. (2006). Does correctional program quality really matter? The impact of adhering to the principles of effective intervention. *Criminology & Public Policy, 5*(3), 575–594.
- Lutze, F.E., & van Wormer, J.G. (2007). The nexus between drug and alcohol treatment program integrity and drug court effectiveness: Policy recommendations for pursuing success. *Criminal Justice Policy Review, 18*(3), 226–245.
- Magura, S., Lee, J.D., Hershberger, J., Joseph, H., Marsch, L., Shropshire, C., & Rosenblum, A. (2009). Buprenorphine and methadone maintenance in jail and post-release: A randomized clinical trial. *Drug & Alcohol Dependence, 99*(1), 222–230.
- Magura, S., Staines, G., Kosanke, N., Rosenblum, A., Foote, J., DeLuca, A., & Bali, P. (2003). Predictive validity of the ASAM patient placement criteria for naturalistically matched vs. mismatched alcoholism patients. *American Journal on Addictions, 12*(5), 386–97.
- Marinelli-Casey, P., Gonzales, R., Hillhouse, M., Ang, A., Zweben, J., Cohen, J., Hora, P.F., & Rawson, R.A. (2008). Drug court treatment for methamphetamine dependence: Treatment response and posttreatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(2), 242–248.
- Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds.), *Relapse Prevention* (pp. 3–70). New York: Guilford Press.
- Marlowe, D.B., & Wong, C.J. (2008). Contingency management in adult criminal drug courts. In S.T. Higgins, K. Silverman, & S.H. Heil (Eds.), *Contingency management in substance abuse treatment* (pp. 334–354). New York: Guilford Press.
- Martin, S.S., Butzin, C.A., Saum, C.A., & Inciardi, J.A. (1999). Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: From prison to work release to aftercare. *The Prison Journal, 79*(3), 294–320.
- Matusow, H., Dickman, S.L., Rich, J.D., Fong, C., Dumont, D.M., Hardin, C., Marlowe, D., & Rosenblum, A. (2013). Medication assisted treatment in U.S. drug courts: Results from a nationwide survey of availability, barriers and attitudes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 44*(5), 473–480.
- McCord, J. (2003). Cures that harm: Unanticipated outcomes of crime prevention programs. *Annals of the American Academy of Political & Social Science, 587*(1), 16–30.
- McDonald, B. R., & Morgan, R. D. (2013). Enhancing homework compliance in correctional psychotherapy. *Criminal Justice & Behavior, 40*(7), 814–828.
- McKay, J.R. (2005). Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders? *Addiction, 100*(11), 1594–1610.
- McKay, J.R. (2009a). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(2), 131–145.
- McKay, J.R. (2009b). *Treating substance use disorders with adaptive continuing care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McKay, J.R., Van Horn, D., Ivey, M., Drapkin, M.L., Rennert, L., & Lynch, K.G. (2013). Enhanced continuing care provided in parallel to intensive outpatient treatment does not improve outcomes for patients with cocaine dependence. *Journal of Studies on Alcohol, 74*, 642–651.
- McKee, M. (2010). *San Francisco drug court transitional housing program outcome study*. San Francisco: SF Collaborative Courts. Disponible en <http://www.sfsuperiorcourt.org/sites/default/files/pdfs/2676%20Outcome%20on%20SF%20Drug%20Court%20Transitional%20Housing%20Program.pdf>.
- McLean, A. (2012, Fall). The value of alumni groups: A graduate's viewpoint. *AllRise Magazine*, Fall, p. 27.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

- McLellan, A.T., Carise, D., & Kleber, H.D. (2003). Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 117–121.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., & Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1689–1695.
- Mee-Lee, D., & Gastfriend, D.R. (2008). Patient placement criteria. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of Substance Abuse Treatment* (4th Ed., pp. 79–91). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Mee-Lee, D., Shulman, G.D., Fishman, M., Gastfriend, D.R., & Griffith, J.H. (Eds.). (2001). *ASAM patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders* (2nd ed.-revised). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine. Disponible en <http://www.asam.org/publications/patient-placement-criteria/ppc-2r>.
- Mendoza, N.S., Trinidad, J.R., Nochajski, T.H., & Farrell, M.C. (2013). Symptoms of depression and successful drug court completion. *Community Mental Health Journal* (Online). doi: 10.1007/s10597-013-9595-5
- Messina, N., Calhoun, S., & Warda, U. (2012). Gender-responsive drug court treatment: A randomized controlled trial. *Criminal Justice & Behavior*, 39(12), 1539–1558.
- Meyer, W.G. (2011). Constitutional and legal issues in Drug Courts. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 159–180). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. Disponible en http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf.
- Milkman, H., & Wanberg, K. (2007). *Cognitive-behavioral treatment: A review and discussion for corrections professionals* (NIC No. 021657). Washington, DC: National Institute of Corrections, U.S. Dept. of Justice.
- Mills, K.L., Teesson, M., Back, S.E., Brady, K.T., Baker, A.L., Hopwood, S., Sannibale, C., Barrett, E.L., Merz, S., Rosenfeld, J., & Ewer, P.L. (2012). Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 308(7), 690–699.
- Mitchell, O., Wilson, D.B., & MacKenzie, D.L. (2007). Does incarceration-based drug treatment reduce recidivism? A meta-analytic synthesis of the research. *Journal of Experimental Criminology*, 3(4), 353–375.
- Moos, R.H., & Timko, C. (2008). Outcome research on 12-step and other self-help programs. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of Substance Abuse Treatment* (4th Ed., pp. 511–521). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- National Association of Criminal Defense Lawyers. (2009). *America's problem-solving courts: The criminal costs of treatment and the case for reform*. Washington, DC: Author.
- National Center on Addiction and Substance Abuse. (2012). *Addiction medicine: Closing the gap between science and practice*. New York: Columbia University.
- National Institute on Drug Abuse. (2006). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations: A research based guide* (NIH Publication No. 06-5316). Bethesda, MD: Author.
- O'Brien, C.P., & Cornish, J.W. (2006). Naltrexone for probationers and parolees. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 107–111.
- Olmstead, T.A., Abraham, A.J., Martino, S., & Roman, P.M. (2012). Counselor training in several evidence-based psychosocial addiction treatments in private US substance abuse treatment centers. *Drug & Alcohol Dependence*, 120(1), 149–154.
- Pearson, F.S., & Lipton, D.S. (1999). A meta-analytic review of the effectiveness of corrections-based treatments for drug abuse. *The Prison Journal*, 79(4), 384–410.
- Pearson, F.S., Lipton, D.S., Cleland, C.M., & Yee, D.S. (2002). The effects of behavioral/cognitive-behavioral programs on recidivism. *Crime & Delinquency*, 48(3), 476–496.
- Pelissier, B., Jones, N., & Cadigan, T. (2007). Drug treatment aftercare in the criminal justice system: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(3), 311–320.
- Peters, R.H. (2008). Co-occurring disorders. In C. Hardin & J.N. Kushner (Eds.), *Quality improvement for drug courts: Evidence-based practices* (Monograph Series No. 9; pp. 51–61). Alexandria, VA: National Drug Court Institute.
- Peters, R.H., Haas, A.L., & Hunt, W.M. (2002). Treatment “dosage” effects in drug court programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, 33(4), 63–72.
- Peters, R.H., Kremling, J., Bekman, N.M., & Caudy, M.S. (2012). Co-occurring disorders in treatment-based courts: Results of a national survey. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(6), 800–820.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., & Finckenauer, J.O. (2000). Well-meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments of programs such as Scared Straight. *Crime & Delinquency*, 46(3), 354–379.

TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

- Prendergast, M.L., Pearson, F.S., Podus, D., Hamilton, Z.K., & Greenwell, L. (2013). The Andrews' principles of risk, needs, and responsivity as applied in drug treatment programs: Meta-analysis of crime and drug use outcomes. *Journal of Experimental Criminology: Online First*. doi: 10.1007/s11292-013-9178-z
- Ries, R.K., Galanter, M., & Tonigan, J.S. (2008). Twelve-Step Facilitation: An adaptation for psychiatric practitioners and patients. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of Substance Abuse Treatment* (4th Ed., pp. 373–386). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Robinson, C.R., Lowenkamp, C.T., Holsinger, A.M., VanBenschoten, S., Alexander, M., & Oleson, J.C. (2012). A random study of Staff Training Aimed at Reducing Rearrest (STARR): Using core correctional practices in probation interactions. *Journal of Crime & Justice*, 35(2) 167–188.
- Robinson, E.A., Krentzman, A.R., Webb, J.R., & Bowler, K.J. (2011). Six-month changes in spirituality and religiousness in alcoholics predict drinking outcomes at nine months. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs*, 72(4), 660–668.
- Ross, S. (2008). The mentally ill substance abuser. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of Substance Abuse Treatment* (4th ed., pp. 537–554). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Rossmann, S.B., Rempel, M., Roman, J.K., Zweig, J.M., Lindquist, C.H., Green, M., Downey, P.M., Yahner, J., Bhati, A.S., & Farole, D.J. (2011). *The multisite adult drug court evaluation: The impact of drug courts, vol. 4*. Washington, DC: Urban Institute Justice Policy Center. *Disponible en* <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/237112.pdf>.
- Sartor, C.E., McCutcheon, V.V., O'Leary, C.C., Van Buren, D.J., Allsworth, J.E., Jeffe, D.B., & Cottler, L.B. (2012). Lifetime trauma exposure and posttraumatic stress disorder in women sentenced to drug court. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 602–608.
- Schoenwald, S. K., Mehta, T. G., Frazier, S. L., & Shernoff, E. S. (2013). Clinical supervision in effectiveness and implementation research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(1), 44–59.
- Scott, C.K., & Dennis, M.L. (2012). The first 90 days following release from jail: Findings from the Recovery Management Checkups for Women Offenders (RMCWO) experiment. *Drug & Alcohol Dependence*, 125(1–2), 110–118.
- Shaffer, D.K. (2006). Reconsidering drug court effectiveness: A meta-analytic review (Doctoral dissertation, University of Cincinnati, 2006). *Dissertation Abstracts International*, 67, 09A (AAT No. 3231113).
- Shaffer, D.K. (2010). Looking inside the black box of drug courts: A meta-analytic review. *Justice Quarterly*, 28(3), 493–521.
- Smith, P., Gendreau, P., & Swartz, K. (2009). Validating the principles of effective intervention: A systematic review of the contributions of meta-analysis in the field of corrections. *Victims & Offenders*, 4(2), 148–169.
- Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (2011). *Group therapy for substance use disorders: A motivational cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford.
- Southam-Gerow, M. A., & McLeod, B. D. (2013). Advances in applying treatment integrity research for dissemination and implementation science: Introduction to special issue. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 20(1), 113.
- Sperber, K.G., Latessa, E., & Makarios, M.D. (2013). Examining the interaction between level of risk and dosage of treatment. *Criminal Justice & Behavior*, 40(3), 338–348.
- Steenbergh, T.A., Runyan, J.D., Daugherty, D.A., & Winger, J.G. (2012). Neuroscience exposure and perceptions of client responsibility among addiction counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(4), 421–8.
- Szalavitz, M. (2010, July 16). Does teen drug rehab cure addiction or create it? *Time Magazine: On-Line*. *Disponible en* <http://time.com/time/printout/0,8816,2003160,00.html>.
- Taxman, F.S., & Bouffard, J.A. (2005). Treatment as a part of drug court: The impact on graduation rates. *Journal of Offender Rehabilitation*, 42(1), 23–50.
- Timko, C., & DeBenedetti, A. (2007). A randomized controlled trial of intensive referral to 12-step self-help groups: One-year outcomes. *Drug & Alcohol Dependence*, 90(2), 270–279.
- Titus, J.C., Smith, D., C., Dennis, M.L., Ives, M., Twanow, L., & White, M.K. (2012). Impact of a training and certification program on the quality of interviewer-collected self-report assessment data. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(2), 201–212.
- Velasquez, M.M., Maurer, G.G., Crouch, C., & DiClemente, C.C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. New York: Guilford.
- Vieira, T.A., Skilling, T.A., & Peterson-Badali, M. (2009). Matching court-ordered services with treatment needs: Predicting treatment success with young offenders. *Criminal Justice & Behavior*, 36(4), 385–401.
- Wanberg, K.W., & Milkman, H.B. (2006). *Criminal conduct & substance abuse treatment: Strategies for self-improvement and change* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Weiss, R.D., Potter, J.S., & Iannucci, R.A. (2008). Inpatient treatment. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of Substance Abuse Treatment* (4th Ed., pp. 445–458). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

ESTÁNDARES DE MEJORES PRÁCTICAS DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS PARA ADULTOS, VOL. I

- 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.
- Wexler, H.K., Melnick, G., Lowe, L., & Peters, J. (1999). Three-year reincarceration outcomes for Amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *The Prison Journal*, 79(3), 321–336.
- Wilson, D.B., Bouffard, L.A., & MacKenzie, D.L. (2005). A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Criminal Justice & Behavior*, 32(2), 172–204.
- Wilson, D.B., Mitchell, O. & MacKenzie, D.L. (2006). A systematic review of drug court effects on recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 2(4), 459–487.
- Wilson, J.A., & Davis, R.C. (2006). Good intentions meet hard realities: An evaluation of the Project Greenlight Reentry Program. *Criminology & Public Policy*, 5(2), 303–338.
- Witbrodt, J., Mertens, J., Kaskutas, L.A., Bond, J., Chi, F., & Weisner, C. (2012). Do 12-step meeting attendance trajectories over 9 years predict abstinence? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 30–43.
- Yalom, I.D. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.
- Zweig, J.M., Lindquist, C., Downey, P.M., Roman, J., & Rossman, S.B. (2012). Drug court policies and practices: How program implementation affects offender substance use and criminal behavior outcomes. *Drug Court Review*, 8(1), 43–79.

APÉNDICE A

HERRAMIENTAS VALIDADAS DE EVALUACIÓN DE RIESGO Y NECESIDAD

Esta lista está compuesta de ejemplos de herramientas de evaluación de riesgos y necesidades que han sido validados para ser utilizados con personas en un tratamiento para el trastorno por uso de sustancias o en el sistema de justicia penal. No es una lista completa. Para más información acerca de éstas y otras herramientas se puede visitar la Biblioteca del Instituto para el estudio del Abuso de Alcohol y Drogas de la Universidad de Washington en la siguiente página web: <http://lib.adai.washington.edu/instruments/>.

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE RIESGOS

Level of Service Inventory—Revised (LSI-R)

[https://ecom.mhs.com/\(S\(zhkd5d55qlwc3lr2gzqq5w55\)\)/product.aspx?gr=saf&prod=lsi-r&id=overview](https://ecom.mhs.com/(S(zhkd5d55qlwc3lr2gzqq5w55))/product.aspx?gr=saf&prod=lsi-r&id=overview)

Wisconsin Risk and Need Assessment Scale (WRN)

<http://www.j-satresources.com/Toolkit/Adult/adf6e846-f4dc-4b1e-b7b1-2ff28551ce85>

Risk and Needs Triage (RANT)

<http://www.trirant.org/>

Correctional Offender Management Profiling for Alternative Sanctions (COMPAS)

<http://www.northpointeinc.com/products/northpointe-software-suite>

Ohio Risk Assessment System (ORAS)

http://www.uscourts.gov/uscourts/FederalCourts/PPS/Fedprob/2010-06/02_creation_validation_of_oras.html

Federal Post Conviction Risk Assessment (PCRA)

<http://www.uscourts.gov/FederalCourts/ProbationPretrialServices/Supervision/PCRA.aspx>

Risk Prediction Index (RPI)

[http://www.fjc.gov/public/pdf.nsf/lookup/0013.pdf/\\$file/0013.pdf](http://www.fjc.gov/public/pdf.nsf/lookup/0013.pdf/$file/0013.pdf)

Risk-Need-Responsivity Simulation Tool

<http://www.gmuace.org/tools/>

HERRAMIENTAS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Global Appraisal of Individual Needs (GAIN)

<http://www.gaincc.org/>

Texas Christian University (TCU) Drug Screen II

<http://www.ibr.tcu.edu/pubs/datacoll/Forms/ddscreen-95.pdf>

Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID)

<http://www.scid4.org/>

Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)

<http://www.columbia.edu/~dsh2/prism/>

Diagnostic Interview Schedule (DIS)

<http://www.enotes.com/drugs-alcohol-encyclopedia/diagnostic-interview-schedule-dis>

Drug Abuse Screening Test (DAST-20)

http://www.camh.ca/en/education/about/camh_publications/Pages/drug_abuse_screening_test.aspx

APÉNDICE B

SEMINARIOS EN LÍNEA SOBRE MEJORES PRÁCTICAS EN TRIBUNALES DE TRATAMIENTO

National Drug Court Institute (NDCI)

<http://www.ndci.org/training/online-trainings-webinars>

National Drug Court Resource Center (NDCRC)

<http://www.ndcrc.org/>

Center for Court Innovation (CCI)

<http://drugcourtonline.org/>

National Center for State Courts (NCSC) & Justice Programs Office at American University Translating Drug Court Research into Practice (R2P)

<http://research2practice.org/>