

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

VOLUMEN II
REVISIÓN DE TEXTO



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

ISBN: 978-1-7350099-1-9

Copyright © 2015, 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)

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)

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)

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
NADCP
Alexandria, Virginia

Carson L. Fox, Jr., JD
Chief Operating Officer
NADCP
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 M. Carey, PhD
Copresident
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 W. Finigan, PhD
President (Ret.)
NPC Research
Portland, Oregon

Hon. Karen Freeman-Wilson
Mayor
City of Gary, Indiana

Carolyn D. Hardin, MPA
Senior 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, New York

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

Austine M. Long, JD
Program Attorney
Indigent Defense Education
University of North Carolina School of
Government
Chapel Hill, North Carolina

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

Hon. William G. Meyer (Ret.)
Managing Arbitrator
Judicial Arbitrator Group, Inc.
Denver, Colorado

Valerie Raine, JD
Statewide Drug Court Coordinator
New York Unified Court System
New York, New York

[†] 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 de su 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

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

Aaron Roussel, PhD
Assistant Professor
Department of Criminal Justice &
Criminology
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
Pullman, Washington

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

Terrence D. Walton, MSW, CSAC
Chief of Standards
NADCP
Alexandria, Virginia

JUNTA DIRECTIVA DE INVESTIGACIÓN & COMITÉ DE ESTÁNDARES DE LA NADCP

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

Judi M. Kosterman, PhD (Committee Chair)
Senior Vice President
WestCare Foundation
Reno, Nevada

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

Charles R. Robinson
Chief Probation Officer-Director
Travis County Community Supervision and
Corrections Department
Austin, Texas

Hon. Robert T. Russell
Judge
Erie County Court
Buffalo, New York

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

Susan Alameda
Kenneth Arnold
Karen Barnes
Erica Bartlett
Michelle Bartley
Gray Barton
Chet Bell
Kim Bingham
Francine Byrne
Scott Carlson
Alex Casale
Michelle Cem
Hartwell Dowling
James Eberspacher
David Festinger
Karen Gennette
Socorro Gonzalez
Dana Graham
Jennifer Grandal
Steve Hanson
Helen Harberts

Cary Heck
Paula Hendrix
Ronald Ibarra
Anne Dannerbeck Janku
Michael Jewell
Robert Kirchner
Melissa Knopp
Jeff Kushner
Liz Ledbetter
Wendy Lindley
Jaki Livingston
Christopher Lowenkamp
Melanie May
Gerald Melnick
Pamela Miller
Marilyn Moe
Jessica Parks
Roger Peters
Chris Pleasanton
Noreen Plumage
Angela Plunkett

Anna Powers
Kari Powers
Vanessa Price
Michael Rempel
Brenidy Rice
Charles Robinson
Ken Robinson
Michelle Rock
Scott Ronan
Michael Roosevelt
Shelli Rossman
Robert Russell
Ronald Thrasher
Robert Ward
Henry Weber
Nisha Wilson
Shane Wolf
Kristin Wood
Yolanda Woodhouse
Michele Worobiec
Carrie Zoller

EDITORIAL

Jennifer L. Carson
Production Editor
Editcetera
Berkeley, CA

ASOCIACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENCIA

Hon. Keith Starrett
U.S. District Court Judge
Hattiesburg, Mississippi

JUNTA DIRECTIVA NADCP

Hon. Jeffrey S. Bagley
Cumming, Georgia

Hon. Michael J. Barrasse
Scranton, Pennsylvania

Jonathan W. Blodgett
Salem, Massachusetts

Hon. Richard S. Gebelein
Wilmington, Delaware

Hon. Pamela Gray
Washington, DC

Hon. Robert B. Helfrich
Hattiesburg, Mississippi

Domingo Herraiz
Washington, DC

Earl Hightower
Studio City, California

Mary Kay Hudson
Indianapolis, Indiana

Mack Jenkins
San Diego, California

Hon. Ronald Eagleye Johnny (Ret.)
Nixon, Nevada

Judi M. Kosterman, PhD
Reno, Nevada

Hon. Russell B. Laine
Algonquin, Illinois

Hon. Leonia J. Lloyd
Detroit, Michigan

Hon. Stephen V. Manley
San Jose, California

Connie M. Payne
Frankfort, Kentucky

Hon. Ruben G. Reyes
Lubbock, Texas

Lynn P. Richardson
Dallas, Texas

Charles R. Robinson
Austin, Texas

Hon. Charles B. Simmons
Greenville, South Carolina

MIEMBROS EMÉRITOS DEL CONSEJO

Hon. Louis J. Presenza (Ret.)
Philadelphia, Pennsylvania

Hon. Robert G. Rancourt
Center City, Minnesota

Hon. Robert T. Russell
Buffalo, New York

Hon. John Schwartz (Ret.)
Rochester, New York

ASOCIACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS

Carolyn D. Hardin
Interim 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, pasión, trabajo en equipo y un fuerte liderazgo judicial para tener éxito en atender a 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 tratamientos 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 casos en materia familiar en los que hay padres en peligro de perder la custodia de sus hijos debido al uso problemático de sustancias psicoactivas.

Durante los 26 años desde que 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. Los Tribunales de Tratamiento mejoran a las comunidades rehabilitando exitosamente a las personas con problemas penales, alejándolos de la delincuencia, reparando familias separadas, interviniendo a la juventud antes de que emprendan una vida debilitante de crimen y adicción y previniendo que conduzcan bajo los efectos de drogas o alcohol.

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 críticos y proporcionan la estructura necesaria para que aquellos veteranos que se encuentran dentro del sistema judicial debido al uso de sustancias o a algún trastorno mental, puedan retomar su vida productiva luego de haber sobrevivido enfrentamientos militares. Los Tribunales de Reinserción apoyan a personas que son liberadas de las cárceles y prisiones nacionales para que tengan éxito durante su etapa de libertad condicional y eviten recaer en el uso de drogas o involucrarse en actividad ilícita. Los Tribunales de Salud Mental monitorean a quienes padecen un trastorno 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, apropiaciones y educación pública—la respuesta del sistema de justicia estadounidense hacia los imputados que abusan de sustancias o padecen alguna enfermedad mental.

RECONOCIMIENTOS

La creación de los primeros dos volúmenes 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 varios profesionales expertos y generosos. Se trata de un proyecto que ha durado más de seis años. Los cinco estándares contenidos en el Volumen II y los cinco precedentes en el Volumen I, son el producto de incontables horas de esfuerzo de profesionales dedicados que otorgaron su tiempo, energía e intelecto a la causa.

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, quien, al igual que en el Volumen I, trabajó en cada aspecto del documento para asegurar que ofrezca lineamientos claros, respaldados de manera convincente en las investigaciones científicas y de la manera más práctica posible para los profesionales de los Tribunales de Tratamiento.

Siento mucho entusiasmo al publicar este nuevo volumen. En los 26 años desde la fundación del primer Tribunal de Tratamiento, las amplias investigaciones han demostrado no sólo que los Tribunales de Tratamiento funcionan, también cómo funcionan y para quién. Ahora sabemos cómo estructurar e implementar nuestros Tribunales de Tratamiento para lograr los mejores resultados y es un gran honor y privilegio compartir este conocimiento arduamente cosechado con el campo de los Tribunales de Tratamiento. La ciencia guía las decisiones de un grupo de profesionales expertos comprensivos y dedicados que dirigen los Tribunales de Tratamiento para dar esperanza y el regalo de la recuperación a millones de personas que se han vuelto merecedores, para mejorar la seguridad pública en nuestras comunidades y darle el mejor uso a los fondos de los contribuyentes.

Nuestro trabajo no ha terminado. El material contenido aquí debe ser diseminado ampliamente dentro del ámbito de los Tribunales de Tratamiento y debe ser puesto en práctica en las operaciones cotidianas. Se requiere de un gran esfuerzo para capacitar al personal en el contenido de los estándares y poner en marcha los procedimientos recomendados. Además, otros volúmenes

[†] 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.

posteriores de los estándares cubrirán otros aspectos de los procedimientos de los Tribunales de Tratamiento a medida que los nuevos hallazgos de investigaciones estén disponibles. La NADCP está preparada para impartir las capacitaciones, el apoyo técnico y el desarrollo de conocimiento requeridos para ejecutar los estándares, expandir el campo de conocimiento de las mejores prácticas y producir los mejores resultados posibles para nuestros participantes y comunidades.

Carolyn D. Hardin
Directora Ejecutiva Interina
Asociación Nacional de Profesionales de los Tribunales de Tratamiento

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 de su 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
VI. TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO Y SERVICIOS SOCIALES	6
Los participantes reciben tratamiento complementario y servicios sociales para condiciones que sean concurrentes con el trastorno por uso de sustancias y pueden interferir con su cumplimiento en los Tribunales de Tratamiento, aumentar las reincidencias delictivas o reducir los avances en el tratamiento.	
VII. PRUEBAS DE DETECCIÓN DROGAS Y ALCOHOL	29
Las pruebas de detección de drogas y alcohol ofrecen una evaluación precisa, oportuna y comprensiva del uso de sustancias no autorizadas entre los participantes de los Tribunales de Tratamiento.	
VIII. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	43
Un dedicado equipo multidisciplinario de profesionales gestiona las operaciones diarias de los Tribunales de Tratamiento, incluyendo la revisión del progreso de los participantes durante las reuniones de pre-audiencias de personal y en las audiencias de seguimiento judicial, contribuyendo con observaciones y recomendaciones dentro de las áreas de experiencia de cada miembro del equipo y proporcionando o supervisando la ejecución de servicios legales, de tratamiento y supervisión.	
IX. CENSOS Y NÚMERO DE CASOS	58
Los Tribunales de Tratamiento atienden a tantas personas elegibles como sea posible, manteniendo una fidelidad continua a los estándares de mejores prácticas.	
X. MONITOREO Y EVALUACIÓN	68
Los Tribunales de Tratamiento monitorean de manera rutinaria su apego a los estándares de mejores prácticas y emplean procedimientos científicamente válidos y confiables para evaluar su efectividad.	
APÉNDICE C EVALUACIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	86
APÉNDICE D SERVICIOS SOCIALES Y TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO BASADOS EN LA EVIDENCIA	89
APÉNDICE E SISTEMAS DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN PARA LOS EVALUADORES DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO	90

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

INTRODUCCIÓN

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

—Estándares de Mejores Prácticas de los Tribunales de Tratamiento para Adultos Volumen I (NADCP, 2013; p. 1)

Volumen I

En 2013, NADCP publicó el Volumen I de los *Estándares de Mejores Prácticas de los Tribunales de Tratamiento para Adultos* (Estándares). Este emblemático documento fue producto de más de cuatro años de un trabajo exhaustivo que incorpora la revisión de investigaciones científicas sobre mejores prácticas en materia del tratamiento para el trastorno por uso de sustancias y rehabilitación correctiva, sintetizando esta vasta literatura en recomendaciones de prácticas medibles y aplicables para los profesionales de los Tribunales de Tratamiento.

La respuesta del gremio de los Tribunales de Tratamiento fue inmediata y de fondo. Durante los dos siguientes años, 20 de 25 estados (80%) respondieron un sondeo nacional indicando haber adoptado los estándares con objetivos de acreditación, financiamiento o capacitación para Tribunales de Tratamiento nuevos y existentes en sus jurisdicciones. El idioma técnico del gremio literalmente está evolucionando a medida que la terminología basada en la evidencia impacta las políticas y procedimientos de los Tribunales de Tratamiento. Los profesionales del campo ahora hablan de manera habitual sobre participantes de alto riesgo y de alta necesidad [Estándar I]; de asegurar acceso equivalente y servicios a los miembros de grupos históricamente discriminados [Estándar II]; de mejorar las percepciones de la justicia en los procedimientos durante las audiencias judiciales [Estándar III]; de marcar una distinción entre los comportamientos proximales de los distales y conforme a esto respondiendo a las conductas de los participantes [Estándar IV]; y de mejorar los tratamientos basados en la evidencia relacionados con las necesidades clínicas de los participantes y con sus pronósticos de éxito en el tratamiento [Estándar V].

Cualquier inquietud sobre la posibilidad que los Estándares pudieran ser obsoletos desapareció de inmediato. Los Tribunales de Tratamiento están cambiando sus políticas y procedimientos de acuerdo con los hallazgos científicos, logrando así una mejoría en sus resultados.

Volumen II

El Volumen I marcó el inicio de un proceso persistente de auto-evaluación y auto-corrección que inició en y para el gremio de los Tribunales de Tratamiento. Inmediatamente después del lanzamiento del Volumen I, la NACDP emprendió esfuerzos subsecuentes para llevar el Volumen II a la imprenta, y ahora estos esfuerzos ya rindieron frutos. El Volumen II retoma la conversación iniciada en el primer volumen y describe las mejores prácticas de los Tribunales de Tratamiento en los siguientes temas:

VI. Tratamiento Complementario y Servicios Sociales. Los participantes en los Tribunales de Tratamiento con frecuencia tienen una variedad de necesidades más allá del tratamiento para el trastorno por uso de sustancias. El Estándar VI cubre varias necesidades concurrentes que con frecuencia se ven en los Tribunales de Tratamiento, incluyendo las mejores prácticas para proporcionar tratamiento para la salud mental, atención informada sobre trauma, intervenciones de pensamiento delictivo, consejería familiar, consejería vocacional o educativo y educación de prevención para reducir comportamientos de riesgo para la salud.

VII. Pruebas de Detección de Drogas y Alcohol. Los Tribunales de Tratamiento deben contar con información precisa y oportuna sobre las condiciones de abstinencia de drogas y alcohol de los participantes para poder aplicar incentivos, sanciones o ajustes al tratamiento de manera efectiva. El Estándar VII describe las mejores prácticas para detectar el uso de sustancias no autorizadas en una población que con frecuencia se esfuerza y es hábil para evitar la detección mediante métodos de prueba estandarizados.

VIII. Equipo Multidisciplinario. Los estudios han iluminado considerablemente el trabajo de los equipos de los Tribunales de Tratamiento. El Estándar VIII revisa las últimas investigaciones que muestran las disciplinas profesionales que deberían estar representadas en el equipo, cómo se debe compartir la información y la experiencia y con qué frecuencia y bajo qué circunstancias los miembros del equipo deben recibir formación preparatoria y educación continua sobre las mejores prácticas de los Tribunales de Tratamiento.

IX. Censos y Número de Casos. Los Tribunales de Tratamiento deben expandirse y apoyar a todas las personas elegibles que son parte del sistema de justicia penal. Aun así, los estudios sugieren que los resultados pueden ser desfavorables si el número de casos aumenta sin asegurar que los programas cuenten con suficientes recursos para mantener la fidelidad a las mejores prácticas. El Estándar IX identifica los objetivos relacionados con el tamaño del censo de los Tribunales de Tratamiento y el número de casos para los oficiales de supervisión y clínicos, para determinar el momento en el que se debe reexaminar un Tribunal de Tratamiento con respecto a sus recursos y a su apego a las mejores prácticas.

X. Monitoreo y Evaluación. En gran medida, el éxito de los Tribunales de Tratamiento se debe a que reconocen la importancia de la investigación y la evaluación desde el inicio. Sin embargo, no todos los estudios emplean metodologías científicas adecuadas, creando “ruido” mediático y confusión sobre la literatura científica en la materia. El Estándar X describe las mejores prácticas para monitorear el apego de un Tribunal de Tratamiento a las mejores prácticas y evaluar su impacto en uso de sustancias, delincuencia, salud emocional del participante y otros resultados importantes.

Procedimientos

La NADCP implementó los mismos procedimientos utilizados en el Volumen I para desarrollar el Volumen II. 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, al menos, treinta profesionales e investigadores con experiencia relevante en la materia. Los revisores calificaron los estándares 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. El tiempo que tome este proceso puede variar de estándar a estándar. Los Tribunales de Tratamiento deben poder seguir algunos de los estándares en pocos meses, si no es que ya lo hacen; la implementación satisfactoria de estándares puede tomar entre tres y cinco años.

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*. Los Volúmenes I y II de los Estándares son los primeros documentos que compilan y sintetizan esta investigación sobre las recomendaciones de prácticas concretas y medibles.

Volúmenes Futuros

Los estándares contenidos en los Volúmenes I y II no abordan todas las prácticas que se implementan en los Tribunales de Tratamiento. A menos que haya evidencia confiable y convincente que demuestre que alguna distinta práctica mejora significativamente los resultados, dicha práctica no será incorporada (aún) en el estándar de mejores prácticas. Esto no debe ser interpretado para sugerir que las prácticas omitidas son menos importantes—o insignificantes—que las prácticas que sí se han incluido. Las prácticas fueron omitidas simplemente porque el estado de las investigaciones actuales es insuficiente en este momento para proporcionar lineamientos confiables para el gremio o para imponer una obligación en las operaciones de los Tribunales de Tratamiento. En los volúmenes futuros se agregarán más prácticas a medida que se completen los estudios. Los estándares posteriores abarcarán temas como las mejores prácticas para los oficiales de supervisión comunitaria en los Tribunales de Tratamiento; intervenciones de justicia restaurativa como servicio comunitario o restitución a las víctimas; pago de multas, cuotas y otros costos; tutorías de pares y vocacionales; y sistemas de atención orientados a la recuperación. La NADCP trabaja activamente con los investigadores y financiadores para cerrar las brechas en la literatura y tiene el compromiso de publicar lineamientos de prácticas relacionadas tan pronto se logre compilar un cuerpo de evidencia suficiente.

Estos estándares se desarrollaron específicamente para Tribunales de Tratamiento para Adultos. Esto no sugiere que dichos tribunales sean más efectivos o mejor valorados que otro tipo de

INTRODUCCIÓN

tribunales en materia de adicciones, tales como los adolescentes, los 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 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 emitirá los estándares de mejores prácticas para dichos programas también.

Implementación

El mayor reto del campo de la justicia penal y del tratamiento para el trastorno por uso de sustancias es darle a la ciencia una aplicación práctica (Damschroder et al., 2009; Rudes et al., 2013; Taxman & Belenko, 2013). Hasta ahora, los Tribunales de Tratamiento están haciendo un mejor trabajo que la mayoría de los programas, en cuanto al seguimiento de los estándares de mejores prácticas; sin embargo, se requiere de mayor trabajo. Los programas que ignoran las mejores prácticas y no asisten a las conferencias de capacitación son las más propensas a generar resultados poco efectivos o dañinos (Carey et al., 2012; Shaffer, 2006; Van Wormer, 2010), reduciendo así los efectos de los Tribunales de Tratamiento y deteriorando la reputación del campo. No se puede escapar de la necesidad de redoblar esfuerzos para diseminar ampliamente la información sobre las mejores prácticas, para proporcionar el apoyo técnico necesario para ayudar a que los Tribunales de Tratamiento se apeguen a los estándares y hacer que los programas que se rehúsan a alinear sus prácticas con las que funcionan, se hagan responsables.

La responsabilidad para implementar las mejores prácticas es de los juzgados y sistemas de tratamiento locales, estatales y provinciales. Sin embargo, la NADCP y otras organizaciones nacionales pueden y tienen una función fundamental para capacitar, asesorar y evaluar el apego de los programas a las mejores prácticas. Los esfuerzos coordinados a nivel estatal, local y nacional demostrarán a los Tribunales de Tratamiento lo que deben estar haciendo, cómo y por qué. Los programas que ignoren este apoyo serán rápidamente identificados y enfrentarán eventualmente las mismas consecuencias que cualquier otro programa o profesional que proporcione servicios deficientes inferiores al estándar de atención reconocida en su campo.

Los Tribunales de Tratamiento siempre se han fijado los estándares más altos. Nada satisfechos con las prácticas pasadas, los Tribunales de Tratamiento lograron rediseñar el sistema de justicia penal. Se deshicieron de viejos paradigmas y cambiaron el lenguaje de la reforma judicial. Se espera que la gran mayoría de los Tribunales de Tratamiento sigan las mejores prácticas una vez que las hayan identificado, salvando incontables vidas en el proceso. Un gran número de programas efectivos excluirá alternativas ineficientes; de esta manera, los Tribunales de Tratamiento seguirán marcando la ruta hacia una mejor salud pública, mayor seguridad pública y beneficios financieros más elevados para los contribuyentes.

[†] 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.

REFERENCIAS

- 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.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50). doi:10.1186/1748-5908-4-50
- National Association of Drug Court Professionals. (2013). *Adult Drug Court Best Practice Standards* (Vol. 1). Alexandria, VA: Author. *Disponible en* <http://www.nadcp.org/sites/default/files/nadcp/AdultDrugCourtBestPracticeStandards.pdf>
- Rudes, D.S., Viglione, J., & Porter, C.M. (2013). Using quality improvement models in correctional organizations. *Federal Probation*, 77(2), 69–75.
- Shaffer, D.K. (2006). *Reconsidering Drug Court Effectiveness: A Meta-Analytic Review* (Doctoral dissertation, University of Cincinnati). Retrieved from https://etd.ohiolink.edu/ap:10:0::NO:10:P10_ACCESSION_NUM:ucin1152549096
- Taxman, F.S., & Belenko, S. (2013). *Implementing evidence-based practices in community corrections and addiction treatment*. New York: Springer.
- Van Wormer, J. (2010). *Understanding operational dynamics of Drug Courts* (Doctoral dissertation, University of Washington). Retrieved from http://research.wsulibs.wsu.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/2376/2810/vanWormer_wsu_0251E_10046.pdf?sequence=1

VI. TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO Y SERVICIOS SOCIALES

Los participantes reciben tratamiento complementario y servicios sociales¹ para condiciones que sean concurrentes con el trastorno por uso de sustancias y pueden interferir con su cumplimiento en los Tribunales de Tratamiento, aumentar las reincidencias delictivas o reducir los avances en el tratamiento.

- A. Alcance de Servicios Complementarios**
- B. Secuencia y Tiempos de los Servicios**
- C. Gestión de Caso Clínico**
- D. Apoyo para Vivienda**
- E. Tratamiento para la Salud Mental**
- F. Vinculación a Servicios de Atención a Trauma**
- G. Intervención Cognitiva para Prevenir Reincidencia Delictiva**
- H. Consejería Familiar e Interpersonal**
- I. Servicios Vocacionales y Educativos**
- J. Tratamiento Médico y Dental**
- K. Prevención de Comportamientos de Riesgo para la Salud**
- L. Prevención y Manejo de Sobredosis**

A. Alcance de Servicios Complementarios

El Tribunal de Tratamiento proporciona atención o remite a los participantes a tratamiento y servicios sociales para atender las condiciones que podrían interferir con su respuesta al tratamiento del programa u otros servicios (*necesidades de atención clínica*), para incrementar la reincidencia criminal (*necesidades criminógenas*) o para disminuir los logros del tratamiento a largo plazo (*necesidades de mantenimiento*). Dependiendo de las necesidades del participante, los servicios complementarios pueden incluir apoyo para vivienda, tratamiento para salud mental, servicios informados sobre trauma, intervenciones de pensamiento delictivo, terapia o consejería familiar o interpersonal, servicios vocacionales o educativos y tratamiento médico o dental. Los participantes sólo reciben los servicios para los que presentan una necesidad evaluada.

¹ El término *tratamiento complementario y servicios sociales* se refiere a las intervenciones distintas al tratamiento para el trastorno por uso de sustancias que mejoran los síntomas de malestar, apoyan las necesidades de vivienda básica de los participantes o mejoran su funcionamiento de adaptación a largo plazo. El largo plazo no incluye intervenciones de justicia restaurativa como restitución a la víctima, intervenciones de supervisión como visitas a domicilio de libertad provisional o servicios orientados a la recuperación como asesoría de pares.

B. Secuencia y Tiempos de los Servicios

En la primera fase de los Tribunales de Tratamiento, los participantes reciben servicios diseñados principalmente para atender las necesidades de atención clínica como una vivienda deficiente, síntomas de una salud mental frágil y deseos de consumir (*craving*), síndrome de abstinencia o anhedonia (una reducción en la capacidad para sentir placer). En las fases intermedias de los Tribunales de Tratamiento, los participantes reciben servicios diseñados para resolver las necesidades criminógenas que sean concurrentes con frecuencia con el trastorno por uso de sustancias, como los patrones de pensamiento delictivo, interacciones con compañeros que delinquen y conflictos familiares. En las fases posteriores de los Tribunales de Tratamiento, los participantes reciben servicios diseñados para mantener los avances en el tratamiento mejorando su funcionamiento adaptativo a largo plazo, como asesorías vocacionales o educativas.

C. Gestión de Caso Clínico

Los participantes se reúnen de manera individual con un gestor de caso clínico o con un profesional de tratamiento comparable al menos una vez por semana durante la primera fase de los Tribunales de Tratamiento. El gestor de caso clínico dirige una herramienta de evaluación validada para determinar si los participantes requieren tratamiento complementario o servicios sociales, ofrece dichos servicios a los participantes o los remite con alguien que pueda proveer estos servicios y mantiene al equipo de los Tribunales de Tratamiento al tanto del progreso de los participantes.

D. Apoyo para Vivienda

Cuando se indique, los participantes reciben apoyo para encontrar una vivienda segura, estable y libre de drogas al principio de la primera fase del Tribunal de Tratamiento y continúa de esta forma, mientras sea necesario, durante su participación en el programa. Si los servicios profesionales de vivienda no están disponibles para los Tribunales de Tratamiento, los gestores de casos clínicos u otros miembros del personal ayudan a los participantes a encontrar una vivienda segura y libre de drogas y alcohol con parientes, amigos o alguna otra persona prosocial y alejada de las drogas. Los participantes no están excluidos del tratamiento en los Tribunales de Tratamiento porque carezcan de un lugar de residencia estable.

E. Tratamiento para la Salud Mental

Los participantes son evaluados a través de una herramienta validada para los principales trastornos de salud mental severos que con frecuencia sean concurrentes en los Tribunales de Tratamiento, incluyendo depresión severa, trastorno bipolar (manicodpresivos), trastorno de estrés postraumático (TEPT) y otros trastornos de ansiedad importantes. Los participantes que padecen un trastorno mental reciben servicios de salud mental al principio de la primera fase de los Tribunales de Tratamiento y lo continúan mientras sea necesario durante su participación en el programa. Los trastornos de salud mental y las adicciones son tratadas de forma concurrente implementando un programa basado en la evidencia que se enfoca en los efectos agravantes mutuos de las dos condiciones. Los participantes reciben medicamento psiquiátrico fundamentado en la determinación de una necesidad o indicación médica de un proveedor medico calificado. A los candidatos no se les niega el

ingreso a los Tribunales de Tratamiento por recibir un medicamento psiquiátrico prescrito legítimamente [ver Estándar I, Población Objetivo] y los participantes no deben interrumpir el tratamiento psiquiátrico prescrito legítimamente como una condición para graduarse de los Tribunales de Tratamiento [ver Estándar V, Tratamiento para el Trastorno por Uso de Sustancias].

F. Vinculación a Servicios de Atención a Trauma

Los participantes son evaluados a través de una herramienta validada para el historial de traumas, síntomas relacionados con algún trauma y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los participantes con TEPT reciben una intervención basada en la evidencia que les enseña a manejar la angustia sin recurrir al consumo de sustancias u otros comportamientos de evasión, los desensibiliza gradualmente de los síntomas de pánico y ansiedad y los incita a participar en acciones productivas que reducen el riesgo de re-traumatización. Los participantes con TEPT o síntomas severos relacionados con un trauma son evaluados para conocer la idoneidad para las intervenciones grupales y reciben tratamiento de forma individual o en grupos pequeños cuando es necesario manejar el pánico, disociación o ansiedad severa. Las mujeres participantes reciben servicios relacionados con el trauma en grupos específicos de género. Todos los miembros del equipo del Tribunal de Tratamiento, incluyendo el personal del juzgado y otros profesionales de la justicia penal, reciben capacitación formal para ofrecer atención informada sobre trauma.

G. Intervención Cognitiva para Prevenir Reincidencia Delictiva

Los participantes reciben una intervención basada en la evidencia para el pensamiento delictivo después de haber sido estabilizados clínicamente y una vez que ya no padezcan síntomas agudos de sufrimiento como deseos de consumir (*cravings*), abstinencia o depresión. El personal recibe capacitación para llevar a cabo una intervención cognitivo-conductual estandarizada y validada sobre pensamiento delictivo, como la Terapia de Reconación Moral, el programa Pensado para un Cambio o el Programa Razonamiento y Rehabilitación.

H. Consejería Familiar e Interpersonal

Cuando sea factible, al menos un familiar, amistad o contacto cotidiano confiable y prosocial es convocado para compartir observaciones de primera mano al personal sobre la conducta del participante fuera del programa, para ayudar a los participantes a llegar a tiempo a sus citas y para ayudarlos a cumplir con sus obligaciones de presentación de informes en el programa. Una vez que los participantes son estabilizados clínicamente reciben una intervención cognitivo-conductual basada en la evidencia que se enfoca en mejorar su comunicación interpersonal y sus habilidades de resolver problemas, reduciendo los conflictos familiares y eliminando las asociaciones con compañeros o familiares antisociales o que abusan de las sustancias.

I. Servicios Vocacionales y Educativos

Los participantes con un historial laboral o académico deficiente reciben servicios vocacionales o académicos a partir de una de las fases finales de los Tribunales de

Tratamiento. Los servicios vocacionales o educativos se otorgan después de que los participantes hayan encontrado una vivienda segura y estable, después de que sus síntomas de trastorno por uso de sustancias y de salud mental se hayan resuelto sustancialmente, después de haber completado una intervención de pensamiento delictivo y una vez que pasen la mayor parte de su tiempo interactuando con compañeros prosociales y sobrios. Las intervenciones vocacionales son estandarizadas y de orientación cognitiva-conductual; enseñan a los participantes a encontrar y mantener un trabajo y a ganar un sueldo superior en el futuro a través de una mejora personal continua. Los participantes deben tener un trabajo estable, estar inscritos en un programa vocacional o educativo o participar en una actividad prosocial comparable como condición para graduarse del programa. Una participación continua en el trabajo, en la educación o en una actividad prosocial comparable es un componente del plan de atención continua de cada participante.

J. Tratamiento Médico y Dental

Los participantes reciben tratamiento médico o dental inmediato para condiciones que amenazan la vida, que causan un dolor o incomodidad severa o que pueden causar una incapacidad o impedimento a largo plazo. Para condiciones no agudas o esenciales que son exacerbadas por el consumo de sustancias, el tratamiento puede ofrecerse en una fase posterior del Tribunal de Tratamiento o puede incluirse en el plan de atención continua de cada participante.

K. Prevención de Comportamientos de Riesgo para la Salud

Los participantes completan un breve programa educativo basado en la evidencia que describe las medidas concretas que pueden tomar para reducir su exposición a enfermedades de transmisión sexual u otras enfermedades transmisibles.

L. Prevención y Manejo de Sobredosis

Los participantes completan un breve programa educativo basado en la evidencia describiendo las medidas concretas que pueden tomar para prevenir o manejar una sobredosis de sustancias.

COMENTARIOS

A. Alcance de los Servicios Complementarios

Los participantes de los Tribunales de Tratamiento con frecuencia tienen necesidades que rebasan las capacidades del programa. Los estudios a nivel nacional y estatal han demostrado que una proporción importante de participantes en los Tribunales de Tratamiento padecían un trastorno médico o de salud mental concurrente severo, eran desempleados crónicos, tenían logros educativos bajos, eran personas sin hogar, habían sufrido algún abuso físico o sexual o algún otro tipo de trauma (ver Tabla 1).

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO Y SERVICIOS SOCIALES

TABLA 1		NECESIDADES COMPLEMENTARIAS IDENTIFICADAS EN ESTUDIOS NACIONALES Y ESTATALES DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO
Necesidad Complementaria		Porcentaje de Participantes
Cualquier problema/trastorno de salud mental		63%
Depresión severa		16%–39%
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)		10%
Trastornos de ansiedad distintos al TEPT		9%
Trastorno Bipolar		8%
Condición médica crónica		26%
Desempleo		54%–72%
Educación inferior a preparatoria (o GED)		32%–38%
Personas sin hogar		11%–47%
Historial de abuso o trauma		27%–29%

Fuentes: Cissner et al. (2013); Green & Rempel (2012); Peters et al. (2012).

Los Tribunales de Tratamiento son más efectivos y asequibles cuando ofrecen tratamiento y servicios sociales complementarios para hacer frente a estas necesidades concurrentes. Un estudio multisitio de aproximadamente 70 Tribunales de Tratamiento descubrió que los programas eran significativamente más efectivos para reducir delitos cuando se ofrecía un tratamiento de salud mental, terapias familiares y entrenamiento parental; asimismo, fueron marginalmente más efectivos cuando ofrecían servicios médicos y dentales. (Carey et al., 2012). El mismo estudio determinó que los Tribunales de Tratamiento eran más rentables cuando ayudaban a los participantes a encontrar un empleo, a inscribirse a un programa educativo o a obtener una vivienda libre de drogas y alcohol. De manera similar, un estudio a nivel estatal de 86 Tribunales de Tratamiento en Nueva York descubrió que los programas eran significativamente más efectivos para reducir los delitos cuando evaluaban a los participantes por algún trauma y otras necesidades de tratamiento de salud mental, y proveían servicios de salud mental, médicos, vocacionales o educativos cuando se indicaba (Cissner et al., 2013).

Sin embargo, los estudios no apoyan la práctica de ofrecer los mismos servicios complementarios a todos los participantes. En un meta-análisis se determinó que los Tribunales de Tratamiento que requerían que todos los participantes recibieran servicios educativos o de empleo eran menos efectivos en la reducción del delito que los Tribunales de Tratamiento que vincularon dichos servicios con las necesidades evaluadas de los participantes (Shaffer, 2006). Requerir que los participantes reciban servicios innecesarios es una pérdida de tiempo y dinero que puede empeorar un resultado asignando exigencias excesivas a los participantes e interfiriendo con el tiempo que tienen disponible para comprometerse con actividades productivas (Gutierrez & Bourgon, 2012; Lowenkamp et al., 2006; Prendergast et al., 2013; Smith et al., 2009; Vieira et al., 2009; Viglione et al., 2015). La evidencia también sugiere que los participantes pueden volverse rencorosos, desalentarse o sentir ansiedad si son sancionados por fallar o no cumplir con las exigencias excesivas o infundadas, un fenómeno conocido como indefensión aprendida o carga proporcional (Seligman, 1975). Bajo estas circunstancias, el comportamiento no mejora y los participantes pueden abandonar el tratamiento de forma prematura (Marlowe & Wong, 2008). Si un equipo de Tribunal de Tratamiento no puede articular un razonamiento firme y adecuado para requerir que un participante reciba cierto servicio, entonces el equipo debe reconsiderar ese servicio como requerimiento.

B. Secuencia y Tiempos de los Servicios

El manejo de tiempos es fundamental para la ejecución exitosa de los servicios de tratamiento complementario y sociales. Los resultados son significativamente mejores cuando los programas de rehabilitación atienden las necesidades complementarias en una secuencia específica. Este hallazgo tiene implicaciones importantes para el diseño de la estructura de fases en un Tribunal de Tratamiento. La primera fase de los Tribunales de Tratamiento debe enfocarse primordialmente en resolver aquellas condiciones que podrían interferir con la permanencia o cumplimiento en el tratamiento (necesidades de atención clínica).

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

Este proceso puede incluir cubrir las necesidades básicas de vivienda de los participantes, estabilizar los síntomas de salud mental en caso de haberlos y mitigar los síntomas psicológicos o fisiológicos agudos de la adicción, como deseos de consumo (*craving*), anhedonia, o abstinencia. Subsecuentemente, las fases intermedias de los Tribunales de Tratamiento deben concentrarse en atender las necesidades que eleven la probabilidad de reincidencia delictiva y uso de sustancias (necesidades criminógenas). Este proceso incluye iniciar una abstinencia sostenida de alcohol y drogas, abordar patrones de pensamiento disfuncional o antisocial, eliminar asociaciones con compañeros que delinquen y reducir el conflicto familiar. Finalmente, las fases posteriores de los Tribunales de Tratamiento deben abordar las necesidades restantes que podrían socavar el mantenimiento de los avances del tratamiento (necesidades de mantenimiento). Este proceso puede incluir la prestación de apoyos educativos, entrenamiento parental u otras intervenciones diseñadas para fomentar y reforzar las actividades de habilidades para la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) de los participantes.²

Necesidades de atención clínica. Cuando los participantes ingresan a un Tribunal de Tratamiento, uno de los objetivos más urgentes es asegurar que permanezcan dentro del tratamiento y cumplan con otras obligaciones de comparecencia y presentación de informes. A estas condiciones se les conoce comúnmente como necesidades de atención clínica porque interfieren con la respuesta de una persona a sus esfuerzos de rehabilitación (Andrews & Bonta, 2010; Smith et al., 2009). Aunque las necesidades de atención clínica no necesariamente son una causa o agravante de la actividad delictiva, deben ser atendidas en las fases iniciales del tratamiento para prevenir que los participantes fallen o abandonen el tratamiento antes de tiempo (Hubbard & Pealer, 2009; Karno & Longabaugh, 2007).

Las necesidades de atención clínica frecuentes en los Tribunales de Tratamiento incluyen condiciones mentales y falta de vivienda o una vivienda inestable (Cissner et al., 2013; Green & Rempel, 2012; Peters et al., 2012). Aunque estas condiciones suelen no ser causa de actividad delictiva (Andrews & Bonta, 2010; Bonta et al., 1998; Gendreau et al., 1996), tienen una fuerte tendencia a debilitar la efectividad de los Tribunales de Tratamiento y otros programas de rehabilitación (Gray & Saum, 2005; Hickert et al., 2009; Johnson et al., 2011; Mendoza et al., 2013; Young & Belenko, 2002). Para evitar el abandono prematuro de los Tribunales de Tratamiento, en caso de haberlas se debe hacer frente a estas necesidades de atención clínica al principio de la primera fase de tratamiento y continuar mientras sea necesario a lo largo de la participación en el programa.

Necesidades criminógenas. Las necesidades criminógenas hacen referencia a los trastornos o condiciones que ocasionan o exacerban la comisión de delitos (Andrews & Bonta, 2010). Los trastornos de uso de sustancias severos representan necesidades criminógenas altas (Bennett et al., 2008; Walters, 2015), lo cual explica por qué son el enfoque primordial de la mayoría de las intervenciones en los Tribunales de Tratamiento. Otras necesidades criminógenas frecuentes en los Tribunales de Tratamiento son los patrones de pensamiento delictivo, impulsividad, conflicto familiar y afiliaciones con compañeros que delinquen (Green & Rempel, 2012; Hickert et al., 2009; Jones et al., 2015).

Los estudios han mostrado resultados mejorados cuando los Tribunales de Tratamiento ofrecen servicios para hacer frente a estas necesidades criminógenas. Por ejemplo, ha habido mejores resultados cuando los participantes en los Tribunales de Tratamiento aprendieron a aplicar habilidades efectivas y prosociales de toma de decisiones, como aprender a pensar antes de actuar, considerar las consecuencias potenciales de sus acciones y reconocer su propio papel en conflictos interpersonales (Cheesman & Kunkel, 2012; Heck, 2008; Kirchner & Goodman, 2007; Lowenkamp et al., 2009; Vito & Tewksbury, 1998). De manera similar, los estudios han demostrado que hubo una reducción significativa en delitos y uso de sustancias cuando los participantes en los Tribunales de Tratamiento pasaban menos tiempo interactuando con compañeros que delinquían, pasaban más tiempo interactuando con compañeros y familiares prosociales y se reportaron

² Esta estructura de fase toma por sentado que los Tribunales de Tratamiento atienden a los participantes de alta necesidad y alto riesgo [ver Estándar I]. Si un Tribunal de Tratamiento atiende a personas que no son adictas a drogas o alcohol o que padezcan alguna enfermedad mental seria, podría aconsejarse proporcionar intervenciones vocacionales, educativas o de mantenimiento al inicio de una fase temprana del programa (Cresswell & Deschenes, 2001; Gallagher, 2013a; Vito & Tewksbury, 1998).

menos conflictos con miembros de la familia (Green & Rempel, 2012; Hickert et al., 2009; Shaeffer et al., 2010; Wooditch et al., 2013).

Necesidades de Mantenimiento. Algunas necesidades, como analfabetismo, habilidades laborales deficientes o baja autoestima suelen ser el resultado de un estilo de vida poco productivo o antisocial en lugar de ser la causa de dicho estilo de vida (Hickert et al., 2009; Wooditch et al., 2013). La atención a estas necesidades no-criminógenas antes de tratar las necesidades criminógenas está asociado con una reincidencia delictiva, un fracaso en el tratamiento y otras consecuencias indeseadas (Andrews & Bonta, 2010; Andrews et al., 1990; Smith et al., 2009; Vieira et al., 2009). Sin embargo, si estas necesidades son ignoradas a largo plazo es posible que interfieran con el mantenimiento de los avances en el tratamiento. Las mejoras en ciertas necesidades de mantenimiento, como logros educativos o laborales, resultan en una mayor persistencia de los efectos del tratamiento a largo plazo (Leukefeld et al., 2007).

Lo importante es, que es poco frecuente que las mejoras en las necesidades de mantenimiento ocurran sino hasta que las necesidades de atención clínica y criminógenas más urgentes hayan sido solucionadas. Por ejemplo, es poco común que los participantes mejoren su desempeño laboral sino hasta haber dejado de sufrir los síntomas debilitantes de una adicción o condición mental, hasta que hayan dejado de asociarse con compañeros que delinquen y hayan abandonado las actitudes egocéntricas y los comportamientos impulsivos (Guastaferró, 2012; Samenow, 2014). Después de que los participantes estén estabilizados clínicamente y hayan logrado un período razonable de abstinencia, los servicios de mantenimiento diseñados para mejorar su funcionamiento adaptativo y habilidades ADL ayudan a asegurar la consistencia de los avances. Los resultados también son significativamente mejores cuando la participación continua en las actividades de mantenimiento después del alta es uno de los requisitos para la graduación y un componente del plan de atención de seguimiento de cada participante (Carey et al., 2012).

C. Gestión de Caso Clínico

Los estudios han descubierto consistentemente que los Tribunales de Tratamiento son más efectivos y rentables cuando los participantes se reúnen de manera individual con un gestor de caso clínico o un profesional de tratamiento comparable al menos una vez por semana durante la primera fase del programa (Carey et al., 2012; Cissner et al., 2013; Zweig et al., 2012). Como se describió anteriormente, los Tribunales de Tratamiento deben identificar una gama de necesidades complementarias entre los participantes, remitir a los participantes a los servicios indicados y asegurar que los servicios sean proporcionados en una secuencia efectiva. Hacerlo de otra forma puede causar un desperdicio de recursos o propiciar que los resultados sean peores para algunos participantes. Estas tareas complicadas requieren de la opinión de un gestor de caso clínico o terapeuta competente para realizar las evaluaciones clínicas y de servicio social, que comprenda la secuencia y combinación de los servicios según las necesidades de los participantes y esté calificado en el monitoreo y cobertura de su progreso (Monchick et al., 2006; Rodríguez, 2011).

Usualmente los gestores de casos clínicos son consejeros en materia de adicciones, trabajadores sociales o psicólogos que han recibido una capacitación especializada para evaluar las necesidades de los participantes, fungir como intermediario para la recomendación para los servicios indicados, coordinar cuidados entre agencias asociadas y comunicar la información del progreso a otros profesionales interesados (Monchick et al., 2006; Rodríguez, 2011). En algunos Tribunales de Tratamiento, los oficiales de libertad condicional u otros profesionales de la justicia penal pueden fungir como gestores del proceso judicial, en distinción de los gestores de caso clínico. Normalmente, los gestores del proceso judicial administran herramientas de investigación concisas diseñadas para identificar a los participantes que requieren evaluaciones clínicas más profundas. Los participantes con resultados superiores al umbral establecido en las herramientas de investigación son remitidas a una evaluación más meticulosa por parte de un profesional de tratamiento con capacitación clínica.

A grandes rasgos existen cuatro modelos básicos de gestión de caso clínico (Hesse et al., 2007; Rapp et al., 2014):

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

- *Modelo de Intermediación*—Es la forma de gestión de caso menos intensiva; el modelo de intermediación evalúa a los participantes y los canaliza a los servicios indicados.
- *Modelo General o Clínico*—Es la forma más común de gestión de casos; el gestor de casos general evalúa las necesidades del participante y proporciona alguno o todos los servicios indicados.
- *Modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT, por sus siglas en inglés)*—Es la forma de gestión de casos más intensiva; el Modelo ACT permite acceso continuo a un equipo multidisciplinario de profesionales que ofrecen servicios integrales en la comunidad diseñados para satisfacer una variedad de necesidades de tratamiento y de servicio social.
- *Modelo Basado en Fortalezas*—Una filosofía basada en fortalezas puede aplicarse en el contexto de cualquiera de los modelos anteriores. Se enfoca en aprovechar los recursos naturales de los participantes y en alentarlos a tomar un papel activo en el establecimiento de objetivos de tratamiento y en seleccionar sus opciones de tratamiento.

Los meta-análisis han revelado que los cuatro modelos de gestión de casos aumentan significativamente las recomendaciones para los servicios indicados y retienen por más tiempo a los participantes en el tratamiento; sin embargo, tienen efectos relativamente pequeños en el uso de sustancias, delitos y otros resultados a largo plazo (Hesse et al., 2007; Rapp et al., 2014). Que un programa genere mejoras a largo plazo depende finalmente de la calidad y cantidad de tratamiento y servicios sociales proporcionados. No existe evidencia que sugiera que un modelo de gestión de caso sea superior a otro; sin embargo, los modelos fueron desarrollados para diferentes tipos de programas que atienden a personas con perfiles clínicos y de servicio social distintos. El modelo general fue desarrollado principalmente para aplicarse en tratamientos ambulatorios donde el terapeuta principal provee o coordina la provisión de los distintos componentes del cuidado de un participante. Aunque hay pocos estudios de Tribunales de Tratamiento que ofrezcan una descripción clara de los servicios de gestión de casos provistos, el modelo general parece ser el más frecuentado en los Tribunales de Tratamiento para adultos (Carey et al., 2012; Cissner et al., 2013; Zweig et al., 2012).

El modelo de intermediación fue desarrollado para aquellos participantes que son atendidos por más de una agencia o sistema. Por ejemplo, algunos programas de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias pueden no contar con la experiencia necesaria para proporcionar tratamiento para trastornos mentales o rehabilitación vocacional. Como resultado, los participantes deben ser remitidos a otra agencia para esa porción del cuidado. Un gestor de caso clínico debe ser intermediario para la remisión, conciliar los requerimientos que las distintas agencias impongan a los participantes e informar al equipo del Tribunal de Tratamiento sobre el progreso del participante.

Un modelo específico de gestión de caso, llamado Rendición de Cuentas de Tratamiento para Comunidades más Seguras o Alternativas de Tratamiento para Delitos en las Calles (TASC, por sus siglas en inglés), fue diseñado para cerrar las brechas entre los sistemas de abuso de sustancias, salud mental y justicia penal. Los programas TASC suelen aplicar un modelo de intermediación o general, dependiendo de que el tratamiento esté disponible dentro del sistema de justicia penal o deba ser mediado a través de otro sistema o agencia. Existe evidencia convincente de que los programas TASC aumentan el acceso de los participantes a los servicios y permanencia en tratamiento; sin embargo, los impactos en el abuso de sustancias y los delitos han sido diversos (Anglin et al., 1999; Ventura & Lambert, 2004). Como se mencionó, la clave para obtener resultados exitosos depende de la calidad y cantidad de tratamiento y servicios sociales proporcionados (Clark et al., 2013; Cook, 2002; Rodriguez, 2011). Los resultados tienen una mayor consistencia favorable cuando la gestión de casos TASC se proporciona en conjunto con tratamientos intensivos basados en la evidencia como en los Tribunales de Tratamiento (Monchick et al., 2006). Por lo tanto, es importante que el personal que ofrece los servicios de gestión de casos clínicos en los Tribunales de Tratamiento reciba capacitación en el modelo TASC o algún modelo de gestión de casos comparable.

Finalmente, el modelo ACT fue desarrollado para implementarse con personas con impedimentos severos que tienen una amplia gama de necesidades de salud mental y servicios sociales (McLellan et al., 1998, 1999). Este modelo intensivo de gestión de casos ha sido aplicado de forma exitosa en el contexto de un tribunal de salud mental (Braude, 2005) y tribunal comunitario en atención a personas con enfermedades mentales o necesidades de servicio social persistentes (Somers et al., 2014). Se recomienda la capacitación en el modelo

ACT de gestión de casos para los Tribunales de Tratamiento que atienden a personas con impedimentos serios y que padecen concurrentemente enfermedades mentales, falta de hogar crónica u otros impedimentos de funcionalidad severos.

Sin importar cuál modelo de gestión de casos se aplique, los resultados son superiores cuando los gestores de casos administran herramientas confiables y válidas para la evaluación de necesidades (Andrews & Bonta, 2010; Andrews et al., 2006). [El Apéndice C proporciona ejemplos de herramientas validadas diseñadas para evaluar las necesidades clínicas y criminógenas entre personas en tratamiento para el trastorno por uso de sustancias en el sistema de justicia penal]. Es materia de discusión si las evaluaciones de las necesidades deben ser administradas de forma repetitiva durante el transcurso del tratamiento. Aunque la evidencia sugiere que los cambios en los puntajes de necesidad están correlacionados con el progreso en el tratamiento (Greiner et al., 2015; Serin et al., 2013; Vose et al., 2013; Wooditch et al., 2013), existen pocas directrices disponibles para determinar cuándo o cómo deben alterarse las condiciones del tratamiento en vista de los cambios en los puntajes (Serin et al., 2013). Hasta que estos lineamientos estén disponibles, los Tribunales de Tratamiento tienen la recomendación de basarse en índices objetivos del progreso de los participantes, como resultados de pruebas de detección de drogas e índices de asistencia, con la finalidad de tomar decisiones sobre ajustes al tratamiento y a los servicios sociales.

Finalmente, una función crítica de la gestión de casos es vincular a los participantes con beneficios públicos y otros subsidios a los que están facultados legalmente. Por ejemplo, bajo la Ley de Cuidado Asequible (ACA, por sus siglas en inglés), los participantes de los Tribunales de Tratamiento pueden calificar para recibir beneficios de atención médica o de salud mental de acuerdo con la expansión de Medicaid u otros intercambios recientes de seguros médicos (Frescoln, 2014). Los gestores del proceso judicial o de casos clínicos deben aprovechar estos recursos financieros e inscribir a los participantes para obtener los beneficios pertinentes que atiendan sus necesidades de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias y otros servicios complementarios.

D. Apoyo para Vivienda

Es poco probable que los participantes tengan éxito en el tratamiento si no cuentan con un lugar para vivir seguro, estable y alejado de las drogas (Morse et al., 2015; Quirouette et al., 2015). No se ha identificado ningún estudio que haya analizado el impacto de apoyo para vivienda en los resultados de los Tribunales de Tratamiento. Sin embargo, algunos estudios en contextos similares han reportado resultados mejorados cuando se proporcionó apoyo para vivienda a las personas en libertad condicional que se reintegraban a la comunidad después de un encarcelamiento (Clark, 2014; Lutze et al., 2014), en juzgados comunitarios para personas que padecen enfermedades mentales serias y persistentes (Kilmer & Sussell, 2014; Lee et al., 2013), y en programas que atienden a militares veteranos sin hogar (Elbogen et al., 2013; Winn et al., 2014).

Algunos Tribunales de Tratamiento pueden tener una política que impide la entrada a personas que no cuentan con un lugar de residencia estable. Este tipo de políticas puede tener la consecuencia indeseada de excluir a las personas en mayor riesgo y con mayores necesidades—aquellos que requieren más de los Tribunales de Tratamiento—de participar en los programas de los Tribunales de Tratamiento (Morse et al., 2015; Quirouette et al., 2015). La manera preferible de actuar es proporcionando apoyo para vivienda, cuando sea indicado, al inicio de la primera fase del Tribunal de Tratamiento y continuar conforme sea necesario durante la participación de las personas en el programa. Si los servicios de vivienda profesionales no están disponibles en un Tribunal de Tratamiento, los gestores de casos clínicos u otros miembros del personal deben hacer el esfuerzo para ayudar a los participantes a encontrar una vivienda segura y estable con parientes, amistades u otras personas prosociales y libres de drogas.

E. Tratamiento para la Salud Mental

Alrededor de dos terceras partes de los participantes en Tribunales de Tratamiento han indicado padecer síntomas severos de salud mental y aproximadamente un cuarto ha sido diagnosticado con un trastorno psiquiátrico Eje I, comúnmente depresión severa, trastorno bipolar, TEPT o algún otro trastorno de ansiedad (Cissner et al., 2013; Green & Rempel, 2012; Peters et al., 2012). Por sí mismas, las enfermedades mentales no son ordinariamente una necesidad criminógena (Bonta et al., 1998; Elbogen & Johnson, 2009; Gendreau et al., 1996; Peterson et al., 2014; Phillips et al., 2005; Prins et al., 2014); sin embargo, son una necesidad de

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

atención clínica que puede interferir significativamente con la efectividad de los Tribunales de Tratamiento y otros programas de rehabilitación (Gray & Saum, 2005; Hickert et al., 2009; Johnson et al., 2011; Manchak et al., 2014; Mendoza et al., 2013; Ritsher et al., 2002; Young & Belenko, 2002). Además, cuando las enfermedades mentales se combinan con el trastorno por uso de sustancias, las probabilidades de reincidencia aumentan significativamente, aunque la magnitud de este efecto es inferior a la mayoría del resto de los factores de riesgo criminógeno, como el historial delictivo del participante o su asociación con compañeros que delinquen (Andrews & Bonta, 2010; Peters et al., 2015; Rezansoff et al., 2013).

Las enfermedades mentales y el trastorno por uso de sustancias pueden concurrir en ciertos casos por varias razones. El uso de sustancias puede desencadenar o exacerbar enfermedades mentales, las personas con enfermedades mentales pueden usar sustancias en un esfuerzo errado de automedicar sus síntomas psiquiátricos, o ambos trastornos pueden manifestarse de forma independiente en una persona que tiene una vulnerabilidad generalizada ante enfermedades relacionadas con el estrés (Ross, 2008). Dejando de lado la causalidad, pocas veces resulta exitoso el tratamiento de cualquier trastorno de forma independiente sin tratar ambos trastornos simultáneamente. Las adicciones y las enfermedades mentales son trastornos recíprocamente agravantes, es decir, los síntomas continuos de un trastorno pueden precipitar una recaída en el otro (Chandler et al., 2004; Drake et al., 2008). Por ejemplo, una persona que estaba deprimida y continúa consumiendo drogas es propensa a atravesar una reaparición de los síntomas depresivos. A la inversa, una persona que se recupera de una adicción y continúa padeciendo una depresión está en riesgo de recaer en el consumo de drogas. Por este motivo, los estándares de mejores prácticas de los Tribunales de Tratamiento y otros programas de tratamiento solicitan que las enfermedades mentales y las adicciones sean atendidas de forma concurrente, no consecutiva (Drake et al., 2004; Kushner et al., 2014; Mueser et al., 2003; Osher et al., 2012; Peters, 2008; Steadman et al., 2013). En la medida de lo posible, ambos trastornos deben ser atendidos en las mismas instalaciones y por parte de los mismos profesionales con un modelo de tratamiento integral que se enfoque en los efectos mutuamente agravantes de ambos trastornos. La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, 2010) ha publicado manuales para ayudar a terapeutas a impartir los tratamientos integrados basados en la evidencia para trastornos de uso de sustancias y de enfermedades mentales concurrentes.

Los participantes también deben tener acceso ilimitado a los proveedores de servicios médicos calificados para recetar y monitorear la respuesta a medicamentos psiquiátricos (Kushner et al., 2014; Steadman et al., 2013). En un estudio, los participantes de los Tribunales de Tratamiento que recibieron una prescripción para consumir medicamentos psiquiátricos tenían siete veces más probabilidades de graduarse exitosamente del programa en comparación con los participantes con síntomas psiquiátricos que no recibieron dicho medicamento (Gray & Saum, 2005). Por lo que, no es apropiado que los Tribunales de Tratamiento nieguen a los participantes la posibilidad de ingerir medicamentos psiquiátricos o que les exijan interrumpir sus medicamentos psiquiátricos recetados de forma legal como una condición de entrada o graduación del programa [ver también Estándar I, Población Objetivo, y Estándar V, Tratamiento para el Trastorno por Uso de Sustancias]. Sólo se le puede negar el consumo de medicamentos psiquiátricos a un participante si la decisión está basada en evidencia médica profesional por parte de un médico calificado que haya examinado al participante y esté informado adecuadamente sobre los hechos en torno al caso (Peters & Osher, 2004; Steadman et al., 2013).

F. Vinculación a Servicios de Atención a Trauma

Más de una cuarta parte de los participantes en los Tribunales de Tratamiento indicaron haber sido abusados física o sexualmente en algún momento de su vida o haber atravesado otro evento traumático severo, como un accidente que puso en riesgo su vida o alguna lesión laboral (Cissner et al., 2013; Green & Rempel, 2012). Entre las mujeres participantes en los Tribunales de Tratamiento, los estudios han demostrado que más del 80% atravesó un evento traumático severo en algún momento de su vida, más de la mitad requería servicios relacionados con un trauma y más de un tercio cumplía con los criterios de diagnóstico de TEPT (Messina et al., 2012; Powell et al., 2012; Sartor et al., 2012).

A diferencia de la mayoría de los tipos de enfermedades mentales que normalmente son no-criminógenas, las personas en el sistema de justicia penal que padecen TEPT son aproximadamente 1.5 veces más propensas a reincidencias en comparación con aquellas que no lo padecen (Sadeh & McNiel, 2015). Además, como sucede con varias formas de enfermedades mentales, las personas con TEPT son significativamente más

propensas a abandonar o ser expulsadas prematuramente del tratamiento para el trastorno por uso de sustancias en comparación con las personas que no lo padecen (Mills et al., 2012; Read et al., 2004; Saladin et al., 2014). Por estas razones, es fundamental atender los síntomas relacionados con el trauma al inicio de la primera fase del Tribunal de Tratamiento y continuar mientras sea necesario durante la participación del programa.

La mayoría de las investigaciones sobre el tratamiento de TEPT y otros síndromes relacionados con el estrés han sido llevados a cabo con militares veteranos o mujeres en programas de tratamiento específico de género. Para las personas que padecen TEPT diagnosticado, los tratamientos basados en la evidencia son con base en un manual, estandarizados y con orientación cognitivo-conductual (Benish et al., 2008). Las intervenciones efectivas se concentran en los siguientes objetivos (Benish et al., 2008; Bisson et al., 2007; Bradley et al., 2005; Mills et al., 2012):

- Crear una relación terapéutica segura y confiable entre el participante y el terapeuta
- Ayudar a los participantes a lidiar con el enojo, la ansiedad y otras emociones negativas sin ataques o comportamientos de evasión como el uso de sustancias
- Ayudar a los participantes a construir una “narrativa” coherente de entendimiento de los eventos traumáticos que apunte hacia acciones productivas (por ejemplo, muchas víctimas de trauma se sienten culpables por traumas pasados o desamparados en la prevención de traumas futuros. Ayudar a los participantes a absolverse de esta culpa y a aprender estrategias de comportamiento efectivas para evitar retraumatizaciones futuras es mucho más productivo)
- En dosis tolerables, exponer a los participantes a memorias o imágenes del evento de manera que gradualmente se desensibilicen de los sentimientos de pánico y ansiedad asociados

Los sitios web que ofrecen información adicional sobre tratamientos para TEPT basados en la evidencia aparecen listados en el Apéndice D.

En experimentos aleatorios controlados, las participantes en los Tribunales de Tratamiento con historiales de trauma que recibieron tratamientos cognitivos-conductuales con base en un manual para el TEPT—Helping Women Recover (Ayudando a las mujeres a recuperarse) (Covington, 2008) o Beyond Trauma (Más allá del trauma) (Covington, 2003)—en grupos específicos de género eran más propensas a graduarse de los Tribunales de Tratamiento, menos propensas a recibir sanciones de privación de libertad en el programa y reportaron una reducción de más del doble en los síntomas de TEPT en comparación con las participantes con historiales de trauma que no recibieron tratamiento para esta condición (Messina et al., 2012). En otro estudio, las participantes en los Tribunales de Tratamiento que recibieron intervenciones similares—terapias cognitivo-conductuales enfocadas en el trauma o terapias cognitivo-conductuales enfocadas en el abuso—registraron reducciones significativas en el uso de sustancias y en los síntomas de salud mental, así como mejoras en vivienda y empleo (Powell et al., 2012). Dado el diseño de estos estudios, no es posible separar los efectos de los tratamientos para el TEPT de los efectos de los grupos específicos de género. Los estudios han mostrado resultados superiores cuando las mujeres en el sistema de justicia penal recibieron varios tipos de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias en grupos exclusivos para mujeres (Grella, 2008; Kissin et al., 2013; Liang & Long, 2013; Morse et al., 2013). Con el conocimiento actual disponible, la mejor práctica es proporcionar servicios relacionados con traumas a las mujeres en grupos exclusivamente para ellas porque esta combinación de servicios claramente mejora el resultado para dichas participantes.

No todas las personas que atraviesan un trauma desarrollan TEPT o requieren tratamiento para TEPT; los Tribunales de Tratamiento tampoco pueden concluir que los traumas previos sean la causa del problema de uso de sustancias de un participante o de su historial delictivo (Saladin et al., 2014). En algunos casos, el trauma es el resultado, más que la causa, del problema de uso de sustancias o de la actividad delictiva de un participante. Las personas con problemas de uso de sustancias o actividad delictiva suelen exponerse repetidamente al potencial de un trauma; por lo tanto, atender los síntomas de un trauma sin prestar la misma atención al uso de sustancias y a otras necesidades criminógenas suele no generar mejoras sostenibles.

Aunque algunos participantes con historiales de trauma no requieren un tratamiento formal para el TEPT, todos los miembros del personal, incluyendo personal del tribunal y otros profesionales del sistema de justicia

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

penal deben estar *informados sobre trauma* con respecto a todos los participantes (Bath, 2008). Los miembros del personal deben estar conscientes de cómo sus acciones pueden ser percibidas por personas que tienen serios problemas de confianza, son paranoicos o excesivamente sospechosos de los motivos de otras personas, o han sido traicionados, en ocasiones de manera repetida, por personas importantes en sus vidas. La seguridad, la previsibilidad y la confiabilidad son elementales para tratar a estas personas. Se deben tomar en cuenta varias recomendaciones de prácticas (Bath, 2008; Covington, 2003; Elliott et al., 2005; Liang & Long, 2013):

- Los miembros del personal deben esforzarse continuamente para evitar retraumatizar inadvertidamente a los participantes. Por ejemplo, responder con enojo a una infracción por parte de los participantes, ignorar sus miedos o preocupaciones, mantener un ambiente caótico o ruidoso en la consejería grupales o realizar una toma de muestras de orina de manera pública o irrespetuosa puede despertar sentimientos de vergüenza, miedo, culpa o pánico en personas con traumas previos.
- El personal debe mantenerse fiel a su palabra, incluyendo el seguir las políticas y los procedimientos como están descritos en el manual del programa y aplicar incentivos y sanciones como fueron acordadas. Demasiada flexibilidad, sin importar sus buenas intenciones, puede parecer injusto o impredecible para las personas que han sido víctimas de peligros inesperados en el pasado.
- El personal debe proporcionar instrucciones claras de antemano a los participantes con respecto a los comportamientos esperados y prohibidos en el programa. Las personas con historiales de trauma deben entender las reglas y estar preparadas para las consecuencias en caso de una falta de cumplimiento o infracción.
- El personal debe iniciar y terminar las sesiones de asesoría, audiencias en el juzgado y otras sesiones a tiempo, en el lugar acordado y según la estructura y formato convenidos. Si los participantes no pueden confiar en que el personal seguirá un itinerario básico, puede ser difícil que confíen en ese mismo personal para obtener apoyo, retroalimentación y asesorías confiables.
- Los participantes con TEPT o síntomas severos de TEPT, como pánico o disociación (sentirse ajeno de su entorno), pueden no ser candidatos viables para las intervenciones grupales, sobre todo en las etapas iniciales del tratamiento (Yalom & Leszcz, 2005). Estas personas pueden requerir tratamiento individual o en grupos pequeños con miembros seleccionados que no impliquen una amenaza. Como mencionamos anteriormente, las mujeres con historiales de trauma suelen ser aptas para grupos específicos de género (Liang & Long, 2013; Messina et al., 2012).
- Los participantes con historiales de abuso o abandono desde la infancia pueden estar en riesgo de desarrollar trastornos de personalidad severos, como trastorno de la personalidad límite. Estas personas pueden tener dificultades considerables para confiar en otros, para controlar sentimientos agobiantes de ira y depresión y para contener sus impulsos. Los tratamientos cognitivo-conductuales conforme al manual, como terapia dialéctica de comportamiento (Linehan, 1996), han logrado mejorar los resultados en estos casos difíciles (Dimeff & Koerner, 2007; Linehan et al., 1999). Estos tratamientos complicados requieren de una capacitación especializada y supervisión continua para ayudar al personal a tratar reacciones incómodas y confusas comunes de estos casos tan complejos.

G. Intervención Cognitiva para Prevenir Reincidencia Delictiva

Como se mencionó anteriormente, los patrones de pensamiento delictivo son frecuentes entre los participantes de los Tribunales de Tratamiento (Jones et al., 2015) y pueden ser factores para el fracaso en el programa (necesidad de atención clínica) y la reincidencia delictiva (necesidad criminógena) (Gendreau et al., 1996; Helmond et al., 2015; Knight et al., 2006; Walters, 2003). Algunos participantes en los Tribunales de Tratamiento tienen dificultades considerables para ver la perspectiva de otras personas, para reconocer su papel en conflictos interpersonales o para prever las consecuencias antes de actuar. Además, pueden tener actitudes o valores contraproducentes, como suponer que deben desconfiar de todos y tienen motivos de manipulación o dominio sobre otros. Con estas actitudes antisociales, estos participantes suelen ser vistos con una personalidad sospechosa o manipuladora, entran constantemente en conflictos con otras personas y no logran aprender de las interacciones sociales negativas.

Varias intervenciones cognitivo-conductuales con base en un manual atienden los patrones de pensamiento delictivo entre las personas con adicción a una droga o con cargos penales. Los programas basados en la evidencia que demuestran resultados superiores en los Tribunales de Tratamiento o similares incluyen, pero no se limitan a, Terapia de Reconación Moral (Cheesman & Kunkel, 2012; Heck, 2008; Kirchner & Goodman, 2007), Pensando para un Cambio (Lowenkamp et al., 2009) y Razonamiento & Rehabilitación (Cullen et al., 2012; Tong & Farrington, 2006). Otros planes enfocados específicamente en las necesidades de los hombres en el sistema de justicia penal, como Terapia de Habilidadación, Empoderamiento y Rendición de Cuentas (Turpin & Wheeler, 2012; Vito & Tewksbury, 1998) y Helping Men Recover (Ayudando a los hombres a recuperarse) (Covington et al., 2011) están realizando pruebas de desarrollo y efectividad en los Tribunales de Tratamiento. En el Apéndice D se encuentra información adicional sobre intervenciones de pensamiento delictivo basadas en la evidencia.

Los estudios no han determinado cuándo es más benéfico proporcionar intervenciones de pensamiento delictivo. La experiencia clínica sugiere que el momento más benéfico para introducir estas intervenciones es después de que los participantes se hayan estabilizado en el tratamiento y ya no presenten síntomas debilitantes agudos como deseos de consumir (*cravings*), abstinencia o anhedonia (Milkman & Wanberg, 2007). Hasta que los participantes ya no se encuentren bajo un sufrimiento agudo, no es realista esperar que se beneficien de una intervención cognitivo-conductual que les exija mantener atención consistente y entereza cognitiva. Los participantes deben ser estabilizados clínicamente antes de que un Tribunal de Tratamiento pueda esperar razonablemente que piensen de forma flexible sobre las motivaciones de sus comportamientos y sobre las ramificaciones potenciales de continuar con sus patrones de comportamiento actuales.

H. Consejería Familiar e Interpersonal

La reducción del uso de sustancias y la actividad delictiva van de la mano con una reducción en los conflictos familiares, menos interacciones con familiares y compañeros que delinquen y mayores interacciones con personas sobrias y prosociales (Berg & Huebner, 2011; Fergusson et al., 2002; Knight & Simpson, 1996; Wooditch et al., 2013; Wright & Cullen, 2004). Estos hallazgos se sostienen tanto en los Tribunales de Tratamiento como en la mayoría de los programas de rehabilitación correctiva (Green & Rempel, 2012; Hickert et al., 2009).

La mayoría de los estudios sobre tratamientos familiares en los Tribunales de Tratamiento han sido impartidos en el contexto de Tribunales de Tratamiento Familiares y Cortes Juveniles para Adicciones. Los resultados han demostrado consistentemente ser superiores cuando se llevan a cabo con base en un manual; las intervenciones cognitivo-conductuales familiares fueron agregadas al programa de los Tribunales de Tratamiento, incluyendo “¡Fortaleciendo y celebrando a las familias!” (Brook et al., 2015) y versiones modificadas de terapias familiares multidimensionales (Dakof et al., 2009, 2010, 2015), terapia multisistémica (Henggeler et al., 2006) y terapia de familia funcional (Datchi & Sexton, 2013). [Se puede encontrar más información sobre sobre éste y otros tratamientos familiares basados en la evidencia en el Apéndice D]. Cada uno de estos tratamientos se enfoca en la reducción del conflicto familiar, las interacciones con compañeros antisociales y que consumen drogas, en mejorar las habilidades de comunicación y en fortalecer las habilidades para la solución de problemas. Al inicio del tratamiento, los familiares, amigos o relaciones cotidianas que no consumen drogas y son prosociales reciben una capacitación por parte del personal para monitorear el comportamiento del participante de forma confiable, para reforzar las actividades prosociales, para responder adecuada y positivamente a comportamientos problemáticos, para reducir la tensión y el conflicto y para serenar las confrontaciones. A medida que la terapia progresa, el tratamiento se concentra en inculcar en todas las partes habilidades efectivas de comunicación y de solución de problemas.

Los estudios no han determinado cuándo es más benéfico proporcionar consejería familiar o interpersonal en los Tribunales de Tratamiento. Dada la poderosa asociación entre el funcionamiento familiar y los resultados de la justicia penal, estos servicios deberían ser proporcionados tan pronto como sea factible. Los resultados en el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias son significativamente mejores cuando al menos un familiar, amigo o relación cotidiana confiable es enlistado al inicio del tratamiento para ayudar al participante a llegar a tiempo a sus citas y cumplir con otras obligaciones en el programa, como respetar un toque de queda, apegarse a los medicamentos de prescripción médica y evitar lugares prohibidos como bares (Meyers et al., 1998; Roozen et al., 2010). La misma persona puede ser enlistada para proporcionar observaciones

importantes al personal sobre la conducta del participante fuera del tratamiento (Kirby et al., 1999). Una vez que los participantes hayan sido estabilizados clínicamente, las intervenciones familiares deben concentrarse en mejorar las habilidades de comunicación, alterar interacciones de falta de adaptación, reforzar comportamientos prosociales y reducir conflictos interpersonales.

I. Servicios Vocacionales y Educativos

Entre la mitad y tres cuartas partes de los participantes en los Tribunales de Tratamiento tienen historiales laborales deficientes o logros escolares insuficientes (Cissner et al., 2013; Deschenes et al., 2009; Green & Rempel, 2012; Hickert et al., 2009; Leukefeld et al., 2007). Estar desempleado o tener una escolaridad inferior a la preparatoria o al certificado de desarrollo educativo general (GED, por sus siglas en inglés) predice resultados deficientes tanto en los Tribunales de Tratamiento (DeVall & Lanier, 2012; Gallagher, 2013b; Gallagher et al., 2015; Mateyoke-Scrivener et al., 2004; Peters et al., 1999; Roll et al., 2005; Shannon et al., 2015) como en la mayoría de los tratamientos para el trastorno por uso de sustancias (Keefer, 2013) y programas de rehabilitación correctiva (Berg & Huebner, 2011; Wright & Cullen, 2004).

Lamentablemente, pocas intervenciones vocacionales o educativas han tenido éxito en la reducción de la delincuencia (Aos et al., 2006; Cook et al., 2014; Farabee et al., 2014; Wilson et al., 2000) o uso de sustancias (Lidz et al., 2004; Magura et al., 2004; Platt, 1995). Los resultados decepcionantes comúnmente han sido atribuibles a una baja calidad y cadencia de las intervenciones. Varios programas vocacionales se limitan a servicios de colocación laboral, lo cual alerta a los participantes sobre vacantes, les consigue un trabajo o los ayuda a realizar una búsqueda de empleo. Es poco probable que asignar un empleo a una persona de alto riesgo y de alta necesidad resulte exitoso si continúan anhelando drogas o alcohol, padeciendo síntomas de salud mental serios, continúan asociándose con compañeros que delinquen o responden de forma impulsiva o agresiva cuando se les critica o reciben retroalimentación negativa de otras personas (Coviello et al., 2004; Lidz et al., 2004; Magura et al., 2004; Platt, 1995; Samenow, 2014). Las mejoras en educación y empleo ocurren con poca frecuencia hasta que los participantes están estabilizados clínicamente, dejan de interactuar con compañeros que delinquen y aprenden a lidiar con la frustración de una manera razonablemente efectiva y madura.

Al menos dos estudios en Tribunales de Tratamiento han registrado mejores resultados cuando los participantes desempleados o subempleados reciben una intervención vocacional cognitivo-conductual con base en un manual. Las intervenciones efectivas enseñaron a los participantes no sólo a conseguir un empleo sino a mantenerlo comportándose de manera responsable y confiable y a conseguir un trabajo con mejor remuneración en el futuro, refinando sus habilidades y productividad (Deschenes et al., 2009; Leukefeld et al., 2007). Estudios comparables en el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias registraron mejores resultados cuando los participantes aprendieron a interactuar efectivamente con colegas y empleadores y a resolver conflictos interpersonales en el lugar de trabajo (Platt et al., 1993; Platt, 1995).

Los estudios no han determinado cuándo es más benéfica la aplicación de intervenciones vocacionales o educativas. Para las personas de alto riesgo y alta necesidad, estos servicios son introducidos de mejor manera en las etapas tardías de los Tribunales de Tratamiento, después de que los participantes hayan asegurado una vivienda segura y estable, cuando sus síntomas de adicción y salud mental han sido resueltos sustancialmente, cuando han completado una intervención de pensamiento delictivo y cuando pasan la mayor parte o todo su tiempo interactuando con compañeros solidarios, prosociales y sobrios (Magura et al., 2004; Platt, 1995). Para muchos participantes de alto riesgo y alta necesidad, este proceso preparatorio puede tomar al menos seis meses de tratamiento; las personas con trastornos mentales o de uso de sustancias severos pueden requerir hasta 12 meses (Gottfredson et al., 2007; Peters et al., 2002).

J. Tratamiento Médico y Dental

Aproximadamente una cuarta parte de los participantes en los Tribunales de Tratamiento padecen alguna condición médica o dental crónica que les causa una incomodidad seria, que requiere atención médica continua o interfiere con su funcionamiento diario (Green & Rempel, 2012). Los problemas médicos y dentales suelen ser necesidades de mantenimiento, es decir, suelen ser el resultado, no la causa, del uso de sustancias y de las actividades delictivas, pero puede interferir con el mantenimiento de los avances en el tratamiento. (Una excepción obvia está en los participantes que se vuelven adictos a los medicamentos de

prescripción médica durante el transcurso de un tratamiento médico o dental). La evidencia sugiere que proporcionar un tratamiento médico o dental puede mejorar los resultados para algunos participantes de los Tribunales de Tratamiento (Carey et al., 2012). Además, por razones humanitarias, tratar el dolor o las molestias sin importar el impacto en los resultados de la justicia penal siempre es importante.

Ningún estudio ha determinado cuándo es más apropiado atender los problemas médicos o dentales en los Tribunales de Tratamiento. Sobra decir que las condiciones que amenazan la vida o que pueden ocasionar una discapacidad a largo plazo deben ser tratadas de inmediato. Sin embargo, esperar hasta una fase tardía en los Tribunales de Tratamiento para atender las condiciones no esenciales o poco agudas que son exacerbadas o mantenidas por el trastorno por el uso de sustancias puede ser lo más prudente. Los resultados pueden ser mejores si los servicios médicos o dentales se proporcionan después de que los participantes hayan logrado la abstinencia y abandonado otros comportamientos antisociales. Por ejemplo, los participantes que consumen metanfetaminas suelen tener problemas dentales serios (Asociación Dental de Estados Unidos, n.d.). Si estos problemas no están ocasionando un malestar agudo, lo más apropiado sería esperar hasta que el participante haya dejado de usar metanfetaminas antes de intentar realizar reparaciones dentales. Continuar con el uso de sustancias pone en riesgo los esfuerzos dentales y puede ocasionar que un participante interrumpa su tratamiento dental de manera prematura. Un uso de recursos más eficiente sería atender las necesidades dentales o médicas no esenciales en una fase tardía del Tribunal de Tratamiento o como parte del plan de atención de seguimiento para así mantener y extender los efectos benéficos del programa. Un primer paso lógico es remitir a los participantes a revisiones médicas y dentales rutinarias para establecer una relación con los proveedores de cuidados a la salud y comenzar un proceso a largo plazo de cuidados médicos y dentales preventivos y de rutina.

K. Prevención de Comportamientos de Riesgo para la Salud

Alarmanamente, un alto porcentaje de participantes en los Tribunales de Tratamiento adquiere comportamientos que los ponen en un riesgo importante de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). En algunos estudios, entre el 50% y el 85% de los participantes de Tribunales de Tratamiento indicaron tener relaciones sexuales sin protección con varias parejas sexuales con frecuencia (Festinger et al., 2012; Robertson et al., 2012; Tolou-Shams et al., 2012). En un estudio se descubrió que los participantes en los Tribunales de Tratamiento carecían del conocimiento básico sobre las medidas de auto-protección simples que podían tomar para reducir su exposición a los riesgos para la salud, como el uso de condón y la limpieza de las agujas de inyección (Robertson et al., 2012).

Una revisión sistemática reciente identificó varias intervenciones educativas breves que han comprobado reducir los comportamientos de riesgo del VIH entre personas adictas a las drogas en el sistema de justicia penal (Underhill et al., 2014). [En el Apéndice D aparecen recursos adicionales para identificar programas efectivos de prevención de riesgos para la salud]. Las intervenciones más efectivas son breves y su aplicación es poco costosa; algunas pueden ser implementadas mediante una computadora o grabación sin que implique una sobrecarga para el personal. El sistema de justicia penal es un vector importante para la propagación del VIH, ETS y otras enfermedades transmisibles serias (Belenko et al., 2004; Spaulding et al., 2009). Dejando de lado los impactos en la delincuencia y en el uso de sustancias, los Tribunales de Tratamiento tienen la responsabilidad de reducir las probabilidades de que los participantes contraigan una enfermedad incurable o que amenace su vida, especialmente en vista de que pueden proporcionarse intervenciones efectivas con un costo mínimo para el programa.

L. Prevención y Manejo de Sobredosis

Las muertes no intencionales por sobredosis de opiáceos ilícitos y de prescripción médica se han más que triplicado en los últimos quince años (Meyer et al., 2014). Las personas con una adicción a un opiáceo se encuentran en un riesgo particularmente alto de fallecer por sobredosis tras ser liberados de prisión porque la tolerancia a los opiáceos se reduce sustancialmente durante los períodos de encarcelamiento (Dolan et al., 2005; Strang, 2015; Strang et al., 2014).

Los Tribunales de Tratamiento deben educar a los participantes, a sus familias y amistades sobre las precauciones simples que pueden tomar para evitar o manejar una sobredosis que amenace la vida. Esto debe

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

incluir, al menos, el proporcionar los números telefónicos de emergencia y otra información de contacto para usar en caso de una sobredosis o de alguna emergencia médica similar.

Como es permitido por ley, los Tribunales de Tratamiento también deben apoyar los esfuerzos locales para que el personal de los Tribunales de Tratamiento, los oficiales de libertad condicional, los agentes de la ley y otras personas que podrían ser los primeros en responder a un caso de sobredosis reciban capacitación sobre el uso segura y efectivo de medicamentos para manejar una sobredosis, como hidrocloreuro de naloxeno (naloxona o Narcan). La naloxona no causa adicción, no es intoxicante y los riesgos de efectos médicos secundarios son mínimos; además, puede ser administrado vía intranasal por personal sin capacitación médica (Barton et al., 2002; Kim et al., 2009). El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (2012) calcula que se han manejado más de 10,000 sobredosis de opiáceos potencialmente fatales gracias la naloxona administrada por personal no médico. Estudios en Estados Unidos y Escocia confirman que enseñar a las personas en riesgo y a quienes los rodean cuáles son las maneras para prevenir o manejar una sobredosis, incluyendo el uso de naloxona, reduce significativamente las muertes por sobredosis (National Institute on Drug Abuse, 2014; Strang, 2015).

Las leyes estatales varían en cuanto a los términos sobre quién debe administrar la naloxona. Algunos estados protegen a los profesionales de primera respuesta y a los buenos samaritanos no profesionales de cualquier responsabilidad penal o civil si administran naloxona o proveen ayuda médica comparable en caso de una sobredosis (Strang et al., 2006). Otros estados restringen el uso de naloxona para que sólo pueda ser proporcionada por médicos autorizados, personal capacitado de las fuerzas de la ley y otro personal profesional de primera respuesta.

Algunos profesionales de los Tribunales de Tratamiento pueden temer que esta práctica mande a los participantes el mensaje no intencional de que continuar con el uso de drogas es algo aceptable o previsto. Por el contrario, educar a los participantes sobre las sobredosis manda un mensaje claro sobre las consecuencias potencialmente fatales de continuar el uso de drogas. Además, los participantes que se abstienen de las drogas pueden encontrarse en una posición de necesitar salvar la vida de un familiar o conocido con un problema de adicción. Preparar a los participantes para responder de manera efectiva en estas circunstancias comunica un mensaje prosocial de tener la responsabilidad de ayudar a otros.

REFERENCIAS

- American Dental Association. (n.d.). Oral health topics: Meth mouth. Retrieved from <http://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/meth-mouth>
- 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 and Delinquency*, 52(1), 7–27.
- 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.
- Anglin, D.M., Longshore, D., & Turner, S. (1999). Treatment alternatives to street crime: An evaluation of five programs. *Criminal Justice and Behavior*, 26(2), 168–195.
- Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). *Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Barton, E.D., Ramos, J., Colwell, C., Benson, J., Baily, J., & Dunn, W. (2002). Intranasal administration of naloxone by paramedics. *Prehospital Emergency Care*, 6(1), 54–58.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17–21.
- Belenko, S., Langley, S., Crimmins, S., & Chaple, M. (2004). HIV risk behaviors, knowledge, and prevention education among offenders under community supervision: A hidden risk group. *AIDS Education and Prevention*, 16(4), 367–385.
- Benish, S.G., Imel, Z.E., & Wampold, B.E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746–758.

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO Y SERVICIOS SOCIALES

- 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.
- Berg, M.T., & Huebner, B.M. (2011). Reentry and the ties that bind: An examination of social ties, employment, and recidivism. *Justice Quarterly, 28*(2), 382–410.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Mathews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 190*, 97–104. doi:10.1192/bjp.bp.106.021402
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, R.K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 123*(2), 123–142.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 214–227.
- Braude, L. (2005). The Cook County Mental Health Court: Development, implementation, and initial implications. *Offender Substance Abuse Report, 5*(5), 67–76.
- Brook, J., Akin, B.A., Lloyd, M.H., & Yan, Y. (2015). Family drug court, targeted parent training and family reunification: Did this enhanced service strategy make a difference? *Juvenile and Family Court Journal, 66*(2), 35–52.
- 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.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Community-based opioid overdose prevention programs providing naloxone—United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 61*(6), 101–105.
- Chandler, R.K., Peters, R.H., Field, G., & Juliano-Bult, D. (2004). Challenges in implementing evidence-based treatment practices for co-occurring disorders in the criminal justice system. *Behavioral Sciences & the Law, 22*(4), 431–448.
- Cheesman, F.L., & Kunkel, T.L. (2012). *Virginia Adult Drug Treatment Courts: Cost benefit analysis*. Williamsburg, VA: National Center for State Courts.
- Cissner, A.B., Rempel, M., Franklin, A.W., Roman, J.K., Bieler, S., Cohen, R., & Cadoret, C.R. (2013). *A statewide evaluation of New York's adult drug courts: Identifying which policies work best*. New York: Center for Court Innovation.
- Clark, C.B., McCullumsmith, C.B., Redmond, N., Hardy, S., Waesche, M.C., Osula, G., & Cropsey, K.L. (2013). Factors associated with rapid failure in a Treatment Alternatives for Safer Communities (TASC) program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 45*(4), 376–380.
- Clark, V.A. (2014, November 12). Predicting two types of recidivism among newly released prisoners: First addresses as “launch pads” for recidivism or reentry success. *Crime & Delinquency: Online*. doi:10.1177/0011128714555760
- Cook, F. (2002). Treatment accountability for safer communities: Linking the criminal justice and treatment systems. In C.G. Leukefeld, F. Tims, and D. Farabee (Eds.), *Treatment of drug offenders: Policies and issues* (pp. 105–110). New York: Springer.
- Cook, P.J., Kang, S., Braga, A.A., Ludwig, J., & O'Brien, M.E. (2014, December 20). An experimental evaluation of a comprehensive employment-oriented prisoner re-entry program. *Journal of Quantitative Criminology: Online*. doi:10.1007/s10940-014-9242-5
- Coviello, D.M., Zanis, D.A., & Lynch, K. (2004). Effectiveness of vocational problem-solving skills on motivation and job-seeking action steps. *Substance Use and Misuse, 39*(13-14), 2309–2324.
- Covington, S. (2003). *Beyond trauma: A healing journey for women. Facilitator's guide*. Center City, MN: Hazelden.
- Covington, S.S. (2008). *Helping women recover: A program for treating substance abuse—Special edition for use in the criminal justice system* (Facilitator's guide, Rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Covington, S.S., Griffin, D., & Dauer, R. (2011). *A man's workbook: Helping men recover: A program for treating addiction—Special edition for use in the criminal justice system*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cresswell, L.S., & Deschenes, E.P. (2001). Minority and non-minority perceptions of drug court program severity and effectiveness. *Journal of Drug Issues, 31*(1), 259–291.
- 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 and Clinical Psychology, 80*(6), 1114–1120.
- Dakof, G.A., Cohen, J.B., & Duarte, E. (2009). Increasing family reunification for substance-abusing mothers and their children: Comparing two drug court interventions in Miami. *Juvenile and Family Court Journal, 60*(4), 11–23.
- Dakof, G.A., Cohen, J.B., Henderson, C.E., Duarte, E., Boustani, M., Blackburn, A.,... Hawes, S. (2010). A randomized pilot study of the Engaging Moms program for family drug court. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*(3), 263–274.

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

- Dakof, G.A., Henderson, C.E., Rowe, C.L., Boustani, M., Greenbaum, P.E., Wang, W.,...Liddle, H.A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology, 29*(2), 232–241.
- Datchi, C.C., & Sexton, T.L. (2013). Can family therapy have an effect on adult criminal conduct? Initial evaluation of functional family therapy. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 2*(4), 278–293.
- Deschenes, E.P., Ireland, C., & Kleinpeter, C.B. (2009). Enhancing drug court success. *Journal of Offender Rehabilitation, 48*(1), 19–36.
- DeVall, K.E., & Lanier, C.L. (2012). Successful completion: An examination of factors influencing drug court completion for white and non-white male participants. *Substance Use and Misuse, 47*(10), 1106–1116.
- Dimeff, L.A., & Koerner, K. (Eds.) (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., Brunette, M.F., & McHugo, G.J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*(4), 360–374.
- 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.
- Elbogen, E.B., & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 66*(2), 152–161.
- Elbogen, E.B., Sullivan, C.P., Wolfe, J., Wagner, H.R., & Beckham, J.C. (2013). Homelessness and money mismanagement in Iraq and Afghanistan veterans. *American Journal of Public Health, 103*(S2), S248–S254.
- Elliott, D.E., Bjelajac, P., Fallot, R.D., Markoff, L.S., & Reed, B.G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology, 33*(4), 461–477.
- Farabee, D., Zhang, S.X., & Wright, B. (2014). An experimental evaluation of a nationally recognized employment-focused offender reentry program. *Journal of Experimental Criminology, 10*(3), 309–322.
- Fergusson, D.M., Swain-Campbell, N.R., & Horwood, L.J. (2002). Deviant peer affiliations, crime and substance abuse: A fixed effects regression analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(4), 419–430.
- Festinger, D.S., Dugosh, K.L., Metzger, D.S., & Marlowe, D.B. (2012). The prevalence of HIV risk behaviors among felony drug court participants. *Drug Court Review, 8*(1), 131–146.
- Frescoln, K.P. (2014). *Engaging with the Affordable Care Act: Implications and recommendations for adult drug court professionals*. Alexandria, VA: National Association of Drug Court Professionals.
- Gallagher, J.R. (2013a). African American participants' views on racial disparities in drug court outcomes. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 13*(2), 143–162.
- Gallagher, J.R. (2013b). Drug court graduation rates: Implications for policy advocacy and future research. *Alcoholism Treatment Quarterly, 31*(2), 241–253.
- Gallagher, J.R., Nordberg, A., Deranek, M.S., Ivory, E., Carlton, J., & Miller, J.W. (2015). Predicting termination from drug court and comparing recidivism patterns: Treating substance use disorders in criminal justice settings. *Alcoholism Treatment Quarterly, 33*(1), 28–43.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology, 34*(4), 575–608.
- 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.
- Gray, A.R., & Saum, C.A. (2005). Mental health, gender and drug court completion. *American Journal of Criminal Justice, 30*(1), 55–69.
- Green, M., & Rempel, M. (2012). Beyond crime and drug use: Do adult drug courts produce other psychosocial benefits? *Journal of Drug Issues, 42*(2), 156–177.
- Greiner, L.E., Law, M.A., & Brown, S.L. (2015). Using dynamic factors to predict recidivism among women: A four-wave prospective study. *Criminal Justice and Behavior, 42*(5), 457–480.
- 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.

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO Y SERVICIOS SOCIALES

- Guastaferro, W.P. (2012). Using the Level of Service Inventory-Revised to improve assessment and treatment in drug court. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(5), 769–789.
- Gutierrez, L., & Bourgon, G. (2012). Drug treatment courts: A quantitative review of study and treatment quality. *Justice Research and Policy*, 14(2), 47–77.
- Heck, C. (2008). MRT: Critical component of a local drug court program. *Cognitive Behavioral Treatment Review*, 17(1), 1–2.
- Helmond, P., Overbeek, G., Brugman, D., & Gibbs, J.C. (2015). A meta-analysis on cognitive distortions and externalizing problem behavior: Associations, moderators, and treatment effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, 42(3), 245–262.
- Henggeler, S.W., Halliday-Boykins, C.A., Cunningham, P.B., Randall, J., Shapiro, S.B., & Chapman, J.E. (2006). Juvenile drug court: Enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 42–54.
- Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R., Broekaert, E., & Fridell, M. (2007). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD006265.
- Hickert, A.O., Boyle, S.W., & Tollefson, D.R. (2009). Factors that predict drug court completion and drop out: Findings from an evaluation of Salt Lake County's adult felony drug court. *Journal of Social Service Research*, 35(2), 149–162.
- Hubbard, D.J., & Pealer, J. (2009). The importance of responsivity factors in predicting reductions in antisocial attitudes and cognitive distortions among adult male offenders. *Prison Journal*, 89(1), 79–98.
- Johnson, J.E., O'Leary, C.C., Striley, C.W., Abdallah, A.B., Bradford, S., & Cottler, L.B. (2011). Effects of major depression on crack use and arrests among women in drug court. *Addiction*, 106(7), 1279–1286.
- Jones, C.G., Fearnley, H., Panagiotopoulos, B., & Kemp, R.I. (2015, June 18). Delay discounting, self-control, and substance use among adult drug court participants. *Behavioural Pharmacology: Online*.
- 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.
- Keefer, Q.A.W. (2013). Employment type and length of stay in substance abuse treatment: Economic factors and gender specific effects. *International Journal of Social Science Studies*, 1(2), 219–229.
- Kilmer, B., & Sussell, J. (2014). *Does San Francisco's Community Justice Center reduce criminal recidivism?* Santa Monica, CA: RAND Corp. & Superior Court of California, County of San Francisco.
- Kim, D., Irwin, K.S., & Khoshnood, K. (2009). Expanded access to naloxone: Options for critical response to the epidemic of opioid overdose mortality. *American Journal of Public Health*, 99(3), 402–407.
- Kirby, K.C., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., & LaMonaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 56(1), 85–96.
- Kirchner, R.A., & Goodman, E. (2007). Effectiveness and impact of Thurston County, Washington drug court program. *Cognitive Behavioral Treatment Review*, 16(2), 1–4.
- Kissin, W.B., Tang, Z., Campbell, K.M., Claus, R.E., & Orwin, R.G. (2014). Gender-sensitive substance abuse treatment and arrest outcomes for women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(3), 332–339.
- Knight, D.K., & Simpson, D.D. (1996). Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8(4), 417–429.
- Knight, K., Garner, B.R., Simpson, D.D., Morey, J.T., & Flynn, P.M. (2006). An assessment for criminal thinking. *Crime and Delinquency*, 52(1), 159–177.
- Kushner, J.N., Peters, R.H., & Cooper, C.S. (2014). *A technical assistance guide for drug court judges on drug court treatment services*. Washington, DC: American University.
- Lee, C.G., Cheesman, F.L., Rottman, D.B., Swaner, R., Lambson, S., Rempel, M., & Curtis, R. (2013). *A community court grows in Brooklyn: A comprehensive evaluation of the Red Hook Community Justice Center, Final Report*. Williamsburg, VA: National Center for State Courts.
- 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.
- Lidz, V., Sorrentino, D.M., Robison, L., & Bunce, S. (2004). Learning from disappointing outcomes: An evaluation of prevocational interventions for methadone maintenance patients. *Substance Abuse & Misuse*, 39(13–14), 2287–2308.

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

- Linehan, M.M. (1996). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In B. Schmitz (Ed.), *Treatment of personality disorders* (pp. 179–199). Munich, Germany: Psychologie Verlags Union.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., & Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for clients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction, 8*(4), 279–292.
- Lowenkamp, C.T., Hubbard, D., Makarios, M.D., & Latessa, E.J. (2009). A quasi-experimental evaluation of Thinking for a Change: A “real-world” application. *Criminal Justice & Behavior, 36*(2), 137–146.
- Lowenkamp, C.T., Pealer, J., Smith, P., & Latessa, E.J. (2006). Adhering to the risk and need principles: Does it matter for supervision-based programs? *Federal Probation, 70*(3), 3–8.
- Lutze, F.E., Rosky, J.W., & Hamilton, Z.K. (2014). Homelessness and reentry: A multisite outcome evaluation of Washington State’s Reentry Housing Program for high risk offenders. *Criminal Justice and Behavior, 41*(4), 471–491.
- Magura, S., Staines, G.L., Blankertz, L., & Madison, E.M. (2004). The effectiveness of vocational services for substance users in treatment. *Substance Use & Misuse, 39*(13-14), 2165–2213.
- Manchak, S.M., Sullivan, C.C., Schweitzer, M., & Sullivan, C.J. (2014). The influence of co-occurring mental health and substance use problems on the effectiveness of juvenile drug courts. *Criminal Justice Policy Review*.
- 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.
- Mateyoke-Scriver, A., Webster, J.M., Staton, M., & Leukefeld, C. (2004). Treatment retention predictors of drug court participants in a rural state. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*(3), 605–625.
- McLellan, A.T., Hagan, T.A., Levine, M., Gould, F., Meyers, K., Bencivengo, M., & Durell, J. (1998). Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction, 93*(10), 1489–1499.
- McLellan, A.T., Hagan, T.A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencivengo, M.,...Jaffe, J. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 55*(1–2), 91–103.
- 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, 49*(6), 787–792.
- Messina, N., Calhoun, S., & Warda, U. (2012). Gender-responsive drug court treatment: A randomized controlled trial. *Criminal Justice and Behavior, 39*(12), 1539–1558.
- Meyer, R., Patel, A.M., Rattana, S.K., Quock, T.P., & Mody, S.H. (2014). Prescription opioid abuse: A literature review of the clinical and economic burden in the United States. *Population Health Management, 17*(6), 372–387.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., & Tonigan, J.S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse, 10*(3), 291–308.
- Milkman, H., & Wanberg, K. (2007). *Cognitive-behavioral treatment: A review and discussion for corrections professionals*. Washington, DC: National Institute of Corrections.
- Mills, K.L., Teesson, M., Back, S.E., Brady, K.T., Baker, A.L., Hopwood, S.,...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.
- Monchick, R., Scheyett, A., & Pfeiffer, J. (2006). *Drug court case management: Role, function, and utility* (Monograph Series no. 7). Alexandria, VA: National Drug Court Institute.
- Morse, D.S., Cerulli, C., Bedell, P., Wilson, J.L., Thomas, K., Mittal, M.,...Chin, N. (2014). Meeting health and psychological needs of women in drug treatment court. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(2), 150–157.
- Morse, D.S., Silverstein, J., Thomas, K., Bedell, P., & Cerulli, C. (2015). Finding the loopholes: A cross-sectional qualitative study of systemic barriers to treatment access for women drug court participants. *Health and Justice, 3*(12). doi:10.1186/s40352-015-0026-2
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: Guilford Press.
- National Institute on Drug Abuse (2014). Nora’s Blog: Naloxone—A potential lifesaver. Retrieved from <http://www.drugabuse.gov/about-nida/noras-blog/2014/02/naloxone-potential-lifesaver>
- Osher, F., D’Amora, D.A., Plotkin, M., Jarrett, N., & Eggleston, A. (2012). *Adults with behavioral health needs under correctional supervision: A shared framework for reducing recidivism and promoting recovery*. New York: Council of State Governments Justice Center.
- 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.

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO Y SERVICIOS SOCIALES

- 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., & Murrin, M.R. (1999). Predictors of retention and arrest in drug courts. *National Drug Court Institute Review*, 2(1), 33–60.
- 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 and the Law*, 30(6), 800–820.
- Peters, R.H., & Osher, F.C. (2004). *Co-occurring disorders and specialty courts* (2nd ed.). Delmar, NY: National GAINS Center.
- Peters, R.H., Wexler, H.K., & Lurigio, A.J. (2015). Co-occurring substance use and mental disorders in the criminal justice system: A new frontier of clinical practice and research. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 1–6.
- Peterson, J.K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B., & Zvonkovic, A. (2014). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? *Law and Human Behavior*, 38(5), 439–449.
- Phillips, H.K., Gray, N.S., MacCulloch, S.I., Taylor, J., Moore, S.C., Huckle, P., & MacCulloch, M.J. (2005). Risk assessment in offenders with mental disorders: Relative efficacy of personal demographic, criminal history, and clinical variables. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(7), 833–847.
- Platt, J.J. (1995). Vocational rehabilitation of drug abusers. *Psychological Bulletin*, 117(3), 416–433.
- Platt, J.J., Husband, S.D., Hermalin, J., Cater, J., & Metzger, D. (1993). A cognitive problem-solving employment readiness intervention for methadone clients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7(1), 21–33.
- 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.
- Prendergast, M.L., Pearson, F.S., Podus, D., Hamilton, Z.K., & Greenwell, L. (2013). The Andrews' principles of risk, needs, and responsiveness as applied in drug treatment programs: Meta-analysis of crime and drug use outcomes. *Journal of Experimental Criminology*, 9(3), 275–300.
- Prins, S.J., Skeem, J.L., Mauro, C., & Link, B.G. (2015). Criminogenic factors, psychotic symptoms, and incident arrests among people with serious mental illnesses under intensive outpatient treatment. *Law and Human Behavior*, 39(2), 177–188.
- Quirouette, M., Hannah-Moffat, K., & Maurutto, P. (2015). 'A precarious place': Housing and clients of specialized courts. *British Journal of Criminology*. doi:10.1093/bjc/azv050
- Rapp, R.C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2014). The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 605–618.
- Read, J.P., Brown, P.J., & Kahler, C.W. (2004). Substance use and posttraumatic stress disorders: Symptom interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviors*, 29(8), 1665–1672.
- Rezansoff, S.N., Moniruzzaman, A., Gress, C., & Somers, J.M. (2013). Psychiatric diagnoses and multiyear criminal recidivism in a Canadian provincial offender population. *Psychology, Public Policy, and Law*, 19(4), 443–453.
- Ritsher, J.B., McKellar, J.D., Finney, J.W., Otilingam, P.G., & Moos, R.H. (2002). Psychiatric comorbidity, continuing care, and mutual help as predictors of five-year remission from substance use disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 63(6), 709–715.
- Robertson, A.A., St. Lawrence, J.S., & McCluskey, D.L. (2012). HIV/STI risk behavior of drug court participants. *Journal of Offender Rehabilitation*, 51(7), 453–473.
- Rodriguez, P.F. (2011). Case management for substance abusing offenders. In C. Leukefeld, T.P. Gullotta & J. Gregrich (Eds.), *Handbook of evidence-based substance abuse treatment in criminal justice settings* (pp. 173–181). New York: Springer.
- Roll, J.M., Prendergast, M., Richardson, K., Burdon, W., & Ramirez, A. (2005). Identifying predictors of treatment outcome in a drug court program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(4), 641–656.
- Roozen, H.G., De Waart, R., Van Der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105(10), 1729–1738.
- 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). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Sadeh, N., & McNeil, D.E. (2015). Posttraumatic stress disorder increases risk of criminal recidivism among justice-involved persons with mental disorders. *Criminal Justice and Behavior*, 42(6), 573–586.
- Saladin, M.E., Back, S.E., Payne, R.A., Schumm, J., Goldsmith, R.J., & Chard, K.M. (2014). Posttraumatic stress disorder and substance use disorder comorbidity. In R.K. Ries, D.A. Fiellin, S.C. Miller & R. Saitz, *The ASAM principles of addiction medicine* (5th ed., pp. 1403–1417). Philadelphia: Wolters Kluwer.

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

- Samenow, S. (2014). *Inside the criminal mind* (Rev. & upd. ed.). New York: Broadway Books.
- 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), 602–608.
- Schaeffer, C.M., Henggeler, S.W., Chapman, J.E., Halliday-Boykins, C.A., Cunningham, P.B., Randall, J., & Shapiro, S.B. (2010). Mechanisms of effectiveness in juvenile drug court: Altering risk processes associated with delinquency and substance abuse. *Drug Court Review*, *7*(1), 57–94.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. New York: W.H. Freeman.
- Serin, R.C., Lloyd, C.D., Helmus, L., Derkzen, D.M., & Luong, D. (2013). Does intra-individual change predict offender recidivism? Searching for the Holy Grail in assessing offender change. *Aggression and Violent Behavior*, *18*(1), 32–53.
- Shaffer, D.K. (2006). Reconsidering drug court effectiveness: A meta-analytic review (Doctoral dissertation, University of Cincinnati). Retrieved from https://etd.ohiolink.edu/ap:10:0:NO:10:P10_ACCESSION_NUM:ucin1152549096
- Shannon, L.M., Jackson, A., Newell, J., Perkins, E., & Neal, C. (2015). Examining factors associated with treatment completion in a community-based program for individuals with criminal justice involvement. *Addiction Science and Clinical Practice*, *10*(Supp. 1), A60.
- 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.
- Somers, J.M., Moniruzzaman, A., Rezanoff, S.N., & Patterson, M. (2014). Examining the impact of case management in Vancouver's Downtown Community Court: A quasi-experimental design. *PLoS One*, *9*(3), e90708. doi:10.1371/journal.pone.0090708
- Spaulding, A.C., Seals, R.M., Page, M.J., Brzozowski, A.K., Rhodes, W., & Hammet, T.M. (2009). HIV/AIDS among inmates of and releases from US correctional facilities, 2006: Declining share of epidemic but persistent public health opportunity. *PLoS One*, *4*(11), e7558. doi:10.1371/journal.pone.0007558
- Steadman, H.J., Peters, R.H., Carpenter, C., Mueser, K.T., Jaeger, N.D., Gordon, R.B.,...Hardin, C. (2013). Six steps to improve your drug court outcomes for adults with co-occurring disorders. *NDCI Drug Court Practitioner Fact Sheet*, *8*(1), 1–27.
- Strang, J. (2015). Death matters: Understanding heroin/opiate overdose risk and testing potential to prevent deaths. *Addiction*, *110*(S2), 27–35.
- Strang, J., Bird, S.M., Dietze, P., Gerra, G., & McLellan, A.T. (2014). Take-home emergency naloxone to prevent deaths from heroin overdose. *British Medical Journal*, *349*, g6580. doi:10.1136/bmj.g6580
- Strang, J., Kelleher, M., Best, D., Mayet, S., & Manning, V. (2006). Emergency naloxone for heroin overdose: Should it be available over the counter? *British Medical Journal*, *333*(7569), 614–615.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010). *Integrated treatment for co-occurring disorders: Evidence-based practices (EBT) KIT*. Rockville, MD: Author. Disponible en <http://store.samhsa.gov/product/SMA08-4367>
- Tolou-Shams, M., Houck, C.D., Nugent, N., Conrad, S.M., Reyes, A., & Brown, L.K. (2012). Alcohol use and HIV risk among juvenile drug court offenders. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, *12*(2), 178–188.
- Tong, L.S.J., & Farrington, D.P. (2006). How effective is the “Reasoning and Rehabilitation” programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime & Law*, *12*(1), 3–24.
- Turpin, D., & Wheeler, G. (2012). *HEAT: Habilitation, Empowerment, Accountability Therapy*. Louisville, KY: Pinwheel Group.
- Underhill, K., Dumont, D., & Operario, D. (2014). HIV prevention for adults with criminal justice involvement: A systematic review of HIV risk-reduction interventions in incarceration and community settings. *American Journal of Public Health*, *104*(11), e27–e53. doi:10.2105/AJPH.2014.302152
- Ventura, A.L., & Lambert, E.G. (2004). Recidivism 12 months after TASC. *Journal of Offender Rehabilitation*, *39*(1), 63–82.
- 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 and Behavior*, *36*(4), 385–401.
- Viglione, J., Rudes, D.S., & Taxman, F.S. (2015). Misalignment in supervision: Implementing risk/needs assessment instruments in probation. *Criminal Justice and Behavior*, *42*(3), 263–285.
- Vito, G.F., & Tewksbury, R.A. (1998). The impact of treatment: The Jefferson County (Kentucky) drug court program. *Federal Probation*, *62*(2), 46–51.
- Vose, B., Smith, P., & Cullen, F.T. (2013). Predictive validity and the impact of change in total LSI-R score on recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, *40*(12), 1383–1396.
- Walters G.D. (2003). Predicting institutional adjustment and recidivism with the Psychopathy Checklist factor scores: A meta-analysis. *Law and Human Behavior*, *27*(5), 541–558.

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO Y SERVICIOS SOCIALES

- Walters, G.D. (2015). Recidivism and the “worst of both worlds” hypothesis: Do substance misuse and crime interact or accumulate? *Criminal Justice and Behavior*, 42(4), 435–451.
- Wilson, D.B., Gallagher, C.A., & MacKenzie, D.L. (2000). A meta-analysis of corrections-based education, vocation, and work programs for adult offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 37(4), 347–368.
- Winn, J.L., Shealy, S.E., Kropp, G.J., Felkins-Dohm, D., Gonzales-Nolas, C., & Francis, E. (2013). Housing assistance and case management: Improving access to substance use disorder treatment for homeless veterans. *Psychological Services*, 10(2), 233–240.
- Wooditch, A., Tang, L.L., & Taxman, F.S. (2014). Which criminogenic need changes are most important in promoting desistance from crime and substance use? *Criminal Justice and Behavior*, 41(3), 276–299.
- Wright, J.P., & Cullen, F.T. (2004). Employment, peers, and life-course transitions. *Justice Quarterly*, 21(1), 183–205.
- Yalom, I.D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.
- Young, D., & Belenko, S. (2002). Program retention and perceived coercion in three models of mandatory drug treatment. *Journal of Drug Issues*, 32(1), 297–328.
- Zweig, J.M., Lindquist, C., Downey, P.M., Roman, J.K., & 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

VII. PRUEBAS DE DETECCIÓN DROGAS Y ALCOHOL

Las pruebas de detección drogas y alcohol ofrecen una evaluación precisa, oportuna y comprensiva del uso de sustancias no autorizadas³ durante la participación de la persona en los Tribunales de Tratamiento.

- A. Pruebas Frecuentes
- B. Pruebas Aleatorias
- C. Duración de las Pruebas
- D. Alcance de las Pruebas
- E. Recolección Presencial (Atestiguamiento)
- F. Muestras Válidas
- G. Procedimientos para Pruebas Precisas y Confiables
- H. Resultados Rápidos
- I. Contrato del Participante

A. Pruebas Frecuentes

Las pruebas de detección de drogas y alcohol se realizan con la suficiente frecuencia para asegurar que se identifique el uso de sustancias de manera rápida y confiable. Las pruebas de orina se realizan al menos dos veces por semana hasta que los participantes se encuentren en la última fase del programa en preparación para su graduación. Las pruebas que miden el uso de sustancias en periodos prolongados, como los monitores de tobillo, se implementan durante al menos 90 días consecutivos, seguidos de una prueba de orina u otros métodos de pruebas intermitentes. Las pruebas que tienen ventanas de detección cortas, como alcoholímetros o pruebas de saliva, se administran cuando se sospecha un consumo reciente o cuando es más probable que ocurra el uso de sustancias, por ejemplo, durante los fines de semana o días festivos.

B. Pruebas Aleatorias

El cronograma de pruebas para detección de drogas y alcohol es aleatorio e impredecible. Las probabilidades de ser examinados durante los fines de semana o días festivos son iguales que las de cualquier otro día. Los participantes deben suministrar una muestra lo más pronto posible una vez que se les haya notificado que se programó una prueba. Las muestras de orina se entregan no más de ocho horas después de haber recibido la notificación de la programación de la prueba. Para las pruebas con ventanas de detección cortas, como pruebas de saliva, las muestras deben entregarse no más de cuatro horas después de haber sido notificados de la programación de la prueba.

³ Las sustancias no autorizadas incluyen alcohol, drogas ilícitas y medicamentos de prescripción médica, adictivos o intoxicantes que se tomen sin aprobación previa del Tribunal de Tratamiento y no durante una emergencia médica.

C. Duración de las Pruebas

La realización de pruebas de detección de alcohol y drogas se mantiene de forma ininterrumpida para determinar si ocurre una recaída a medida que se ajustan otros tratamientos y servicios de supervisión.

D. Alcance de las Pruebas

Las muestras para las pruebas son analizadas para detectar todas las sustancias no autorizadas que se sospecha puedan estar consumiendo los participantes en los Tribunales de Tratamiento. Periódicamente se analizarán muestras seleccionadas aleatoriamente para detectar un rango de sustancias más amplio incluyendo sustancias que puedan estar emergiendo entre la población de los Tribunales de Tratamiento.

E. Recolección Presencial (Atestigüamiento)

La recolección de muestras para pruebas es presenciada directamente por un miembro del personal que haya sido capacitado para prevenir la manipulación o sustitución de muestras fraudulentas. Salvo circunstancias que lo exijan, los participantes no pueden someterse a pruebas independientes de detección de drogas o alcohol en lugar de ser analizados por personal capacitado asignado o autorizado por parte de los Tribunales de Tratamiento.

F. Muestras Válidas

Las muestras para las pruebas se examinan de forma rutinaria en busca de dilución o adulteración.

G. Procedimientos para Pruebas Precisas y Confiables

Los Tribunales de Tratamiento emplean procedimientos de prueba confiables y con validez científica y establecen una cadena de custodia para cada muestra. Si un participante niega el uso de sustancias en respuesta a una prueba con resultado positivo, una porción de la misma muestra se somete a un análisis de confirmación empleando una prueba instrumentada, como cromatografía de gases/espectrometría de masas (GC/MS) o cromatografía de líquidos/espectrometría de masas (LC/MS).

Salvo la experiencia del personal en toxicología, farmacología o alguna disciplina relacionada, las concentraciones de drogas o metabolitos que caen por debajo de los niveles límite recomendados por la industria o el fabricante, no son interpretados como evidencia de uso de una sustancia nueva o de algún cambio en los patrones de uso de sustancias de un participante.

H. Resultados Rápidos

Los resultados de las pruebas, incluyendo los resultados de pruebas de confirmación, están disponibles para los Tribunales de Tratamiento dentro de las 48 horas siguientes a la recolección de la muestra.

I. Contrato del Participante

Tras ingresar a los Tribunales de Tratamiento, los participantes reciben una explicación clara y completa de sus derechos y responsabilidades en relación a las pruebas de detección de drogas y alcohol. Esta información aparece en un contrato del participante o un manual, y es revisado periódicamente con los participantes para asegurar que permanezcan conscientes de sus obligaciones.

COMENTARIOS

La certeza es uno de los factores de éxito más influyentes en un programa de modificación de comportamiento (Harrell & Roman, 2001; Marlowe & Kirby, 1999). Los resultados mejoran significativamente cuando la detección de uso de sustancias es posible (Kilmer et al., 2012; Marques et al., 2014; Schuler et al., 2014) y los participantes reciben incentivos de abstinencia y sanciones o ajustes al tratamiento cuando hay un resultado positivo a una prueba (Hawken & Kleiman, 2009; Marlowe et al., 2005). Por lo tanto, el éxito para cualquier Tribunal de Tratamiento dependerá, en parte, del monitoreo confiable del uso de sustancias. Si un Tribunal de Tratamiento no cuenta con información precisa y oportuna sobre si los participantes están manteniendo una abstinencia del alcohol u otras drogas, el equipo no tiene forma de aplicar incentivos o sanciones de forma correcta, o de ajustar el tratamiento y los servicios de supervisión en conformidad. Las pruebas para detección de drogas y alcohol también tienen otras funciones terapéuticas importantes, como ayudar a confirmar las impresiones de diagnóstico de un clínico, ofrecer retroalimentación objetiva a los participantes con respecto a su progreso o falta de avance en su tratamiento y para apoyar a los clínicos para que cuestionen y corrijan la negación de los participantes con respecto a la severidad de sus problemas (American Society of Addiction Medicine (ASAM), 2010, 2013; DuPont & Selavka, 2008; DuPont et al., 2014; Srebnik et al., 2014).

No se puede confiar en los participantes para que expongan de forma precisa su propio consumo de sustancias (Hunt et al., 2015). Los estudios han encontrado consistentemente que entre el 25% y el 75% de los participantes en un tratamiento para el trastorno por uso de sustancias, niegan el consumo reciente cuando las pruebas biológicas revelan un resultado positivo (Auerbach, 2007; Harris et al., 2008; Hindin et al., 1994; Magura & Kang, 1997; Morral et al., 2000; Peters et al., 2015; Tassiopoulos et al., 2004). La certeza de auto-informar es particularmente baja entre personas con problemas en el sistema de justicia penal, posiblemente porque es probable que reciban sanciones por el uso de sustancias (Harrison, 1997; Peters et al., 2015). Aunque algunos clínicos pueden suponer que la precisión de auto-informar aumenta en el transcurso del tratamiento, la evidencia sugiere que hay *menos* posibilidades de que los participantes reconozcan el uso de sustancias después de haber estado en tratamiento por cierto tiempo o después de haber completado el tratamiento (Wish et al., 1997). Mientras más tiempo haya estado en tratamiento un participante, es más probable que el personal espere e insista en que mantenga la abstinencia. Por esta razón, a los participantes les resulta más difícil admitir haber usado alguna sustancia después de haber estado en tratamiento por varios meses (Davis et al., 2014; Nirenberg et al., 2013).

Las mejores prácticas para realizar pruebas de detección de drogas y alcohol varían considerablemente dependiendo si la prueba es administrada intermitentemente en lugar de continuamente, de la duración de la ventana de detección de la prueba y del rango de sustancias que la prueba es capaz de detectar. Algunas pruebas, como de orina o saliva, deben ser administradas de forma repetida, mientras que otras, como los parches de sudor o monitores de tobillo, pueden medir el uso de sustancias por periodos extendidos. La mayoría de los metabolitos de drogas son detectables en orina durante aproximadamente dos y cuatro días, pero son detectables en saliva durante un promedio de 24 horas y en aliento y sangre durante menos de 12 horas (Auerbach, 2007; Cary, 2011; DuPont et al., 2014). Algunas pruebas como los alcoholímetros sólo pueden detectar el uso de alcohol, mientras que las pruebas de orina pueden analizar un abanico de sustancias más amplio. Estos factores influyen en cómo deben ser aplicadas las pruebas para obtener resultados útiles.

Las pruebas de orina son, fácilmente, la metodología más común usada en los Tribunales de Tratamiento y programas de libertad condicional. Esto se debe a que la orina suele estar disponible en grandes cantidades, su recolección es sencilla, no requiere procedimientos de preparación elaborados, su análisis no es costoso y puede ser analizado para

detectar varias sustancias (Cary, 2011). La mayoría de los estudios hasta la fecha han examinado las mejores prácticas para realizar pruebas de orina con infractores; sin embargo, los estudios recientes han comenzado a examinar otros métodos de pruebas en los Tribunales de Tratamiento, incluyendo parches de sudor y monitores de tobillo.

A. Pruebas Frecuentes

Mientras más frecuente sea la evaluación de presencia de drogas a través de pruebas por parte de los Tribunales de Tratamiento y programas de libertad condicional, mejores serán sus resultados en términos de índices de graduación más elevado y menores niveles de uso de drogas y reincidencia delictiva (Banks & Gottfredson, 2003; Gottfredson et al., 2007; Griffith et al., 2000; Harrell et al., 1998; Hawken & Kleiman, 2009; Kinlock et al., 2013; National Institute on Drug Abuse, 2006). En los grupos de enfoque, los participantes en los Tribunales de Tratamiento identificaron consistentemente que las pruebas de detección de alcohol y drogas son uno de los factores más influyentes para el éxito en el programa (Gallagher et al., 2015; Goldkamp et al., 2002; Saum et al., 2002; Turner et al., 1999; Wolfer, 2006).

Los Tribunales de Tratamiento más efectivos realizan pruebas de orina al menos dos veces por semana durante los primeros meses del programa (Carey et al., 2008). En un estudio multisitio de aproximadamente 70 Tribunales de Tratamiento, los programas que realizaban pruebas de orina al menos dos veces por semana durante la primera fase generaban una reducción de 38% en delitos y eran 61% más rentables que los programas que realizaban pruebas de orina con menor frecuencia (Carey et al., 2012). Dado que los metabolitos de la mayoría de las drogas psicoactivas son detectables en orina durante aproximadamente dos a cuatro días, realizar las pruebas con menor frecuencia es una brecha de tiempo inaceptable en la que los participantes pueden usar sustancias y evadir la detección, generando así resultados significativamente inferiores (Stitzer & Kellogg, 2008).

Estudios recientes han analizado el impacto de otros métodos de pruebas en los Tribunales de Tratamiento. El monitor de alcohol seguro, continuo y remoto (SCRAM, por sus siglas en inglés) es un dispositivo de tobillo que puede detectar alcohol en el sudor y transmite una señal inalámbrica a una estación de monitoreo remoto. Las evidencias preliminares sugieren que el uso de un SCRAM puede disuadir el consumo de alcohol y el conducir bajo los efectos del alcohol entre los infractores que conducen intoxicados reincidentemente (DWI[†]) pues se utiliza durante, al menos, 90 días consecutivos (Flango & Cheesman, 2009; Tison et al., 2015). Otro estudio descubrió que incluir parches de sudor además de las pruebas de orina no mejoraba los resultados en los Tribunales de Tratamiento (Kleinpeter et al., 2010). Sin embargo, este estudio no analizó la influencia de los parches de sudor utilizados de forma independiente o comparados con las pruebas de orina. El estudio simplemente descubrió que agregar los parches de sudor no mejoraba los resultados por encima de lo que ya se estaba logrando con las pruebas de orina frecuentes.

El gluconato etílico (EtG) y el sulfato etílico (EtS) son metabolitos de alcohol que pueden ser detectados en la orina por periodos más prolongados que el etanol. El uso de EtG o EtS puede ampliar la ventana de tiempo para detectar el consumo de alcohol desde varias horas hasta varios días (Cary, 2011). Una prueba aleatoria y controlada reciente reportó que los participantes completaron las dos primeras fases de un Tribunal de Tratamiento significativamente antes cuando se sometían a las pruebas de EtG y EtS semanales (Gibbs & Wakefield, 2014). Las pruebas de EtG y EtS permitían a los Tribunales de Tratamiento responder de manera más expedita y confiable a instancias de consumo de alcohol, produciendo así resultados más eficientes. Es muy importante señalar que las pruebas de EtG y EtS mostraron, en el mismo estudio, ser superiores a las pruebas de etanol estandarizadas para la detección del consumo de alcohol durante los fines de semana. Dado que algunos Tribunales de Tratamiento no realizan pruebas de detección los fines de semana, es crucial poder realizar pruebas en días hábiles que sean capaces de detectar el uso de sustancias durante el fin de semana.

Como se mencionó anteriormente, algunas pruebas de detección de drogas y alcohol tienen ventanas de detección cortas de entre 12 y 24 horas. Esto hace que, en general, no sean adecuadas para implementarse como método de prueba principal en los Tribunales de Tratamiento. Sin embargo, estas pruebas pueden ser usadas efectivamente para análisis *in-situ* cuando se sospecha un consumo reciente o durante épocas de alto

[†] 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.

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

riesgo, como fines de semana o días festivos. La evidencia también sugiere que estas pruebas pueden disuadir el uso de sustancias de manera efectiva si se aplican diariamente. Un estudio a nivel estatal en Dakota del Sur descubrió que las pruebas de alcoholímetro diarias reducían significativamente las ausencias a comparecer y los arrestos repetidos entre infractores que condujeron bajo los efectos de una sustancia y que fueron liberados bajo fianza (Kilmer et al., 2012). En este estudio, las pruebas de alcoholímetro diarias parecen haber sido suficientes para desalentar el consumo de alcohol en la mayoría de los casos sin la necesidad de servicios adicionales.

B. Pruebas Aleatorias

Las pruebas de detección de drogas y alcohol son más efectivas cuando se realizan de forma aleatoria (ASAM, 2013; ASAM, 2010; Auerbach, 2007; Carver, 2004; Cary, 2011; Harrell & Kleiman, 2002; McIntire et al., 2007). Si los participantes saben de antemano cuándo serán analizados, pueden ajustar los tiempos de su consumo o tomar otras medidas compensatorias, como consumo excesivo de fluidos, para defraudar las pruebas (McIntire & Lessenger, 2007). Las pruebas aleatorias generan porcentajes significativamente más altos de resultados positivos que las pruebas programadas, lo que sugiere que muchos participantes pueden evadir la detección si saben con antelación cuándo se realizará la prueba (Harrison, 1997).

Las pruebas aleatorias significan que las probabilidades de someterse a una prueba son las mismas cualquier día de la semana, incluyendo fines de semana y días festivos. Por ejemplo, si un participante está programado para que se le realice una prueba dos veces por semana, las probabilidades de presentar la prueba son dos en siete (28%) cada día de la semana. Por esta razón, los Tribunales de Tratamiento no deben programar sus regímenes de pruebas en bloques de siete días o semanales, una práctica común. Por ejemplo, supongamos que un participante es elegido aleatoriamente para realizarse una prueba el lunes y el miércoles de cierta semana. Si las pruebas se programan en bloques semanales, las probabilidades de que ese mismo participante sea seleccionado nuevamente para realizarse una prueba el jueves serán de cero. En términos conductuales, a esto se le conoce como un *respiro* de la detección, lo que puede generar un mayor uso de drogas o alcohol al haber una ausencia de consecuencias negativas (Marlowe & Wong, 2008).

Las probabilidades de que una persona realice una prueba para detección de drogas y alcohol deben ser las mismas los fines de semana y días festivos como cualquier otro día de la semana (Marlowe, 2012). Los fines de semana y los días festivos son momentos de alto riesgo para el uso de drogas y alcohol (Kirby et al., 1995; Marlatt & Gordon, 1985). Al dar un respiro de la detección durante momentos de alto riesgo se reduce el carácter aleatorio de las pruebas y se perjudican los objetivos centrales de un programa de prueba de drogas (ASAM, 2013).

Es fundamental limitar la espera entre la notificación de una prueba de detección de drogas o alcohol inminente y la recolección de la muestra (ASAM, 2013). Si los participantes pueden retrasar la entrega de una muestra por incluso un solo día o dos, pueden confiar en los procesos de eliminación natural para reducir las concentraciones de drogas y metabolitos por debajo de los niveles apropiados. Para los participantes que habitan cerca de las instalaciones de toma de muestras y no señalaron tener conflictos con los horarios, los Tribunales de Tratamiento pueden suponer razonablemente que las muestras serán entregadas pocas horas posteriores a la notificación de la programación de la prueba (Cary, 2011). Dejando de lado circunstancias que lo exijan, los participantes deben entregar una muestra de orina no más de ocho horas posteriores a la notificación de la programación de la prueba (Auerbach, 2007). Esta práctica debe dar a la mayoría de los participantes suficiente tiempo para cumplir con sus obligaciones cotidianas y trasladarse a las instalaciones de recolección, al mismo tiempo que se reducen las probabilidades de que las concentraciones de metabolitos caigan por debajo de los niveles apropiados. Para las pruebas que tienen ventanas de detección cortas, de menos de 24 horas, como las pruebas de saliva, los participantes deben entregar una muestra no más de cuatro horas posteriores a la notificación de la programación de la prueba.

C. Duración de las Pruebas

Un principio básico de modificación de comportamiento establece que los efectos de cualquier intervención deben ser evaluados continuamente hasta que todos los componentes de la intervención hayan sido completados (Rusch & Kazdin, 1981). Ésta es la única manera de saber si un participante es propenso a recaer o tener un retroceso una vez que el programa haya terminado.

Los Tribunales de Tratamiento suelen reducir la intensidad del tratamiento y de la supervisión a medida que los participantes avanzan en el programa. Por ejemplo, la frecuencia de las audiencias en el tribunal o de las sesiones de gestión de caso suele disminuir a medida que los participantes tienen progresos en las fases sucesivas. La reducción de los servicios está acompañada del omnipresente riesgo de una recaída o de algún otro retroceso de comportamiento; por lo tanto, las pruebas de detección de alcohol y drogas deben mantenerse de forma ininterrumpida para revelar cualquier recaída mientras se ajustan otros componentes de los regímenes de tratamiento de un participante (Cary, 2011; Marlowe, 2011, 2012). Aunque las investigaciones no han abordado este problema, la lógica señala que se debe mantener la frecuencia de las pruebas de detección hasta que los participantes inicien su plan de postratamiento de atención de seguimiento. Esta práctica ofrece la mayor seguridad de que es altamente probable que los participantes mantengan su abstinencia después de la graduación del programa.

D. Alcance de las Pruebas

Los Tribunales de Tratamiento deben realizar pruebas para toda la gama de sustancias que podrían ser consumidas por los participantes en el programa. Los participantes pueden evadir fácilmente la detección de uso de sustancias en varios paneles de pruebas estándar—como la prueba de cinco paneles del Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA-5) o una prueba estandarizada de ocho paneles—simplemente cambiando su consumo por el de otra droga que tenga efectos psicoactivos similares, pero no sea detectada por la prueba (ASAM, 2013). Por ejemplo, las personas que usan heroína pueden evitar la detección de varios paneles de pruebas estandarizadas si cambian su consumo por el de opiáceos farmacéuticos, como oxicodona o buprenorfina (Wish et al., 2012). De manera similar, quienes consumen marihuana pueden evitar la detección usando cannabinoides sintéticos, como K2 o Spice, que fueron desarrolladas con el propósito específico de evitar una detección (Cary, 2014; Castaneto et al., 2014). Los estudios confirman que algunos usuarios de marihuana sí cambian su consumo al de cannabinoides sintéticos para evadir la detección en una prueba de drogas y después retoman su consumo de marihuana una vez que el régimen de pruebas ha sido discontinuado (Perrone et al., 2013). Puesto que los imputados están en una búsqueda constante de nuevas sustancias para burlar a las pruebas de detección de drogas, los Tribunales de Tratamiento deben seleccionar muestras aleatorias de manera frecuente y analizarlas en busca de una amplia gama de drogas potenciales que puedan estar emergiendo en su población (ASAM, 2013).

E. Recolección Presencial (Atestiguamiento)

Los participantes en los Tribunales de Tratamiento y quienes se encuentran en libertad condicional reconocen sus extensos esfuerzos para defraudar las pruebas de detección de alcohol y drogas. Estos esfuerzos incluyen, pero no se limitan a, consumir agua en exceso para diluir la muestra (disolución), adulterar la prueba con químicos con la intención de enmascarar un resultado positivo (adulteración) y sustituir con una muestra de orina de otra persona o una muestra que tenga parecido, pero que no sea orina, como jugo de manzana (sustitución) (Cary, 2011; McIntire & Lessenger, 2007). Colectivamente estos esfuerzos son conocidos como manipulación o alteración. En los grupos de discusión, los participantes de los Tribunales de Tratamiento indicaron saber de varias personas en su programa que habían manipulado o alterado las pruebas de detección de drogas en más de una ocasión sin haber sido detectados por el personal (Goldkamp et al., 2002).

La manera más efectiva de evitar la manipulación o alteración es asegurando que la recolección sea atestiguada directamente por un miembro del personal capacitado y con experiencia (ASAM, 2013; Cary, 2011). Si se sospecha de sustitución o adulteración, se debe recolectar otra muestra de inmediato bajo condiciones de monitoreo cuidadoso (McIntire et al., 2007). Los miembros del personal deben estar capacitados para saber implementar medidas correctivas para evitar muestras alteradas. Algunas de estas medidas incluyen esculcar la ropa del participante en busca de adulterantes químicos o muestras fraudulentas, pedir a los participantes que dejen su ropa fuera de la sala de recolección de muestras y colocar colorantes en el escusado y lavabo para prevenir que utilicen agua para diluir las muestras (McIntire & Lessenger, 2007).

Si se sospecha de sustitución u otros esfuerzos de manipulación para una muestra de orina, puede ser útil obtener una muestra de fluido oral de inmediato como medida secundaria de uso de sustancias. Por lo general, atestiguar la recolección de la muestra de un fluido oral es más sencillo que una de orina, y las pruebas de saliva son menos susceptibles a la disolución que las pruebas de orina (Heltsley et al., 2012; Sample et al., 2010). Sin embargo, dado que las pruebas de saliva tienen una ventana de detección más corta que las pruebas

de orina, una prueba de fluido oral no descartaría necesariamente el uso de drogas reciente o la posibilidad de que haya una prueba de orina alterada.

Dado que se requiere capacitación especializada para minimizar la manipulación de muestras para pruebas, en la mayoría de las circunstancias se les debe prohibir a los participantes someterse a pruebas de detección de drogas y alcohol con fuentes independientes. Cuando las circunstancias lo exigen, como cuando los participantes viven a grandes distancias de las instalaciones de recolección de muestras, el Tribunal de Tratamiento puede designar a profesionales o laboratorios independientes para realizar las pruebas. Como una condición de aprobación, estos profesionales deben completar una capacitación formal en materia de recolección, manejo y análisis de muestras para pruebas de detección de drogas y alcohol entre los participantes de los Tribunales de Tratamiento o poblaciones comparables en el sistema de justicia penal. Los Tribunales de Tratamiento también deben seguir los procedimientos de cadena de custodia generalmente aceptados al manejar muestras para pruebas (ASAM, 2013; Cary, 2011; Meyer, 2011). Por lo tanto, si los profesionales o laboratorios independientes realizan pruebas para detección de drogas y alcohol, deben recibir la capacitación meticulosa para seguir los procedimientos de cadena de custodia apropiados.

F. Muestras Válidas

Se pueden realizar varios análisis de bajo costo para detectar muestras diluidas o adulteradas (McIntire et al., 2007). Se debe tomar la temperatura de cada muestra de orina inmediatamente después de su recolección para asegurar que sea consistente con la temperatura del cuerpo humano. Una temperatura inusual puede sugerir que la muestra se ha enfriado porque fue recolectada en un momento anterior, o fue diluida con agua en una temperatura muy baja o muy alta como para ser consistente con la temperatura del cuerpo. Bajo condiciones normales, las muestras de orina deben estar a una temperatura de entre 90^o y 100^o Fahrenheit (entre 32 y 38 grados Celsius aproximadamente) cuatro minutos posteriores a la recolección; una temperatura mayor o menor puede indicar un esfuerzo deliberado de fraude (ASAM, 2013; Tsai et al., 1998).

Las muestras de orina también deben ser analizadas en busca de creatinina y gravedad específica. La creatinina es un producto metabólico de desecho muscular excretado en la orina en una tasa relativamente constante. Un nivel de creatinina por debajo de 20 mg/dL es poco usual y puede ser un indicador confiable de un esfuerzo de disolución intencional o de ingesta excesiva de fluidos, dejando de lado las condiciones médicas o metabólicas inusuales (ASAM, 2013; Cary, 2011; Jones & Karlsson, 2005; Katz et al., 2007). La gravedad específica refleja la cantidad de sustancias sólidas que están disueltas en la orina. Mientras más alta sea la gravedad específica, más concentrada es la orina; si la gravedad específica es más baja, su consistencia se asimila más a la del agua. El rango normal de la gravedad específica de la orina es de 1.003 to 1.030, y la gravedad específica de 1.000 es, en esencia, agua. Algunos expertos consideran que una gravedad específica por debajo de 1.003 refleja una muestra diluida (Katz et al., 2007). Aunque este análisis por sí mismo puede no ser suficiente para probar un consumo de fluidos excesivo, es probable que haya ocurrido disolución si la gravedad específica es baja y acompaña a otras evidencias de alteración o invalidez, como bajos niveles de creatinina o baja temperatura. Existen varias tiras reactivas comercialmente disponibles, como Adultcheck and Intect, que han comprobado ser confiables en la detección de muestras de orina diluidas o adulteradas (Dasgupta et al., 2004; Mikkelsen & Ash, 1988).

G. Procedimientos para Pruebas Precisas y Confiables

Para que sea admisible como evidencia en un procedimiento legal, los resultados de las pruebas de detección de alcohol y drogas deben provenir de métodos científicamente válidos y confiables (Meyer, 2011). Las cortes de apelación han reconocido la validez científica de varios métodos de uso común para el análisis de orina, incluyendo la cromatografía de gases/espectrometría de masas, la cromatografía líquida/espectrometría de masas tándem (LC/MS/MS), la técnica de inmunoensayo múltiple de enzimas (EMIT) y algunas pruebas de sudor, saliva, cabello y monitores de tobillo (Meyer, 2011).

A las pruebas como GC/MS y LC/MS/MS se les conoce como pruebas instrumentadas, pruebas basadas en laboratorio o pruebas de confirmación. Estas pruebas tienen un grado de precisión científica mayor que las pruebas de inmunoensayo, las pruebas de punto de recolección (POCT) o las pruebas de detección, como las que emplean recipientes al momento o las tiras reactivas instantáneas. Si un participante niega el uso de sustancias frente a una prueba de exploración con resultado positivo, los tribunales suelen solicitar—y los

expertos toxicológicos suelen recomendar—que se lleve a cabo una prueba de confirmación utilizando un GC/MS o una técnica instrumentada similar (ASAM, 2013; Cary, 2011). La confirmación con una prueba instrumentada elimina virtualmente las posibilidades de un resultado falso-positivo, suponiendo que la muestra fue recolectada y almacenada apropiadamente (Auerbach, 2007; Peat, 1988). Los Tribunales de Tratamiento suelen solicitar a los participantes que cubran el costo de las pruebas de confirmación si se confirma el resultado de la evaluación inicial (Cary, 2011; Meyer, 2011). Las pruebas de confirmación deben ser llevadas a cabo en una porción de la muestra de la prueba original. Si se realiza la prueba de confirmación en una muestra distinta a la recolectada en un punto del tiempo posterior, un resultado contradictorio podría no reflejar una falta de confirmación sino diferencias en las ventanas de detección para las pruebas o de los procesos metabólicos del participante.

Los Tribunales de Tratamiento deben seguir los procedimientos de cadena de custodia generalmente aceptados al manejar muestras de pruebas (ASAM, 2013; Cary, 2011; Meyer, 2011). Deben establecer un rastro documental confiable que identifique a cada profesional que manejó la muestra desde su recolección, durante el análisis de laboratorio hasta el informe de resultados. El establecimiento de una cadena de custodia adecuada exige suficientes medidas de etiquetado y seguridad para dar la confianza de que la muestra pertenece a la persona identificada en el registro y que la muestra fue transportada y almacenada de acuerdo con los procedimientos del laboratorio y recomendaciones del fabricante aceptadas de manera general.

Algunos Tribunales de Tratamiento interpretan los cambios en niveles cuantitativos de metabolitos de drogas como evidencia de que ha ocurrido un nuevo uso de sustancias o que el patrón de uso de sustancias de un participante ha cambiado. A menos que un Tribunal de Tratamiento tenga acceso a un experto capacitado en toxicología, farmacología o una disciplina relacionada, estas prácticas deben ser evitadas. Los niveles cuantitativos de metabolitos pueden variar considerablemente con base en varios factores, incluyendo el contenido total de fluidos en orina o sangre (Cary, 2004; Schwilke et al., 2010). Cambios moderados en la ingesta de fluidos de un participante o en su retención de líquidos puede hacer que los Tribunales de Tratamiento calculen erróneamente los patrones de uso de sustancias. La mayoría de las pruebas de detección de alcohol y drogas empleadas en los Tribunales de Tratamiento fueron diseñadas para ser *cualitativas*, es decir, fueron diseñadas para determinar la presencia de una droga o metabolito de droga en niveles superiores a los niveles de concentración pre-especificados. El nivel de concentración apropiado se calcula empíricamente para maximizar la tasa de verdadero-positivo, la tasa de verdadero-negativo o la tasa de clasificación. Cuando los Tribunales de Tratamiento realizan análisis cuantitativos alteran efectivamente los puntajes límite y los resultados son menos precisos.

Algunos Tribunales de Tratamiento tienen dificultad para interpretar resultados positivos de pruebas para detectar cannabinoides (marihuana). Puesto que los cannabinoides son liposolubles (enlazados a moléculas de grasa), pueden ser excretados con mayor lentitud que otras sustancias. Esto ha causado confusión sobre cuándo un resultado positivo para cannabinoides puede ser interpretado como evidencia de uso nuevo, en comparación con el uso residual de un episodio anterior. Es poco probable que un participante produzca un resultado positivo en una prueba de orina para detectar cannabinoides por encima de 50 ng/mL después de diez días tras el cese de uso continuo, o por más de tres a cuatro días después de un consumo único (Cary, 2005). Por lo tanto, un Tribunal de Tratamiento estaría justificado para considerar las dos primeras semanas de incorporación como un periodo de gracia durante el cual no habría sanciones para resultados positivos a pruebas para detectar cannabinoides. Sin embargo, las pruebas positivas subsecuentes pueden ser interpretadas como evidencia de nuevo consumo de cannabis y se tendría que lidiar con la situación en conformidad. Además, una vez que un participante haya arrojado dos pruebas de orina negativas para la presencia de cannabinoides (conocido como *abstinencia de partida*), un resultado positivo subsecuente puede ser interpretado como un nuevo uso (Cary, 2005). Algunos Tribunales de Tratamiento o laboratorio pueden emplear un nivel límite inferior de 20 ng/mL para metabolitos de cannabis. Con este límite inferior, 30 días es suficiente para establecer una abstinencia de partida presuntiva incluso para usuarios crónicos (Cary, 2005); en la mayoría de los casos, 21 días debe ser suficiente.

Algunos participantes pueden intentar atribuir un resultado positivo para cannabinoides a la inhalación pasiva del humo. Esta excusa debe ser desacreditada. Las posibilidades de que la inhalación pasiva genere un resultado positivo para cannabinoides es insignificante (Cone et al., 2014; Law et al., 1984; Katz et al., 2007; Niedbala et al., 2005). Además, puesto que los participantes en los Tribunales de Tratamiento suelen tener la

prohibición de asociarse con personas que consumen drogas, la inhalación pasiva puede ser considerada una violación a esta prohibición central, haciéndolos acreedores de sanciones adicionales (Marlowe, 2011).

H. Resultados Rápidos

Además de la certeza, el momento es uno de los factores más influyentes para el éxito en un programa de modificación de comportamiento (Harrell & Roman, 2001; Marlowe & Kirby, 1999). Mientras más pronto se implementen las sanciones tras una infracción y se proporcionen los incentivos tras un logro, mejores serán los resultados. Puesto que las sanciones y los incentivos se imponen de manera rutinaria con base en los resultados de las pruebas de detección de drogas y alcohol, el equipo del Tribunal de Tratamiento necesita los resultados de las pruebas antes de que los participantes se presenten a sus audiencias de seguimiento judicial.

Un estudio realizado en aproximadamente 70 Tribunales de Tratamiento mostró reducciones significativamente mayores en reincidencias delictivas, así como costos-beneficios significativamente superiores cuando los equipos recibían los resultados a las pruebas de detección de alcohol y drogas dentro de las 48 horas posteriores a la recolección de la muestra (Carey et al., 2012). Los Tribunales de Tratamiento que recibieron los resultados de las pruebas dentro de las 48 horas posteriores a su realización tuvieron 73% mayor efectividad en la reducción del delito y fueron 68% más rentables que los Tribunales de Tratamiento que recibían los resultados en periodos más prolongados. De manera ordinaria, los resultados negativos de las pruebas no deben tomar más de un día laboral, y los resultados positivos no requieren más de dos días si se solicita la prueba de confirmación (Cary, 2011; Robinson & Jones, 2000).

I. Contrato del Participante

Los resultados son significativamente mejores cuando los Tribunales de Tratamiento especifican sus políticas y procedimientos de manera clara en un manual del participante (Carey et al., 2012). Los imputados son significativamente más propensos a reaccionar de manera favorable a un juicio adverso cuando se les avisa con antelación cómo se realizará el juicio (Burke & Leben, 2007; Frazer, 2006; Tyler, 2007). Los Tribunales de Tratamiento pueden mejorar sustancialmente la percepción de justicia que tiene el participante y reducir retrasos evitables de pruebas disputadas describiendo sus procedimientos y requerimientos en un contrato y manual del participante.

A continuación, aparecen unos ejemplos de provisiones que deberían estar incluidas en un contrato del participante para abarcar algunas de las mejores prácticas antes discutidas. Para los participantes que tienen historiales educativos limitados, el lenguaje podría simplificarse y los requerimientos podrían explicarse de manera presencial. Al repetir esta información periódicamente se asegura que los participantes comprendan sus derechos y obligaciones.

- Se realizarán pruebas de detección de drogas y alcohol de manera frecuente y aleatoria durante su participación en el Tribunal de Tratamiento.
- Las pruebas de detección de drogas y alcohol se llevarán a cabo cualquier día de la semana, incluyendo fines de semana y días festivos.
- Las pruebas de detección de drogas y alcohol serán implementadas por un laboratorio o programa aprobado por el Tribunal de Tratamiento.
- Puesto que los cannabinoides (un subproducto de la marihuana) puede permanecer en el cuerpo durante varios días, los participantes que consumen marihuana tienen un periodo de gracia de dos semanas después de su inscripción, en el cual no se aplicarán sanciones por resultados positivos para la detección de esta sustancia. Sin embargo, después de dos semanas, los resultados positivos de dicho consumo se considerarán como resultado de un nuevo consumo. Los participantes cargarán con el peso de establecer una explicación alternativa convincente para dichos resultados. Después de haber arrojado dos resultados negativos consecutivos en pruebas de orina, el Tribunal de Tratamiento dará por hecho que los resultados positivos subsecuentes son reflejo de un nuevo consumo.

PRUEBAS DE DETECCIÓN DROGAS Y ALCOHOL

- El participante debe llegar a las instalaciones de aplicación de las pruebas lo más pronto posible después de haber recibido la notificación de programación de las mismas. Se le sancionará por cualquier ausencia injustificada después de ocho horas de haber recibido la notificación que se programó una prueba de orina, o después de cuatro horas en el caso de las pruebas que tienen ventanas de detección cortas, como pruebas de aliento o de saliva.
- Un miembro del personal observará directamente la recolección de las muestras para la prueba. Esta persona será de su mismo sexo a menos que usted, su abogado defensor o su terapeuta, soliciten algo distinto.
- El no proporcionar la muestra para la prueba o hacerlo en un volumen de fluidos insuficiente para el análisis es una infracción a las reglas del programa y se le sancionará en conformidad. Se le dará suficiente tiempo (hasta una hora) para entregar una muestra de orina y se le permitirá beber hasta un vaso de agua en presencia del personal.
- No tiene permitido beber líquidos en exceso antes de las pruebas y debe evitar contaminantes ambientales, medicamentos de venta libre o alimentos que puedan reducir la precisión de las pruebas. Los contaminantes que debe evitar son [proporcionar lista de contaminantes].
- Se le pueden realizar pruebas inmediatas si el Tribunal de Tratamiento tiene razones de sospecha de uso reciente o durante momentos de alto riesgo como fines de semana o días festivos.
- Usted tiene derecho a impugnar los resultados de una prueba y solicitar pruebas de que se estableció una cadena de custodia adecuada para su muestra. El Tribunal de Tratamiento se respaldará con los resultados de una prueba de laboratorio instrumentada para confirmar si sí ocurrió el consumo de la sustancia. Usted deberá pagar el costo de la prueba de confirmación en caso de que se ratifique el resultado positivo.
- Usted será sancionado si proporciona muestras diluidas, adulteradas o sustituidas. Las muestras de orina por debajo de 90⁰ y por encima de 100⁰ Fahrenheit, o cuyos niveles de creatinina se encuentren por debajo de 20 mg/dL se considerarán diluidos o fraudulentos. Los participantes cargarán con el peso de establecer una explicación alternativa convincente para dichos resultados. Bajo estas circunstancias, usted puede recibir dos sanciones: una por el uso de la sustancia y otro por el esfuerzo para el engaño.
- Se le sancionará por usar sustancias sintéticas como K2 o Spice, diseñadas para evadir la detección a través de pruebas estandarizadas. El cambio de consumo de sustancias (por ejemplo, cambiar el consumo de heroína por el de un opiáceo no autorizado) se considerará un esfuerzo de defraudación de la prueba. Usted puede recibir dos sanciones: una por el uso de la sustancia y otro por el esfuerzo para el engaño.
- Se le sancionará por asociarse con otras personas que consuman sustancias o por exponerse a inhalaciones pasivas.

REFERENCIAS

- American Society of Addiction Medicine. (2010). *Public policy statement on drug testing as a component of addiction treatment and monitoring programs and in other clinical settings*. Chevy Chase, MD: Author. Disponible en <http://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2011/12/15/drug-testing-as-a-component-of-addiction-treatment-and-monitoring-programs-and-in-other-clinical-settings>
- American Society of Addiction Medicine. (2013). *Drug testing: A white paper of the American Society of Addiction Medicine (ASAM)*. Chevy Chase, MD: Author. Disponible en <http://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/drug-testing-a-white-paper-by-asam.pdf?sfvrsn=2>
- Auerbach, K. (2007). Drug testing methods. In J.E. Lessenger & G.F. Roper (Eds.), *Drug courts: A new approach to treatment and rehabilitation* (pp. 215–233). New York: Springer.
- 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.

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

- Burke, K., & Leben, S. (2007). Procedural fairness: A key ingredient in public satisfaction. *Court Review*, 44(1-2), 4–25.
- 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.
- Carver, C. (2004). Drug testing: A necessary prerequisite for treatment and for crime control. In P. Bean & T. Nemitz (Eds.), *Drug treatment: What works?* (pp. 142–177). New York: Routledge.
- Cary, P. (2004). Urine drug concentrations: The scientific rationale for eliminating the use of drug test levels in drug court proceedings. *NDCI Drug Court Practitioner Fact Sheet*, 4(1).
- Cary, P. (2005). The marijuana detection window: Determining the length of time cannabinoids will remain detectable in urine following smoking: A critical review of relevant research and cannabinoid detection guidance for drug courts. *Drug Court Review*, 5(1), 23–58.
- Cary, P. (2011). The fundamentals of drug testing. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 113–138). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. Disponible en http://www.ndci.org/sites/default/files/nadep/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf
- Cary, P. (2014). Designer drugs: What drug court practitioners need to know. *NDCI Drug Court Practitioner Fact Sheet*, 9(2).
- Castaneto, M.S., Gorelick, D.A., Desrosiers, N.A., Hartman, R.L., Pirard, S., & Huestis, M.A. (2014). Synthetic cannabinoids: Epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. *Drug and Alcohol Dependence: Online*, 144, 12–41. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.08.005>
- Cone, E.J., Bigelow, G.E., Herrmann, E.S., Mitchell, J.M., LoDico, C., Flegel, R., & Vandrey, R. (2014). Nonsmoker exposure to secondhand cannabis smoke. I. Urine screening and confirmation results. *Journal of Analytic Toxicology: Online*, 39(1), 1–12. doi:10.1093/jat/bku116
- Dasgupta, A., Chughtai, O., Hannah, C., David, B., & Wells, A. (2004). Comparison of spot tests with Adultacheck 6 and Intect 7 urine test strips for detecting the presence of adulterants in urine specimens. *Clinica Chimica Acta*, 348 (1-2), 19–25.
- Davis, C.G., Doherty, S., & Moser, A.E. (2014). Social desirability and change following substance abuse treatment in male offenders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(3), 872–879.
- DuPont, R.L., Goldberger, B.A., & Gold, M.S. (2014). The science and clinical uses of drug testing. In R.K. Ries, D.A. Fiellin, S.C. Miller, & R. Saitz (Eds.), *The ASAM principles of addiction medicine* (5th ed., pp. 1717–1729). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- DuPont, R.L., & Selavka, C. (2008). Testing to identify recent drug use. In M. Galanter & H.D. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (4th ed., pp. 655–664). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Flango, V.E., & Cheesman, F.L. (2009). The effectiveness of the SCRAM alcohol monitoring device: A preliminary test. *Drug Court Review*, 6(2), 109–134.
- Frazer, M.S. (2006). *The impact of the community court model on defendant perceptions of fairness*. New York: Center for Court Innovation. Disponible en http://www.courtinnovation.org/sites/default/files/Procedural_Fairness.pdf
- Gallagher, J.R., Nordberg, A., & Kennard, T. (2015). A qualitative study assessing the effectiveness of the key components of a Drug Court. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 33(1), 64–81.
- Gibbs, B.R., & Wakefield, W. (2014). The efficacy of enhanced alcohol use monitoring: An examination of the effects of EtG/EtS screening on participant performance in Drug Court. *Drug Court Review*, 9(1), 1–22.
- Goldkamp, J.S., White, M.D., & Robinson, J.B. (2002). An honest chance: Perspectives on drug courts. *Federal Sentencing Reporter*, 14(6), 369–372.
- 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.
- Griffith, J.D., Rowan-Szal, G.A., Roark, R.R., & Simpson, D.D. (2000). Contingency management in outpatient methadone maintenance treatment: A meta-analysis. *Drug & Alcohol Dependence*, 58(1), 55–66.
- Harrell, A., Cavanagh, S., & Roman, J. (1998). *Findings from the evaluation of the D.C. Superior Court Drug Intervention Program* (Final report). Washington, DC: The Urban Institute.
- Harrell, A., & Kleiman, M. (2002). Drug testing in criminal justice settings. In C.G. Leukefeld, F.M. Tims & D. Farabee (Eds.), *Treatment of drug offenders: Policies and issues* (pp. 149–171). New York: Springer.

PRUEBAS DE DETECCIÓN DROGAS Y ALCOHOL

- 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.
- Harris, K.M., Griffin, B.A., McCaffrey, D.F., & Morral, A.R. (2008). Inconsistencies in self-reported drug use by adolescents in substance abuse treatment: Implications for outcome and performance measurements. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(3), 347–355.
- Harrison, L. (1997). The validity of self-reported drug use in survey research: An overview and critique of research methods. In L. Harrison & A. Hughes (Eds.), *The validity of self-reported drug use: Improving the accuracy of survey estimates* [Research Monograph No. 167] (pp. 17–36). Rockville, MD; National Institute on Drug Abuse.
- 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>
- Heltsley, R., DePriest, A., Black, D.L., Crouch, D.J., Robert, T., Marshall, L.,...Cone, E.J. (2012). Oral fluid drug testing of chronic pain patients. II. Comparison of paired oral fluid and urine specimens. *Journal of the Annals of Toxicology, 36*(2), 75–80. doi:10.1093/jat/bkr019
- Hindin, R., McCusker, J., Vickers-Lahti, M., Bigelow, C., Garfield, F., & Lewis, B. (1994). Radioimmunoassay of hair for determination of cocaine, heroin and marijuana exposure: Comparison with self-report. *Addiction, 29*(6), 771–789.
- Hunt, D.E., Kling, R., Almozilino, Y., Jalbert, S., Chapman, M.T., & Rhodes, W. (2015). Telling the truth about drug use: How much does it matter? *Journal of Drug Issues, 45*(3), 31–329.
- Jones, A.W., & Karlsson, L. (2005). Relation between blood- and urine-amphetamine concentrations in impaired drivers as influenced by urinary pH and creatinine. *Human Experimental Toxicology, 24*(12), 615–622.
- Katz, O.A., Katz, N.B., Mandel, S., & Lessenger, J.E. (2007). Analysis of drug testing results. In J.E. Lessenger & G.F. Roper (Eds.), *Drug Courts: A new approach to treatment and rehabilitation* (pp. 255–262). New York: Springer.
- 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: Online, 103*(1), e37–e43. doi:10.2105/AJPH.2012.300989
- Kinlock, T.M., Gordon, M.S., Schwartz, R.P., & O'Grady, K.E. (2013). Individual patient and program factors related to prison and community treatment completion in prison-initiated methadone maintenance treatment. *Journal of Offender Rehabilitation, 52*(8), 509–528.
- Kirby, K.C., Lamb, R.J., Iguchi, M.Y., Husband, S.D., & Platt, J.J. (1995). Situations occasioning cocaine use and cocaine abstinence strategies. *Addiction, 90*(9), 1241–1252.
- Kleinpeter, C.B., Brocato, J., & Koob, J.J. (2010). Does drug testing deter drug court participants from using drugs or alcohol? *Journal of Offender Rehabilitation, 49*(6), 434–444.
- Law, B., Mason, P.A., Moffat, A.C., King, L.J., & Marks, V. (1984). Passive inhalation of cannabis smoke. *Journal of Pharmacy & Pharmacology, 36*(9), 578–581.
- Magura, S., & Kang, S. (1997). The validity of self-reported cocaine use in two high-risk populations. In L. Harrison & A. Hughes (Eds.), *The validity of self-reported drug use: Improving the accuracy of survey estimates* [Research Monograph No. 167] (pp. 227–246). Rockville, MD; National Institute on Drug Abuse.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlowe, D.B. (2011). Applying incentives and sanctions. In D.B. Marlowe & W.B. 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. (2012). Behavior modification 101 for drug courts: Making the most of incentives and sanctions. *NDCI Drug Court Practitioner Fact Sheet, 7*(3), 1–11.
- 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.
- Marques, P.H., Jesus, V., Olea, S.A., Vairinhos, V., & Jacinto, C. (2014). The effect of alcohol and drug testing at the workplace on individual's occupational accident risk. *Safety Science, 68*, 108–120. doi:10.1016/j.ssci.2014.03.007

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

- McIntire, R.L., & Lessenger, J.E. (2007). Drug testing scams. In J.E. Lessenger & G.F. Roper (Eds.), *Drug Courts: A new approach to treatment and rehabilitation* (pp. 247–254). New York: Springer.
- McIntire, R.L., Lessenger, J.E., & Roper, G.F. (2007). The drug and alcohol testing process. In J.E. Lessenger & G.F. Roper (Eds.), *Drug Courts: A new approach to treatment and rehabilitation* (pp. 234–246). New York: Springer.
- Meyer, W. (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. *Disponibile en* http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf
- Mikkelsen, A.L., & Ash, K.O. (1988). Adulterants causing false negatives in illicit drug testing. *Clinical Chemistry*, 34(11), 2333–2336.
- Morrall, A.R., McCaffrey, D.F., & Iguchi, M.Y. (2000). Hardcore drug users claim to be occasional users: Drug use frequency underreporting. *Drug & Alcohol Dependence*, 57(3), 193–202.
- National Institute on Drug Abuse. (2006). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations* (NIH Pub. No. 06–5316). Bethesda, MD: Author.
- Niedbala, R.S., Kardos, K.W., Fritch, D.F., Kunsman, K.P., Blum, K.A., Newland, G.A.,...Cone, E.J. (2005). Passive cannabis smoke exposure and oral fluid testing. II. Two studies of extreme cannabis smoke exposure in a motor vehicle. *Journal of Analytical Toxicology*, 29(7), 607–615.
- Nirenberg, T., Longabaugh, R., Baird, J., & Mello, M.J. (2013). Treatment may influence self-report and jeopardize our understanding of outcome. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(5), 770–776.
- Peat, M.A. (1988). Analytical and technical aspects of testing for drug abuse: Confirmatory procedures. *Clinical Chemistry*, 34(3), 471–473.
- Perrone, D., Helgesen, R.D., & Fischer, R.G. (2013). United States drug prohibition and legal highs: How drug testing may lead cannabis users to Spice. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(3), 216–224.
- Peters, R.H., Kremling, J., & Hunt, E. (2015). Accuracy of self-reported drug use among offenders: Findings from the Arrestee Drug Abuse Monitoring-II Program. *Criminal Justice and Behavior*, 42(6), 623–643.
- Robinson, J.J., & Jones, J.W. (2000). *Drug testing in a drug court environment: Common issues to address* (NCJ Pub. No. 181103). Washington, DC: Office of Justice Programs, Drug Court Clearinghouse and Technical Assistance Project at American University.
- 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.
- Sample, R.H.B., Abbott, L.B., Brunelli, B.A., Clouette, R.E., Johnson, T.D., Predescu, R.D., & Rowland, B.J. (2010). *Positive prevalence rates in drug tests for drugs of abuse in oral-fluid and urine*. Paper presented at the Society of Forensic Toxicologists Annual Meeting, Richmond, VA.
- 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), 39–81.
- Schuler, M.S., Griffin, B.A., Ramchand, R., Almirall, D., & McCaffrey, D.F. (2014). Effectiveness of treatment for adolescent substance use: Is biological drug testing sufficient? *Journal of Studies on Alcohol*, 75(2), 358–370.
- Schwilke, E.W., Gullberg, R.G., Darwin, W.D., Chiang, C.N., Cadet, J.L., Gorelick, D.A.,...Huestis, M.A. (2010). Differentiating new cannabis use from residual urinary cannabinoid excretion in chronic, daily cannabis users. *Addiction*, 106(3), 499–506.
- Srebnik, D.S., McDonell, M.G., Ries, R.K., & Andrus, G. (2014). Conflicts among CMHC clinicians over the role of urine drug testing. *Psychiatric Services*, 65(5), 700–701.
- Stitzer, M.L., & Kellogg, S. (2008). Large-scale dissemination efforts in drug abuse treatment clinics. In S.T. Higgins, K. Silverman, & S.H. Heil (Eds.), *Contingency management in substance abuse treatment* (pp. 241–260). New York: Guilford Press.
- Tassiopoulos, K., Bernstein, J., Heeren, T., Levenson, S., Hingson, R., & Bernstein, E. (2004). Hair testing and self-report of cocaine use by heroin users. *Addiction*, 99(4), 590–597.
- Tison, J., Nichols, J.L., Casanova-Powell, T., & Chaudhary, N.K. (2015). *Comparative study and evaluation of SCRAM use, recidivism rates, and characteristics* (Report No. DOT HS 812 143). Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration.
- Tsai, S.C., ElSohly, M.A., Dubrovsky, T., Twarowski, B., Towt, J., & Salamonde, S.J. (1998). Determination of five abused drugs in nitrite-adulterated urine by immunoassay and gas chromatography-mass spectrometry. *Journal of the Annals of Toxicology*, 22(6), 474–480.

PRUEBAS DE DETECCIÓN DROGAS Y ALCOHOL

- 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.
- Tyler, T.R. (2007). Procedural justice and the courts. *Court Review*, 44(1-2), 26.
- Wish, E.D., Artigiani, E., Billing, A., Hauser, A., Hemberg, J., Shiptet, M., & DuPont, R.L. (2012). The emerging buprenorphine epidemic in the United States. *Journal of Addictive Diseases*, 31(1), 3–7.
- Wish, E.D., Hoffman, J.A., & Nemes, S. (1997). The validity of self-reports of drug use at treatment admission and at follow-up: Comparisons with urinalysis and hair assays. In L. Harrison & A. Hughes (Eds.), *The validity of self-reported drug use: Improving the accuracy of survey estimates* [Research Monograph No. 167] (pp. 200–226). Rockville, MD; National Institute on Drug Abuse.
- 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.

VIII. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Un dedicado equipo multidisciplinario de profesionales gestiona las operaciones día a día de los Tribunales de Tratamiento, incluyendo la revisión del progreso de los participantes durante reuniones de personal pre-audiencias y en las audiencias de seguimiento judicial, contribuyendo con observaciones y recomendaciones dentro de las áreas de experiencia de cada miembro del equipo y proporcionando o supervisando la ejecución de servicios legales, de tratamiento y supervisión.

- A. Perfil del Equipo
- B. Reuniones de Equipo Pre-Audiencias
- C. Intercambio de Información
- D. Comunicación y Toma de Decisiones del Equipo
- E. Audiencias de Seguimiento Judicial
- F. Capacitación del Equipo

A. Perfil del Equipo

El equipo de los Tribunales de Tratamiento está formado por representantes de todos los organismos copartícipes involucrados en la creación del programa, incluyendo, pero no limitado a, un juez o un oficial judicial, un coordinador de programa, un fiscal, un representante de la defensa, un representante de tratamiento, un oficial de supervisión comunitaria y un oficial de seguridad pública.

B. Reuniones de Equipo Pre-Audiencias

Los miembros del equipo asisten de manera consistente a las reuniones de personal pre-audiencias para revisar el progreso de los participantes, determinar las acciones adecuadas para mejorar los resultados y prepararse para las audiencias de seguimiento judicial en el tribunal. Las reuniones del personal pre-audiencias son presuntamente cerradas al público o a los participantes a menos que el tribunal tenga una buena razón para que un participante asista a las discusiones relacionadas con su caso.

C. Intercambio de Información

Los miembros del equipo comparten información conforme sea necesario para evaluar el progreso de los participantes en el tratamiento, así como su cumplimiento con las condiciones de los Tribunales de Tratamiento. Los organismos copartícipes ejecutan memorandos de entendimiento (MOU, por sus siglas en inglés) especificando la información que será compartida entre los miembros del equipo. Los participantes proporcionan un consentimiento voluntario e informado que permite a los miembros del equipo compartir elementos de información específicos relacionados con el progreso de un participante en el tratamiento y cumplimiento con los requerimientos del programa. Los abogados de la defensa dejan claro a los participantes y a otros miembros del equipo si

compartirán información recabada en las comunicaciones del participante con el equipo del Tribunal de Tratamiento.

D. Comunicación y Toma de Decisiones del Equipo

Los miembros del equipo aportan percepciones, observaciones y recomendaciones relevantes basadas en su conocimiento, capacitación y experiencia profesional. El juez considera las perspectivas de todos los miembros del equipo antes de tomar decisiones que afecten el bienestar de los participantes o sus intereses de libertad, y explica a los miembros del equipo y a los participantes, el razonamiento detrás de tales decisiones [ver Estándar III, Funciones y Responsabilidades del juez].

E. Audiencias de Seguimiento Judicial

Los miembros del equipo asisten a audiencias de seguimiento judicial de forma consistente. Durante las audiencias de seguimiento judicial los miembros del equipo proporcionan información o recomendaciones cuando el juez lo solicita o cuando sea necesario para mejorar los resultados o para proteger los intereses legales de los participantes.

F. Capacitación del Equipo

Antes de comenzar un Tribunal de Tratamiento, los miembros del equipo asisten a una capacitación formal de pre-implementación para aprender de un equipo docente experto cuáles son las mejores prácticas en los Tribunales de Tratamiento y desarrollar políticas y procedimientos justos y efectivos para el programa. De manera subsecuente, los miembros del equipo asisten a talleres de educación continua al menos una vez por año para obtener conocimientos actualizados sobre las mejores prácticas en temas como tratamiento para el trastorno por uso de sustancias y enfermedades mentales, tratamiento complementario y servicios sociales, modificación del comportamiento, supervisión comunitaria, pruebas de detección de drogas y alcohol, toma de decisiones del equipo y asuntos constitucionales y legales en los Tribunales de Tratamiento. Los operadores de nuevo ingreso reciben una capacitación formal de orientación sobre el modelo de los Tribunales de Tratamiento y sus mejores prácticas lo más pronto posible después de asumir su cargo; posteriormente, asisten a talleres anuales de educación continua.

COMENTARIOS

El equipo de los Tribunales de Tratamiento es un grupo multidisciplinario de profesionales responsables de la gestión de las operaciones cotidianas de un Tribunal de Tratamiento, incluyendo la revisión del progreso del participante durante las reuniones de personal pre-audiencias y las audiencias de seguimiento judicial, aportan observaciones y recomendaciones dentro de las áreas de experiencia de cada miembro del equipo y proporcionan o supervisan la ejecución de servicios legales, de tratamiento y supervisión (Hardin & Fox, 2011). Algunos Tribunales de Tratamiento pueden tener órganos rectores adicionales como Comités Directivos que no están involucrados en las operaciones cotidianas del programa, sino que supervisan políticas y procedimientos, negocian MOU entre agencias asociadas, obtienen apoyo político y comunitario para los Tribunales de Tratamiento o participan en recaudaciones de fondos. Las investigaciones han analizado la influencia del equipo multidisciplinario de los Tribunales de Tratamiento en el resultado de los participantes, pero no han abordado la influencia de otros órganos rectores.

A. Perfil del Equipo

Los estudios revelan que la composición del equipo de los Tribunales de Tratamiento tiene una influencia sustancial en los resultados. Los Tribunales de Tratamiento generan reducciones significativamente mayores en la reincidencia delictiva y son significativamente más rentables cuando los siguientes profesionales son miembros dedicados del equipo de los Tribunales de Tratamiento y participan de manera regular en las reuniones de personal pre-audiencias y audiencias de seguimiento judicial (Carey et al., 2008, 2012; Cissner et al., 2013; Rossman et al., 2011; Shaffer, 2010):

- *Juez*—Por lo regular, un juez de instrucción dirige al equipo de los Tribunales de Tratamiento. Sin embargo, en algunas jurisdicciones un oficial no judicial, como un juez magistrado[†] o un comisionado, pueden presidir el Tribunal. Los oficiales no judiciales pueden reportarle directamente al juez y requerir autorización judicial para aquellas acciones que afecten los intereses de libertad de los participantes, como sanciones de privación de libertad o expulsión del programa. Ningún estudio ha comparado los resultados entre jueces y oficiales no judiciales.
- *Coordinador de Programa*—*Por lo regular*, un administrador del tribunal o un funcionario funge como coordinador del programa del Tribunal de Tratamiento; sin embargo, algunos Tribunales pueden emplear a un oficial de libertad condicional senior, con gestor de caso o a un clínico como coordinador. Entre muchas otras responsabilidades, el coordinador es responsable de mantener documentación y registros precisos y oportunos para el programa, de supervisar las obligaciones fiscales y contractuales, de facilitar la comunicación entre los miembros del equipo y agencias copartícipes, de asegurar el seguimiento de políticas y procedimientos, de supervisar la recopilación de información de resultados, de programar sesiones en el juzgado y reuniones de personal y de orientar a los operadores de nuevo ingreso.
- *Fiscal*—Por lo regular, un fiscal de distrito auxiliar es parte del equipo. Entre sus responsabilidades, el fiscal aboga en defensa de la seguridad pública, de los intereses de la víctima e imputa la responsabilidad del participante para que cumpla con sus obligaciones en el programa. El fiscal también puede ayudar a resolver otros casos legales pendientes que impacte el estatus legal del participante o su idoneidad para el Tribunal de Tratamiento.
- *Abogado de la Defensa*—Por lo regular, un defensor público auxiliar o abogado privado de la defensa especializado en casos de Tribunales de Tratamiento es parte del equipo. Entre sus responsabilidades, el abogado de la defensa asegura que los derechos constitucionales del participante estén protegidos y aboga por sus intereses legales. Los imputados suelen ser representados por un defensor público o abogado privado en los procedimientos que preceden su ingreso a los Tribunales de Tratamiento. Después del ingreso, los participantes pueden conservar a sus abogados previos, proporcionar un consentimiento formal para ser representados por la defensa que colabora en el Tribunal de Tratamiento, o consentimiento para ser representado conjuntamente por un abogado privado y el representante de la defensa. En casos de representación conjunta, la defensa suele manejar los asuntos cotidianos en torno a la participación en los Tribunales de Tratamiento, pero el abogado privado puede intervenir si el participante está en riesgo de una sanción de privación de libertad o su expulsión del programa (Freeman-Wilson et al., 2003; Tobin, 2012).

En los Tribunales de Tratamiento posteriores a la condena, la participación en el programa es una condición de libertad condicional o parte de una condena penal. Por lo regular, los participantes no tienen derecho a una representación de la defensa en una etapa posterior a la condena a menos que estén en riesgo de una condena en prisión o de la revocación de la libertad condicional (Meyer, 2011a). Sin embargo, los Tribunales de Tratamiento post-condena deben incluir a un representante de la defensa en su equipo porque los estudios han demostrado que su participación mejora significativamente los resultados (Carey et al., 2012; Cissner et al., 2013; National Association of Drug Court Professionals

[†] Nota de los traductores: en el contexto del sistema penal estadounidense, el puesto de “juez magistrado” es una especie de juez de rango inferior que trabaja bajo la supervisión de un juez ordinario, en general de la primera instancia. En el sistema judicial federal, los jueces magistrados son seleccionados por los jueces ordinarios de la primera instancia y tienen cierto poder de decisión delegados por ellos en determinados casos civiles y penales. Así, son distintos de magistrados en muchos sistemas legales latinoamericanos, en los cuales son jueces de rango superior.

[NADCP], 2009). La evidencia sugiere que los participantes pueden considerar que los procedimientos del programa son más justos cuando un abogado de la defensa dedicado, representa sus intereses en las reuniones de equipo y audiencias de seguimiento judicial (Frazer, 2006). Una mayor percepción de justicia está asociada con mejores resultados en los Tribunales de Tratamiento y en otros programas de solución de problemas (Berman & Gold, 2012; Burke, 2010; Gottfredson et al., 2007; Rossman et al., 2011).

Algunos Tribunales de Tratamiento requieren que los participantes renuncien a su representación de la defensa como una condición de entrada. Aunque ningún caso ha atendido esta cuestión directamente en el contexto de los Tribunales de Tratamiento, el peso de la autoridad legal sugiere que los acusados y sujetos en libertad condicional tienen derecho a revocar dicha renuncia y restablecer su derecho a una defensa en las etapas críticas del procedimiento, como cuando corren riesgo de recibir una sanción de prisión o la revocación de la libertad condicional (McKaskle v. Wiggins, 1984; Menefield v. Borg, 1989; Robinson v. Ignacio, 2004; State v. Pitts, 2014). Sin importar la legalidad de tales renunciaciones, se debe fomentar la representación de la defensa, no desalentarla, pues esto está asociado con mejores resultados y asegura la protección de los derechos del participante (Hora & Stalcup, 2008; NADCP, 2009).

- *Oficial de Supervisión Comunitaria*—Por lo regular, un oficial de libertad condicional o de servicios preventivos es parte del equipo. Sin embargo, algunos Tribunales de Tratamiento pueden confiar en representantes de instituciones de seguridad pública, o en gestores de caso especialmente capacitados o en profesionales de servicio social para proporcionar la supervisión comunitaria. Las responsabilidades del oficial de supervisión comunitaria pueden incluir el realizar las pruebas de detección de drogas y alcohol, visitas a domicilio o de empleo, aplicación de toques de queda y restricciones de viaje e intervenciones cognitivo-conductuales diseñadas para mejorar las habilidades de solución de problemas del participante y cambiar sus patrones disfuncionales de pensamiento delictivo (Harberts, 2011).
- *Representante de Tratamiento*—Por lo regular, un consejero sobre adicciones, trabajador social, psicólogo o gestor de caso clínico participa en el equipo. En varios Tribunales de Tratamiento, los participantes pueden ser remitidos a varias agencias o proveedores de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias y otros servicios complementarios como atención a la salud mental o rehabilitación vocacional. Dada la complejidad de que varios proveedores asistan a las reuniones de personal pre-audiencias y a las audiencias de seguimiento judicial, varios Tribunales asignan a uno o dos profesionales del tratamiento para que asistan en representación del equipo (Carey et al., 2012). Los representantes del tratamiento reciben información clínica de programas que tratan a los participantes, dan a conocer dicha información al equipo y contribuyen con conocimiento clínico y experiencia durante las discusiones.
- *Oficial de Seguridad Pública*—Por lo general, un agente policial, de carreteras o de prisión es parte del programa. Las fuerzas de seguridad pública suelen ser los ojos y oídos de los Tribunales de Tratamiento en las calles, observando el comportamiento de los participantes e interactuando con ellos en la comunidad. Ellos también ayudan con las visitas a domicilio o de empleo y son un enlace entre los Tribunales de Tratamiento y el departamento de policía, la oficina del alguacil y el sistema de correccionales.

Los Tribunales de Tratamiento pueden incluir a otros representantes comunitarios en su equipo, como mentores de pares, asesores vocacionales o padrinos de la comunidad de auto-recuperación. Los estudios no han analizado el impacto de incluir a estas personas en el equipo de los Tribunales de Tratamiento; sin embargo, los informes anecdóticos sugieren que esta práctica puede mejorar la toma de decisiones y efectividad del equipo (Taylor, 2014). Una condición del financiamiento por subsidios federales y del financiamiento de muchos estados puede ser que los Tribunales de Tratamiento también incluyan a un evaluador en sus equipos al inicio de las etapas de planeación para el programa y continúen durante su implementación. Esta práctica ayuda a asegurar que los Tribunales de Tratamiento recolecten información de desempeño confiable para darla a conocer a las autoridades que otorgan los subsidios; se aconseja de manera general que todos los Tribunales de Tratamiento aseguren un monitoreo y evaluación del programa de alta calidad [ver Estándar X, Monitoreo y Evaluación]. Finalmente, se puede recomendar que los Tribunales de Tratamiento incluyan a un enfermero o médico en su equipo si atienden a un número de participantes sustancial que requiera tratamiento con asistencia médica o que padezcan de trastornos concurrentes de salud mental o médicos.

B. Reuniones de Equipo Pre-Audiencias

El modelo de los Tribunales de Tratamiento requiere que se sostengan reuniones del personal pre-audiencias—comúnmente conocidas como *staffings* o *revisiones de caso*—para revisar el progreso de los participantes, para desarrollar un plan de mejora de resultados y para prepararse para las audiencias de seguimiento judicial en los juzgados (Hardin & Fox, 2011; NADCP, 1997; Roper & Lessenger, 2007). No se discute el estado de todos los participantes en cada reunión; sin embargo, estas reuniones se celebran con la suficiente frecuencia (normalmente una vez por semana o con la misma frecuencia que las audiencias de seguimiento judicial) para asegurar que el equipo tenga la oportunidad de considerar las necesidades de cada caso.

La asistencia consistente de todos los miembros del equipo en estas reuniones está asociada con resultados significativamente mejores (Carey et al., 2012; Cissner et al., 2013; Rossman et al., 2011; Shaffer, 2010). Un estudio multisitio de aproximadamente setenta Tribunales de Tratamiento descubrió que los programas eran 50% más efectivos para reducir la reincidencia cuando todos los miembros del equipo—juez, fiscal, representante de la defensa, coordinador de programa, representante de tratamiento, representante de seguridad pública y oficial de supervisión comunitaria—asisten a las reuniones de manera consistente (Carey et al., 2008, 2012). Los Tribunales de Tratamiento eran casi dos veces más rentables cuando el abogado de la defensa asistía a las reuniones de manera consistente, y tenían una efectividad de más del doble para reducir reincidencias cuando el coordinador del programa, representante de tratamiento y representante de seguridad pública asistían (Carey et al., 2012).

En la mayoría de los Tribunales de Tratamiento, las reuniones son presuntamente a puerta cerrada. Las discusiones no se transcriben ni graban y la reunión no está abierta al público ni a los participantes a menos que el tribunal tenga una buena razón para permitir que un participante asista a las discusiones sobre su caso. Pocas opiniones de apelación han abordado la constitucionalidad o legalidad de las reuniones a puerta cerrada. En una columna reciente, la Suprema Corte del estado de Washington—que tradicionalmente tiene una visión poco favorable sobre los procedimientos extraoficiales—señaló que estas reuniones podrían ser presuntamente cerradas a discreción del Juez del Tribunal de Tratamiento (*State of Washington v. Sykes*, 2014). El Tribunal realizó una homologación entre estas reuniones y las *conferencias de las pre-audiencias* en donde los abogados se reúnen con el juez en sus recintos para aclarar los problemas legales en conflicto, determinar los hechos en disputa y abordar otros asuntos prácticos o colaterales necesarios para lograr una resolución justa y eficiente para el caso, como la programación de testigos o emitir una orden de descubrimiento. En consonancia con este razonamiento, estas reuniones pueden ser cerradas siempre y cuando no se tome ninguna decisión final con respecto a los hechos en disputa o los asuntos legales en el caso, y el juez enuncie en una corte abierta cuáles fueron las decisiones—en caso de haberlas—que se tomaron durante la reunión. Una reunión a puerta cerrada puede no tener como resultado una orden vinculante o una conclusión factual relacionada a una impugnación (Meyer, 2011a). Las impugnaciones deben ser examinadas y resueltas en una audiencia pública durante las audiencias de seguimiento judicial o en audiencias del debido proceso relacionadas, como audiencias de terminación o de violación de la libertad condicional.

Los estudios no han determinado si las audiencias a puerta cerrada generan resultados más favorables que las audiencias públicas. El razonamiento para cerrar estas reuniones se deriva en gran medida de los estudios empíricos y análisis éticos realizados en el contexto de notas de progreso psicoterapéutico y conferencias de casos. Por ejemplo, Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996 concede a los pacientes un amplio acceso a sus registros médicos, con excepción única de las notas de progreso psicoterapéutico (45 C.F.R §§ 164.508(a)(2) & 164.524; U.S. Dept. of Health & Human Services [U.S. DHHS], 2003; *Wooten v. Duane Reade*, 2009). Dichas notas están altamente protegidas del alcance de los pacientes, en parte porque suelen contener información sensible obtenida por fuentes colaterales, como familiares y amigos (U.S. DHHS, 2003). Si los participantes tuvieran acceso a esta información, las fuentes colaterales podrían no ser tan francas al facilitar esta información sensible sobre temas que son fundamentales para la impartición de un tratamiento efectivo, como lo es narrar historias detalladas sobre los patrones de uso de sustancias, actividad delictiva o conductas relacionadas del participante (Stasiewicz et al., 2008). Los estudios también han mostrado que los pacientes pueden tener daños psicológicos si reciben acceso ilimitado a las impresiones de diagnóstico y conclusiones de sus terapeutas (Lajeunesse & Lussier, 2010; Ross & Lin, 2003; Sergeant, 1986; Short, 1986; Westin, 1977). La información clínica sensible debe ser comunicada a

los pacientes de forma cuidadosa, empática y entendible para evitar sufrimiento psicológico, vergüenza, confusión o alguna otra reacción adversa (McFarlane et al., 1980; Miller et al., 1987).

La asistencia de los participantes a las reuniones del personal pre-audiencias también puede inhibir el flujo libre de información entre los miembros del equipo, lo cual es necesario para alcanzar metas productivas. Los representantes de tratamiento, por ejemplo, pueden sentir renuencia para discutir sus preocupaciones sobre el pronóstico de un participante en su presencia. Los oficiales de libertad condicional también pueden mostrar reservas para recomendar sanciones a los participantes en respuesta a alguna infracción. Hay una diferencia entre recibir una sanción por parte del equipo y poder identificar que un miembro del equipo fue quien propuso la sanción originalmente. Las reuniones a puerta cerrada permiten que los miembros del equipo consideren sin reservas procedimientos a seguir alternativos que pueden, o no, ser adoptados por el equipo como conclusión final.

Aunque las reuniones son presuntamente a puerta cerrada, el juez y el equipo pueden concluir tener buenas razones para que un participante esté presente durante las discusiones relacionadas a su caso. Por ejemplo, si el equipo desea discutir asuntos sumamente delicados con un participante en privado, como un historial de abuso sexual en la infancia o un resultado positivo a una prueba de VIH. Los Tribunales de Tratamiento son exhortados a incluir a los participantes en las reuniones cuando haya una indicación clínica o sea necesario proteger a un participante de daños severos que resulten a partir de la revelación pública de información del tratamiento altamente sensible.

C. Intercambio de Información

Los participantes y el personal consideran que la comunicación entre los miembros del equipo es uno de los factores de éxito más importantes en los Tribunales de Tratamiento (Frazer, 2006; Gallagher et al., 2015; Lloyd et al., 2014). Los participantes se quejan con frecuencia de estar obligados a repetir la misma información a distintos profesionales y a cumplir con mandatos excesivos e inconsistentes provenientes de agencias distintas (Goldkamp et al., 2002; Saum et al., 2002; Turner et al., 1999). La comunicación constante entre el personal asegura que los participantes reciban mensajes consistentes, reduce cargas innecesarias en los participantes y previene que estos se queden al margen o eludan la responsabilidad de sus acciones al otorgar información distinta selectivamente a diversos miembros del equipo.

Contrario a algunas ideas erróneas, la HIPAA y otros estatutos de confidencialidad aplicables (como los Registros de Confidencialidad de Abuso de Sustancias del Paciente, 42 C.F.R. Parte 2) *no* prohíben que los profesionales del tratamiento o de la justicia penal compartan información relacionada al tratamiento por uso de sustancias y salud mental (Matz, 2014; Meyer, 2011b). En realidad, estos estatutos controlan cómo y bajo qué circunstancias puede ser divulgada dicha información (U.S. DHHS, 2003). Por lo general se permite que los profesionales del tratamiento compartan información confidencial sobre el tratamiento con los profesionales de la justicia penal en virtud de una renuncia voluntaria, informada y competente de los derechos de privacidad y confidencialidad de un paciente (45 C.F.R. §164.502(a)) o conforme a una orden judicial (45 C.F.R. §164.512(e)).

El alcance de la divulgación debe limitarse a la mínima información necesaria para lograr los objetivos deseados de la comunicación (45 C.F.R. §§164.502(b) & 164.514(d)). En los Tribunales de Tratamiento, los miembros del equipo pueden compartir información de manera ordinaria de conformidad con una renuncia válida al grado necesario para asegurar que los participantes progresen adecuadamente en su tratamiento y estén en cumplimiento con otras condiciones del programa (Meyer, 2011b). Como mínimo, todos los miembros del equipo del Tribunal de Tratamiento requieren los siguientes elementos de información para evaluar el progreso y cumplimiento o incumplimiento de un participante con las condiciones de los Tribunales de Tratamiento:

- Resultados de evaluación con respecto a su idoneidad para los Tribunales, tratamiento y necesidades de supervisión
- Asistencia a las citas programadas
- Resultados de las pruebas de detección de drogas y alcohol, incluyendo los esfuerzos de engaño o resultados inválidos

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

- Logros de los objetivos del plan de tratamiento, como la conclusión de un régimen de consejería requerida
- Evidencia de resolución de síntomas, como reducción de deseos de consumir drogas (*craving*) o síntomas de abstinencia
- Evidencia de mejoras en actitudes relacionadas al tratamiento, como mayor perspectiva o motivación de cambio
- Logro de los requerimientos de fase de los Tribunales de Tratamiento, como obtener y mantener un empleo o ser parte de un programa educativo
- Cumplimiento de las restricciones de monitoreo electrónico, toques de queda, limitaciones de viajes, y restricciones geográficas o de asociación
- Apego a los tratamientos con medicamentos de prescripción médica y de consejería
- Adquisición de prescripciones no autorizadas para medicamentos adictivos o intoxicantes
- Nuevos arrestos o infracciones
- Amenazas o comportamiento disruptivo contra miembros del personal, participantes u otras personas

Para tener validez legal, un documento de consentimiento informado debe especificar los elementos de información que pueden ser divulgados, con quién y durante qué intervalo de tiempo (Meyer, 2011b). Por lo tanto, los elementos de información antes mencionados y cualquier otra información que pueda ser compartida entre los miembros del equipo deben ser enlistados en comunicados de información o exenciones de confidencialidad ejecutados por los participantes de los Tribunales de Tratamiento (Meyer, 2011b). Si el alcance de la divulgación no está enunciado de forma clara, es posible que la exención no sea legalmente válida. Los documentos de consentimiento también deben indicar qué profesionales están autorizados para recibir la información, cuáles son los pasos que deben tomar los participantes para revocar el consentimiento y cuándo vence el consentimiento. El vencimiento del consentimiento puede ser previsto ante un evento específico, como tras el alta del Tribunal de Tratamiento, en lugar de establecer una fecha o plazo específico (Meyer, 2011b). Finalmente, los receptores de la información confidencial deben ser advertidos que sólo se les permite volver a divulgar información a otras partes bajo condiciones cuidadosamente especificadas y aprobadas. Los MOU entre los organismos copartícipes—a los que se hace referencia como contratos de conformidad con HIPAA—deben establecer claramente que la información confidencial no puede ser divulgada nuevamente a partes adicionales fuera de los Tribunales de Tratamiento sin el consentimiento expreso y por escrito del participante, y no puede ser empleada para procesar nuevos cargos contra el participante.

Suponiendo que un participante ejecutó una exención válida de sus derechos de privacidad y confidencialidad, los miembros del equipo del Tribunal de Tratamiento tienen permitido—o se les puede solicitar—compartir la información protegida en el transcurso del desempeño de sus labores profesionales. Los derechos de confidencialidad y privacidad pertenecen al participante, no al personal, y se puede renunciar a ellos de forma libre y voluntaria a cambio de recibir beneficios anticipados, como acceso a tratamiento efectivo o para evitar antecedentes penales o sentencias en prisión (Melton et al., 2007). No cumplir con una exención válida de confidencialidad, podría bajo ciertas circunstancias, ser una violación de las responsabilidades profesionales hacia el participante.

Los miembros del personal también tienen obligaciones éticas ante los miembros del equipo de los Tribunales de Tratamiento. Si un miembro del personal retiene deliberadamente información relevante sobre un participante y no la comunica a los miembros del equipo, esta omisión podría interferir inadvertidamente con los objetivos de tratamiento del participante, poner en riesgo la seguridad pública o mermar el funcionamiento del equipo del Tribunal de Tratamiento. Todas las agencias que participan en la administración de un Tribunal de Tratamiento deben, por lo tanto, ejecutar los MOU especificando qué elementos de información serán compartidos entre los miembros del equipo (Harden & Fox, 2011). Los elementos de información enlistados anteriormente deben ser incluidos en dichos MOU para precisar las obligaciones de cada profesional en el equipo.

Si un miembro del personal cuestiona la validez o legalidad de un consentimiento, debe externar su preocupación con el equipo del Tribunal de Tratamiento y dejar claro que pueden retener información relevante para el progreso hasta que se resuelva el dilema. Esta medida advierte al equipo del Tribunal de Tratamiento que no se está recibiendo información importante y reduce las posibilidades de que se tomen acciones equivocadas con base en información errada o incompleta.

Existe controversia en torno a que los representantes de la defensa deban reportar infracciones por parte de los participantes al equipo de los Tribunales de Tratamiento. En la mayoría de los casos, el equipo se entera de las infracciones a través de fuentes distintas a los abogados defensores, como a través de pruebas de detección de drogas positivas o informes de progreso de los proveedores de tratamiento o los oficiales de libertad condicional. Sin embargo, en algunos casos los participantes pueden revelar ante los representantes de la defensa infracciones que de otra forma pasarían inadvertidas por el programa.

Algunos expertos de la defensa aconsejan que no se den a conocer tales comunicaciones porque se podría estar violando la responsabilidad ética del abogado de defender los intereses legales manifestados por el participante, que deben distinguirse de los *mayores* beneficios del participante (Boldt, 1998; National Association of Criminal Defense Lawyers [NACDL], 2009). Otros expertos de la defensa toman la postura contraria: retener tal información puede afectar la confiabilidad y credibilidad del representante de la defensa con el equipo. Si los miembros del equipo saben o sospechan que el abogado defensor está guardando información importante, pueden descartar las recomendaciones que provengan de ese experto de la defensa por considerarlas unilaterales o poco objetivas, o incluso pueden guardar información ellos mismos (Tobin, 2012). En ausencia de evidencia empírica o precedentes legales que guíen la decisión, los representantes de la defensa deben dejar clara su postura y razonamiento ante los participantes y miembros del equipo desde el inicio del caso (Freeman-Wilson et al., 2003). Los participantes tienen derecho a saber si algunas confidencias compartidas con los representantes de la defensa pueden ser divulgadas a otros miembros del personal, y los miembros del personal tienen derecho a saber si puede haber información que no esté a su alcance para la toma de decisiones.

D. Comunicación y Toma de Decisiones del Equipo

Antes de la llegada de los Tribunales de Tratamiento, los estudios de *grupos de trabajo en las salas de audiencia* manifestaron su preocupación sobre depender de varios equipos multidisciplinarios para gestionar casos penales y civiles. En respuesta a los expedientes abrumadores en la década de los 80, algunas jurisdicciones asignaron equipos de profesionales—normalmente incluyendo a un juez, abogado de la defensa, fiscal, funcionario del tribunal, oficial de libertad condicional y agente judicial—para procesar de manera más eficiente cierto tipo de casos, como casos de posesión de drogas y maltrato infantil. Los estudios de observación revelaron que estos grupos de trabajo tendían a volver sus procedimientos rutinarios para acelerar el procesamiento del caso, con frecuencia a expensas de aplicar prácticas basadas en la evidencia o de adaptar disposiciones a las necesidades y niveles de riesgo de los litigantes (Haynes et al., 2010; Knepper & Barton, 1997; Lipetz, 1980). La agrupación en equipo no necesariamente mejoró los resultados, y en algunos casos incluso debilitó los derechos del debido proceso de los litigantes. Los Tribunales de Tratamiento no deben, en aras de la conveniencia, permitir que los procedimientos o mentalidades de pensamiento en grupo interfieran con su adherencia al debido proceso y a las mejores prácticas.

Los Tribunales de Tratamiento son caracterizados apropiadamente como programas no contenciosos, es decir, los participantes renuncian a algunos, pero no a todos, sus derechos de juicio contencioso como condición de entrada, incluyendo el derecho a un juicio rápido y a rehusarse a proveer información auto-incriminatoria (Hora & Stalcup, 2008; NADCP, 1997). Además, a diferencia de los procedimientos contenciosos tradicionales, el juez de los Tribunales de Tratamiento habla directamente con los participantes, en lugar de hacerlo a través de un asesor jurídico, y tienen un papel activo en la supervisión de casos. Sin embargo, el término no contencioso *no* implica que los miembros del equipo renuncien a sus roles o responsabilidades profesionales (Holland, 2010; Hora & Stalcup, 2008). Los fiscales siguen abogando a favor de la seguridad pública, de los intereses de la víctima y de la rendición de cuentas del participante; el consejo de la defensa sigue abogando a favor de los derechos legales de los participantes; y los proveedores de tratamiento siguen abogando a favor de un tratamiento efectivo y humano (Freeman-Wilson et al., 2003; Holland, 2010; Tobin, 2012). En otras palabras, el término *no contencioso* no significa lo mismo que “*no tomar parte*”. La principal distinción en los Tribunales de Tratamiento es que la defensa ocurre

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

principalmente en las reuniones del personal pre-audiencias o *staffings*, no en las audiencias del juzgado, dejando la mayor parte del tiempo en el juzgado para intervenir con los participantes en lugar de mediar hechos no disputados o asuntos legales (Christie, 2014; Portillo et al., 2013).

La forma en la que los Tribunales de Tratamiento toman decisiones en este clima no contencioso tiene implicaciones constitucionales. El debido proceso y la ética judicial exigen que los jueces de los Tribunales de Tratamiento ejerzan una discreción independiente al resolver controversias fácticas, al ordenar condiciones para el tratamiento y supervisión, y al administrar sanciones e incentivos que afecten los intereses de libertad de los participantes (Hora & Stalcup, 2008; Meyer, 2011c; Meyer & Tauber, 2011). El juez puede no delegar estas decisiones al equipo del Tribunal de Tratamiento o aceptar la regla de la mayoría [ver Estándar III, Funciones y Responsabilidades del Juez]. Sin embargo, el juez debe considerar los argumentos de todas las partes de la controversia (normalmente de la defensa y de la fiscalía) antes de dictar una decisión y debe escuchar evidencia de expertos científicos si el objeto de la controversia va más allá del conocimiento común del lego (Hora & Stalcup, 2008; Meyer, 2011a). La información relacionada a las ciencias de las adicciones y al tratamiento para el trastorno por uso de sustancias suele rebasar el conocimiento común, por lo tanto, esta información debe ser presentada o explicada por un experto calificado (e.g., Federal Rule of Evidence 702, 2015).

En los Tribunales de Tratamiento, el equipo multidisciplinario sirve, en esencia, como un panel de “testigos expertos” que ofrecen sus conocimientos legales y científicos al juez (Bean, 2002; Hora & Stalcup, 2008). Los miembros del equipo tienen la obligación de contribuir con observaciones y percepciones relevantes y de ofrecer recomendaciones apropiadas basadas en su conocimiento profesional, experiencia y capacitación. Un miembro del equipo que permanece silencioso en las reuniones de personal pre-audiencias o habitualmente deja sus decisiones a consenso del grupo está violando sus obligaciones profesionales con los participantes y con la administración de la justicia (Freeman-Wilson et al., 2003; Holland, 2010; NACDL, 2009; Tobin, 2012). El juez puede invalidar las afirmaciones de un miembro del equipo, pero este hecho no absuelve al miembro del equipo de articular y justificar una opinión informada.

Los estudios han identificado las estrategias de comunicación efectiva que pueden mejorar la toma de decisiones del equipo en los Tribunales de Tratamiento. Por ejemplo, las investigaciones han mejorado las habilidades de toma de decisiones de los equipos en varios Tribunales de Tratamiento empleando el Modelo de Mejoras Organizacionales NIATx (Red para Mejorar el Tratamiento de las Adicciones) (Melnick et al., 2014a, 2014b; Wexler et al., 2012). El modelo NIATx busca crear un clima de seguridad psicológica enseñando a los miembros del equipo a articular posturas divergentes de una manera que el resto de los miembros del equipo tomen en cuenta. Algunos ejemplos de técnicas de NIATx son los siguientes (Melnick et al., 2014b):

- *Evitar comunicaciones egocéntricas—Enfocarse en los problemas sustantivos presentes en lugar de intentar tener razón o ganar una discusión.*
- *Evitar comunicaciones negativas—Asegurarse de que todos los miembros del equipo, sin importar su estado o autoridad, tengan iguales oportunidades para expresarse.*
- *Escuchar con atención—Escuchar todos los aspectos de la opinión de un miembro del equipo antes de planear o formular una respuesta.*
- *Reforzar las intervenciones de los otros—Expresar reconocimiento a la opinión de otro miembro del equipo antes de emitir un argumento en contra o cambiar el tema.*
- *Encontrar puntos en común—Reconocer acuerdos entre los miembros del equipo antes de emitir argumentos en contra.*
- *Replantear ideas de manera neutral—Replantear la postura de manera que minimice los tonos contraproducentes, como ira o frustración.*
- *Asegurar la inclusión—Asegurar que todos los miembros del equipo opinen sobre temas de su área de experiencia.*
- *Mostrar entendimiento—Reiterar la postura de los otros para demostrar un entendimiento preciso.*

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

- *Escuchar con empatía*—Ponerse en el lugar del otro para comprender problemas desde su perspectiva.
- *Resumir*—El juez debe de recapitular las distintas posturas, asegurar al equipo que todas las opiniones fueron consideradas y explicar su razonamiento para llegar a cierta conclusión o posponer la discusión en espera de la información pendiente.

Estudios preliminares en más de diez Tribunales de Tratamiento descubrieron que capacitar a los equipos de los Tribunales de Tratamiento sobre el modelo NIATx mejoró sus habilidades de comunicación (Melnick et al., 2014b), aumentó la satisfacción laboral del personal (Melnick et al., 2014a), y mejoró la eficiencia del programa, generando mayores tasas de admisión, tiempos de espera para el tratamiento más breves y se redujeron las tasas de inasistencia a las citas programadas (Wexler et al., 2012).

E. Audiencias de Seguimiento Judicial

Las audiencias de seguimiento judicial son componentes críticos de los Tribunales de Tratamiento (NADCP, 1997). En las audiencias de seguimiento judicial, los participantes interactúan con todos los miembros del equipo en el mismo procedimiento, el juez habla personalmente con cada participante y se administran los incentivos, sanciones y ajustes al tratamiento según el avance o falta de avance del participante en el tratamiento (Roper & Lessenger, 2007). Un cuerpo de investigación sustancial establece de manera convincente que los mejores resultados ocurren cuando las audiencias de seguimiento judicial se llevan a cabo catorcenalmente (cada dos semanas) o con mayor frecuencia al menos durante la primera fase de los Tribunales de Tratamiento (Carey et al., 2012; Cissner et al., 2013; Festinger et al., 2002; Jones, 2013; Marlowe et al., 2006, 2007; Mitchell et al., 2012; Rossman et al., 2011).⁴

Los estudios también revelan que la asistencia consistente por parte de los miembros del equipo en las audiencias de seguimiento judicial está asociada a resultados significativamente mejores. Un estudio de aproximadamente setenta Tribunales de Tratamiento descubrió que los programas eran 35% más rentables y 35% efectivos en la reducción del delito cuando todos los miembros del equipo—el juez, coordinador de programa, representante de la defensa, el fiscal, el oficial de libertad condicional, el representante de tratamiento y el representante de seguridad pública—asistían a las audiencias de seguimiento judicial (Carey et al., 2012). Cuando un representante de tratamiento asistía de manera regular a las audiencias de seguimiento judicial, los Tribunales de Tratamiento eran casi dos veces más efectivas en la reducción del delito y 80% más rentables; y cuando un representante de la seguridad pública asistía a las audiencias de forma regular, los Tribunales de Tratamiento eran 80% más efectivos en la reducción del delito y 60% más rentables (Carey et al., 2008, 2012).

Aunque el juez normalmente controla la mayoría de las interacciones durante las audiencias de seguimiento judicial, los estudios de observación revelan que otros miembros del equipo también tienen un papel importante. Los miembros del equipo pueden informar sobre el progreso de un participante, compartir sus observaciones sobre ellos, completar información faltante para el juez, elogiar y alentar a los participantes, cuestionar declaraciones incorrectas de los participantes o hacer recomendaciones para las consecuencias adecuadas a imponer (Baker, 2013; Christie, 2014; Mackinem & Higgins, 2008; McPherson & Sauder, 2013; Portillo et al., 2013; Roper & Lessenger, 2007). A estas interacciones se les conoce coloquialmente como *juzgado de teatro* y suelen estar planeadas con antelación durante las reuniones del personal pre-audiencias para ilustrar conceptos relevantes para el tratamiento, para prevenir que los participantes fomenten desacuerdos entre los miembros del equipo y para demostrar unidad de propósito para el equipo completo (Satel, 1998; Tauber, 2011). En los grupos de discusión, los participantes calificaron las interacciones entre el personal durante las sesiones del tribunal como informativas y de ayuda para mejorar su desempeño (Goldkamp et al., 2002).

⁴ Este hallazgo supone que los Tribunales de Tratamiento están atendiendo a la población objetivo de clave de participantes de alto riesgo y alta necesidad [ver Estándar I, Población Objetivo].

F. Capacitación del Equipo

Los Tribunales de Tratamiento representan una manera fundamentalmente nueva para tratar a personas imputadas con delitos relacionados con las drogas (Roper & Lessenger, 2007). Se requiere de conocimiento y habilidades especializadas para implementar efectivamente estos programas multifacéticos (Carey et al., 2012; Shaffer, 2010; Van Wormer, 2010). Para tener éxito en sus nuevas tareas, los miembros del equipo deben tener, al menos, el conocimiento oficial de las mejores prácticas en una amplia gama de áreas, incluyendo el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias y enfermedades mentales, tratamiento complementario y servicios sociales, modificaciones del comportamiento, supervisión comunitaria y pruebas de detección de alcohol y drogas. El personal también debe aprender a desempeñar sus responsabilidades en un ambiente multidisciplinario, consistente con el debido proceso constitucional y los mandatos éticos de sus respectivas profesiones. Este conjunto de habilidades y conocimientos no se enseña en la carrera de derecho, en la maestría o en la mayoría de los programas de educación continua (Berman & Feinblatt, 2005; Holland, 2010). Es necesario recibir capacitación y supervisión especializadas para que el equipo logre los objetivos de los Tribunales de Tratamiento y se desempeñen de una manera ética, profesional y efectiva.

Capacitaciones de preimplementación—El equipo se reúne durante varios días para, entre otras cosas, desarrollar una declaración de la misión y objetivos para el programa, aprender del cuerpo docente experto sobre las mejores prácticas en los Tribunales de Tratamiento y desarrollar políticas y procedimientos efectivos para regir sus operaciones cotidianas (Hardin & Fox, 2011). Un estudio multisitio descubrió que los Tribunales de Tratamiento eran casi dos veces y media más rentables y un 50% más efectivos en la reducción de reincidencias cuando los equipos participaban en capacitaciones formales previas a la implementación (Carey et al., 2008, 2012). Los Tribunales de Tratamiento que no recibieron capacitación de preimplementación tuvieron resultados poco distintos a los enfoques de justicia penal tradicional (Carey et al., 2008).

Talleres de educación continua—Se implementan comúnmente como parte de las conferencias de capacitación en Tribunales de Tratamiento a nivel nacional, regional o estatal o en seminarios independientes. Estos talleres ofrecen a los profesionales con experiencia, información actualizada sobre nuevos hallazgos de las investigaciones en torno a las mejores prácticas para los Tribunales de Tratamiento. Los estudios muestran de manera consistente que la asistencia anual por parte del personal está asociada con resultados significativamente mejores. Un estudio multisitio con más de sesenta Tribunales de Tratamiento descubrió que la asistencia anual a dichas conferencias era el mejor indicador de la efectividad del programa (Shaffer, 2006, 2010). Otro estudio a gran escala señaló que la participación regular en los talleres de educación continua era el mayor indicador del apego de un programa al modelo de los Tribunales de Tratamiento (Van Wormer, 2010). Después de tomar en cuenta la educación continua, no había otra variable independiente o progresivamente asociada al apego al modelo. Este hallazgo sugiere que el apego a las mejores prácticas puede ser medido principalmente a través de la participación del personal en los talleres de educación continua. El mismo estudio determinó que la asistencia regular a los talleres también estaba asociada con una mejor colaboración entre los miembros del equipo de los Tribunales de Tratamiento, una mayor satisfacción laboral por parte del personal, una mejor percepción de los beneficios de los Tribunales de Tratamiento, mayor optimismo sobre los efectos del tratamiento para el trastorno por uso de sustancias y una mejor percepción de la coordinación entre el sistema de justicia penal y otros sistemas de servicio social y tratamiento (Van Wormer, 2010).

Tutoriales para los operadores de nuevo ingreso—En cinco años, entre el 30% y el 60% de los Tribunales de Tratamiento atraviesan rotación sustancial en puestos clave (Van Wormer, 2010). Las tasas de rotación más elevadas, normalmente por encima del 50%, se encuentran entre los proveedores de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias y de salud mental (Lutze & Van Wormer, 2007; McLellan et al., 2003; Taxman & Bouffard, 2003; Van Wormer, 2010). La evidencia también muestra que la rotación está significativamente correlacionada con derivaciones negativas en la calidad de los servicios, es decir, los servicios se alejan cada vez más del modelo de Tribunal de Tratamiento a medida que aumenta la rotación (Van Wormer, 2010).

Las investigaciones han determinado que los Tribunales de Tratamiento son más efectivos cuando ofrecen tutoriales de introducción a los operadores de reciente ingreso. Un estudio multisitio de aproximadamente setenta Tribunales de Tratamiento descubrió que los programas tenían una efectividad de más de 50% en la

reducción de las reincidencias cuando proporcionaban de manera rutinaria capacitación de orientación formal al equipo de nuevo ingreso (Carey et al., 2012). Normalmente, los tutoriales ofrecen una orientación “*Reader’s Digest*”[†] sobre los 10 Componentes Clave de los Tribunales de Tratamiento (NADCP, 1997) y una sinopsis de las mejores prácticas asociadas a cada componente. Los tutoriales no pretenden sustituir los talleres formales de educación continua sino ser una medida provisional para prevenir una disrupción aguda en los servicios y una degradación de los resultados. Para mantener resultados efectivos con el tiempo, los operadores de nuevo ingreso debe asistir a talleres de capacitación formal lo antes posible antes de tomar su nuevo puesto. Dada la poderosa influencia de la capacitación de los operadores en los resultados de los Tribunales de Tratamiento (Carey et al., 2012; Shaffer, 2006, 2010; Van Wormer, 2010), tener un compromiso firme con la educación profesional continua es fundamental para mantener el éxito y la integridad de los Tribunales de Tratamiento.

REFERENCIAS

- Baker, K.M. (2013). Decision making in a hybrid organization: A case study of a southwestern drug court treatment program. *Law and Social Inquiry*, 38(1), 27–54.
- Bean, P. (2002). Drug courts, the judge, and the rehabilitative ideal. In J.L. Nolan (Ed.), *Drug courts in theory and in practice* (pp. 235–245). New York: Aldine de Gruyter.
- Berman, G., & Feinblatt, J. (2005). *Good courts: The case for problem-solving justice*. New York: New Press.
- Berman, G., & Gold, E. (2012). Procedural justice from the bench: How judges can improve the effectiveness of criminal courts. *Judges’ Journal*, 51(2), 20–22.
- Boldt, R.C. (1998). Rehabilitative punishment and the Drug Treatment Court movement. *Washington University Law Review*, 76(4), 1205–1306.
- Burke, K.S. (2010). Just what made drug courts successful? *New England Journal on Criminal & Civil Confinement*, 36(1), 39–58.
- 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.
- 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.
- Christie, N.V. (2014, November 24). Understanding the role of cross-sector collaborations on the success of Florida’s drug courts. *Criminal Justice Policy Review: Online*. doi:10.1177/0887403414559044
- Cissner, A., Rempel, M., Franklin, A.W., Roman, J.K., Bieler, S., Cohen, R., & Cadoret, C.R. (2013). *A statewide evaluation of New York’s adult drug courts: Identifying which policies work best*. New York: Center for Court Innovation.
- FederalEvidence.com. (2015). Federal Rule of Evidence 2015. Arlington, VA: Author. *Disponibile en* <http://federalevidence.com/downloads/rules.of.evidence.pdf>
- 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.
- Frazer, 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.
- Freeman-Wilson, K., Sullivan, R., & Weinstein, S.P. (2003). *Critical issues for defense attorneys in drug court* [Monograph Series No. 4]. Alexandria, VA: National Drug Court Institute.
- Gallagher, J.R., Nordberg, A., & Kennard, T. (2015). A qualitative study assessing the effectiveness of the key components of a drug court. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 33(1), 64–81.
- Goldkamp, J.S., White, M.D., & Robinson, J.B. (2002). An honest chance: Perspectives on drug courts. *Federal Sentencing Reporter*, 14(6), 369–372.

[†] Nota de los traductores: *Reader’s Digest* es una revista estadounidense conocida por sus versiones condensadas de ensayos y artículos, publicada en un formato más compacto que una típica revista.

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

- 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.
- Harberts, H. (2011). Community supervision. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 97–111). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. *Disponibile en* http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf
- Hardin, C., & Fox, C. (2011). Getting started. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 19–43). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. *Disponibile en* http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf
- Haynes, S.H., Ruback, B., & Cusick, G.R. (2010). Courtroom workgroups and sentencing: The effects of similarity, proximity, and stability. *Crime & Delinquency*, 56(1), 126–161.
- Holland, P. (2010). Lawyering and learning in problem-solving courts. *Washington University Journal of Law and Policy*, 34(1), 185–238.
- 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. (2013). Early-phase outcomes from a randomized trial of intensive judicial supervision in an Australian drug court. *Criminal Justice & Behavior*, 40(4), 453–468.
- Knepper, P.E., & Barton, S.M. (1997). The effect of courtroom dynamics on child maltreatment proceedings. *Social Service Review*, 71(2), 288–308.
- Lajeunesse, R.C., & Lussier, M.T. (2010). Therapeutic privilege: Between the ethics of lying and the practice of truth. *Journal of Medical Ethics*, 36(6), 353–357.
- Lipetz, M.J. (1980). Routine and deviations: The strength of the courtroom workgroup in a misdemeanor court. *International Journal of the Sociology of Law*, 8(1), 47–60.
- Lloyd, M.H., Johnson, T., & Brook, J. (2014). Illuminating the black box from within: Stakeholder perspectives on family drug court best practices. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 14(4), 378–401.
- 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.
- Mackinam, M.B., & Higgins, P. (2008). *Drug courts: Constructing the moral identity of drug offenders*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- 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., Dugosh, K.L., & Benasutti, K.M. (2006). Matching judicial supervision to clients' risk status in drug court. *Crime & Delinquency*, 52(1), 52–76.
- Matz, A.K. (2014). *A note on HIPAA and 42 CFR Part 2: Dispelling the myths about justice-involved information sharing*. Washington, DC: Council of State Governments & American Probation and Parole Association.
- McFarlane, W.J., Bowman, R.G., & MacInnes, M. (1980). Patient access to hospital records: A pilot project. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25(6), 497.
- McKaskle v. Wiggins, 465 U.S. 168, 104 S. Ct. 944, 79 L.Ed.2d 122 (1984).
- 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.
- McPherson, C.M., & Sauder, M. (2013). Logics in action: Managing institutional complexity in a drug court. *Administrative Science Quarterly*, 58(2), 165–198. doi:10.1177/0001839213486447
- Melnick, G., Wexler, H.K., & Rajan, S. (2014a). Measuring team members' satisfaction in drug courts: An instrument to gauge the component disciplines in drug court. *Drug Court Review*, 9(1), 56–73.
- Melnick, G., Wexler, H.K., & Zehner, M. (2014b). Communication in drug courts: The consensus-building enhancement. *Drug Court Review*, 9(1), 99–116.
- Melton, G.B., Petrila, J., Poythress, N.G., & Slobogin, C. (2007). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Menefield v. Borg, 881 F.2d 696 (9th Cir. 1989).

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

- Meyer, W. (2011a). 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. *Disponibile en* http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf
- Meyer, W. (2011b). Confidentiality. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 181–194). Alexandria, VA: National Drug Court Institute.
- Meyer, W. (2011c). Ethical obligations of judges in drug courts. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 195–212). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. .
- Meyer, W.G., & Tauber, J. (2011). The roles 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.
- Miller, R.D., Morrow, B., Kaye, M., & Maier, G. (1987). Patient access to medical records in a forensic center: A controlled study. *Hospital and Community Psychiatry, 38*(10), 1081–1085.
- 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 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. (2009). Position statement of the Board of Directors on defense counsel in drug courts. Retrieved from <http://www.allrise.org/sites/default/files/nadcp/NADCP%20Board%20Position%20Statement%20-%20Defense%20Counsel%20in%20Drug%20Court%2006-10-09.pdf>
- 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 and Offenders, 8*(1), 1–22.
- Robinson v. Ignacio, 360 F.3d 1044 (9th Cir. 2004).
- Roper, G.F., & Lessenger, J.E. (2007). Drug court organization and operations. In J.E. Lessenger & G.F. Roper (Eds.), *Drug courts: A new approach to treatment and rehabilitation* (pp. 284–300). New York: Springer.
- Ross, S.E., & Lin, C.T. (2003). The effects of promoting patient access to medical records: A review. *Journal of the American Medical Association, 10*(2), 129–138.
- Rossmann, S.B., Rempel, M., Roman, J.K., Zweig, J.M., Lindquist, C.H., Green, M.,...Farole, D.J. (2011). *The multi-site adult drug court evaluation: The impact of drug courts* (Vol.4). Washington, DC: Urban Institute Justice Policy Center. *Disponibile en* <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/237112.pdf>
- 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), 39–81.
- Sergeant, H. (1986). Should psychiatric patients be granted access to their hospital records? *Lancet, 328*(8519), 1322–1325.
- Shaffer, D.K. (2006). Reconsidering Drug Court Effectiveness: A Meta-Analytic Review (Doctoral dissertation, University of Cincinnati). Retrieved from https://etd.ohiolink.edu/ap:10:0::NO:10:P10_ACCESSION_NUM:ucin1152549096
- Shaffer, D.K. (2010). Looking inside the black box of drug courts: A meta-analytic review. *Justice Quarterly, 28*(3), 493–521.
- Short, D. (1986). Some consequences of granting patients access to consultants' records. *Lancet, 327*(8493), 1316–1318.
- Stasiewicz, P.R., Vincent, P.C., Bradizza, C.M., Connors, G.J., Maisto, S.A., & Mercer, N.D. (2008). Factors affecting agreement between severely mentally ill alcohol abusers' and collaterals' reports of alcohol and other substance abuse. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(1), 78–87.
- State v. Pitts, 131 Haw. 537 (2014).
- State of Washington v. Sykes, slip op. no. 87946–0, consolidated with 87947–8 (S. Ct. Wash. en banc, 12/18/2014).
- Tauber, J. (2011). Drug courts: Back to the future. In D.B. Marlowe & W.G. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 7–17). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. *Disponibile en* http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf
- Taxman, F.S., & Bouffard, J.A. (2003). Substance abuse counselors' treatment philosophy and the content of treatment services provided to offenders in drug court programs. *Journal of Substance Abuse Treatment, 25*(2), 75–84.

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

- Taylor, P. (2014). Building recovery-oriented systems of care for drug court participants. *Drug Court Practitioner Fact Sheet*, 9(1), 1–8. Alexandria, VA: National Drug Court Institute.
- Tobin, M. (2012). Participation of defense attorneys in drug courts. *Drug Court Review*, 8(1), 96–130.
- 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.
- U.S. Department of Health & Human Services. (2003). *Summary of the HIPAA privacy rule* [Office for Civil Rights Policy Brief]. Washington, DC: Author.
- Van Wormer, J. (2010). *Understanding operational dynamics of Drug Courts* (Doctoral dissertation, University of Washington). Retrieved from http://research.wsulibs.wsu.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/2376/2810/vanWormer_wsu_0251E_10046.pdf?sequence=1
- Westin, A.F. (1977). Medical records: Should patients have access? *Hastings Center Report*, 7(6), 23–28.
- Wexler, H.K., Zehner, M., & Melnick, G. (2012). Improving Drug Court operations: NIATx organizational improvement model. *Drug Court Review*, 8(1), 80–95.
- Wooten v. Duane Reade, 2009 U.S. Dist. LEXIS 14724 (E.D. N.Y., 2009).

IX. CENSOS Y NÚMERO DE CASOS

Los Tribunales de Tratamiento atienden a tantas personas elegibles como sea posible, manteniendo una fidelidad continua a los estándares de mejores prácticas.

A. Censos de Tribunales de Tratamiento

B. Número de Casos en Supervisión

C. Número de Casos Clínicos

A. Censos de Tribunales de Tratamiento

Los Tribunales de Tratamiento no imponen restricciones arbitrarias en el número de participantes que atienden. El censo de los Tribunales de Tratamiento se basa en las necesidades locales, recursos obtenibles y la capacidad del programa para aplicar las mejores prácticas. Cuando el censo alcanza 125 participantes activos⁵, las operaciones del programa son monitoreadas cuidadosamente para asegurar que se mantengan consistentes con los estándares de mejores prácticas. Si la evidencia sugiere que algunas operaciones se están desviando de las mejores prácticas, el equipo desarrolla un plan de acción correctivo y un cronograma para rectificar las deficiencias y evaluar el éxito de las medidas de recuperación.

B. Número de Casos en Supervisión

El número de casos para los oficiales de libertad condicional y otros profesionales responsables de la supervisión comunitaria de los participantes debe permitir oportunidades suficientes para monitorear el desempeño del participante, para aplicar consecuencias de comportamiento efectivas y para dar a conocer la información pertinente de cumplimiento durante las reuniones de personal pre-audiencias y las audiencias de seguimiento judicial. Cuando el número de casos en supervisión supera 30 participantes activos por oficial de supervisión, las operaciones del programa son monitoreadas cuidadosamente para asegurar que los oficiales de supervisión puedan evaluar el desempeño del participante de forma precisa, compartir observaciones significativas con los miembros del equipo y completar otras tareas de supervisión asignadas. El número de casos en supervisión no supera a 50 participantes activos por oficial de supervisión.

C. Número de Casos Clínicos

El número de casos para los clínicos debe permitir oportunidades suficientes para evaluar las necesidades del participante y proporcionar dosis efectivas de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias y los servicios complementarios indicados. Las operaciones

⁵ Los casos se consideran activos si los participantes reciben servicios de tratamiento o supervisión por parte del Tribunal de Tratamiento. Los Participantes que han huido del programa o continúan en libertad condicional pero ya no reciben servicios del Tribunal de Tratamiento ya no son considerados como activos.

del programa son monitoreadas cuidadosamente para asegurar que se proporcionen los servicios adecuados cuando el número de casos supera los siguientes umbrales:

- 50 participantes activos para los clínicos que proporcionan gestión de casos clínicos⁶
- 40 participantes activos para los clínicos que proporcionan terapia o consejería individual
- 30 participantes activos para los clínicos que proporcionan tanto gestión de casos clínicos como terapia o consejería individual

COMENTARIOS

A. Censos de Tribunales de Tratamiento

Los Tribunales de Tratamiento atienden a menos del 10% de los adultos en el sistema de justicia penal que requieren de sus servicios (Bhati et al., 2008; Huddleston & Marlowe, 2011). Un objetivo importante del campo de los Tribunales de Tratamiento es llevarlos a escala y atender a todas las personas con problemas de consumo de drogas en el sistema de justicia penal que cumplan con los criterios de elegibilidad basados en la evidencia para el programa (Fox & Berman, 2002). El establecimiento de restricciones arbitrarias sobre el tamaño del censo de los Tribunales de Tratamiento reduce innecesariamente el impacto del programa en la salud y seguridad públicas.

Sin embargo, no todos los Tribunales de Tratamiento pueden tener recursos adecuados para incrementar la capacidad al mismo tiempo que mantienen su fidelidad a las mejores prácticas. Los sondeos realizados con jueces y otros profesionales de la justicia penal identifican de manera consistente la falta de personal suficiente y de otros recursos como la barrera principal que evita que los Tribunales de Tratamiento se expandan para atender a más personas (Center for Court Innovation, n.d.; Farole, 2006, 2009; Farole et al., 2005; Huddleston & Marlowe, 2011). La limitación en los recursos puede poner a algunos Tribunales de Tratamiento en la desafiante posición de deber elegir entre diluir sus servicios para tratar a más personas o rechazar a personas que ameritan integrarse al programa.

La evidencia sugiere que la expansión de la capacidad de los Tribunales de Tratamiento sin recursos suficientes puede interferir con el apego a las mejores prácticas. Un estudio multisitio de aproximadamente setenta Tribunales de Tratamiento descubrió una correlación inversa significativa entre el tamaño del censo del Tribunal de Tratamiento y los efectos en la reincidencia delictiva (Carey et al., 2008, 2012a). En promedio, los programas evidenciaron una reducción pronunciada en la efectividad cuando el censo superaba aproximadamente 125 participantes. Los Tribunales de Tratamiento con menos de 125 participantes eran más de cinco veces más efectivos en la reducción de las reincidencias, en comparación con los Tribunales de Tratamiento con más de 125 participantes (Carey et al., 2012a).

Análisis más profundos descubrieron una explicación probable del hallazgo: los Tribunales de Tratamiento con más de 125 participantes eran menos propensos a seguir las mejores prácticas que los que tenían menos

⁶ La gestión de caso clínico incluye evaluar las necesidades del participante, intermediar remisiones a los servicios indicados, coordinar el cuidado entre organismos copartícipes y reportar la información de los progresos al equipo de los Tribunales de Tratamiento (Braude, 2005; Monchick et al., 2006; Rodríguez, 2011). Los gestores de caso clínico también pueden representar las preocupaciones del tratamiento durante las reuniones de personal pre-audiencias y audiencias de seguimiento judicial. Al personal del juzgado o profesionales de la justicia penal se les puede conocer como gestores de caso o gestores de caso en el tribunal en distinción a los gestores de caso clínico. Los gestores de caso en el tribunal pueden examinar a los participantes y remitirlos, cuando sea indicado, a intervenciones más profundas. Estos profesionales no proporcionan gestión de caso clínico porque no están capacitados para brindar consejería clínica, interpretar los resultados de las evaluaciones, coordinar el suministro del tratamiento o medir el progreso del tratamiento.

participantes. De manera específica, cuando el censo superaba 125 participantes, se observaba lo siguiente (Carey et al., 2012b):⁷

- Los jueces dedicaban la mitad del tiempo a interactuar con los participantes en el juzgado.
- Era menos probable que los miembros del equipo asistieran a reuniones de personal pre-audiencias.
- Era menos probable que los representantes de tratamiento y de seguridad pública asistieran a las audiencias de seguimiento judicial.
- Las pruebas de detección de drogas y alcohol ocurrían con menor frecuencia.
- Las agencias de tratamiento eran menos propensas a comunicarse por correo electrónico o algún medio similar con el juzgado para tratar temas de desempeño de los participantes.
- Los participantes eran atendidos por una variedad de agencias de tratamiento con prácticas y expectativas divergentes.
- Los miembros del equipo eran menos propensos a recibir capacitación sobre las mejores prácticas de los Tribunales de Tratamiento.

Estos hallazgos son simplemente correlaciones y no comprueban que los censos más grandes producen resultados deficientes. La mayoría de los Tribunales de Tratamiento en el estudio estaban compuestos por un solo juez y un pequeño equipo de aproximadamente cuatro o cinco profesionales supervisando un solo expediente del tribunal. Los Tribunales de Tratamiento pueden atender a más de 125 participantes con resultados efectivos si los programas cuentan con suficiente personal y recursos para atender una cantidad mayor de personas. De hecho, los estudios han informado resultados positivos para Tribunales de Tratamiento con recursos que atienden a más de 400 participantes (Carey et al., 2012a; Cissner et al., 2013; Marlowe et al., 2008; Shaffer, 2010).

Sin embargo, los resultados mencionados despiertan alertas: si el censo aumenta, los Tribunales de Tratamiento pueden tener una mayor dificultad para proporcionar la cantidad y calidad de servicios requeridos para lograr resultados efectivos. Por lo tanto, cuando el censo del Tribunal de Tratamiento alcanza a 125 participantes activos, este objetivo debe accionar una cuidadosa reevaluación del cumplimiento de las mejores prácticas. Por ejemplo, el personal debe monitorear las operaciones del Tribunal de Tratamiento para asegurar que el juez dedique al menos tres minutos interactuando con cada participante en el tribunal [ver Estándar III, Funciones y Responsabilidades del Juez]; que las pruebas de detección de drogas y alcohol se estén realizando de manera aleatoria al menos dos veces por semana [ver Estándar VII, Pruebas de Detección de Drogas y Alcohol]; que los miembros del equipo estén asistiendo a las reuniones de personal pre-audiencias y audiencias de seguimiento judicial de manera consistente [ver Estándar III y Estándar VIII, Equipo Multidisciplinario]; y que los miembros del equipo estén recibiendo capacitaciones actualizadas sobre las mejores prácticas [Ver Estándar III y Estándar VIII]. Si los resultados de estas reevaluaciones sugieren que algunas operaciones se están desviando de las mejores prácticas, el equipo deberá desarrollar un plan de acción correctivo y un cronograma para rectificar las deficiencias y evaluar el éxito de las medidas correctivas. Por ejemplo, el Tribunal de Tratamiento puede requerir contratar personal adicional para asegurar una proporción razonable de casos asignados, programar audiencias de seguimiento judicial durante más días de la semana, adquirir más pruebas de detección de drogas y alcohol o programar más talleres de educación continua para el personal.

Los estudios no han determinado si los censos que rebasan 125 participantes deberían realizar reevaluaciones adicionales con respecto a su cumplimiento de las mejores prácticas. Hasta que las investigaciones aborden estas dudas, se recomienda que los Tribunales de Tratamiento, por lo menos, reexaminen su apego a las mejores prácticas cuando los censos aumentan en incrementos sucesivos de 125 participantes.

⁷ Todas las comparaciones son estadísticamente significativas en $p < .05$.

B. Número de Casos en Supervisión

En la mayoría de los Tribunales de Tratamiento, los oficiales de libertad condicional o de servicios preventivos son responsables de la supervisión de los participantes en la comunidad. Sin embargo, algunos Tribunales de Tratamiento pueden apoyarse en representantes de instituciones de seguridad pública o particularmente en gestores de casos de tribunal, capacitados para proporcionar la supervisión comunitaria. Las tareas del oficial de supervisión pueden incluir la ejecución de las pruebas de detección de drogas y alcohol, realizar visitas al hogar y al lugar de trabajo, aplicar toques de queda y restricciones geográficas y realizar intervenciones cognitivo-conductuales diseñadas para mejorar las habilidades de solución de problemas de los participantes o para alterar los patrones disfuncionales de pensamiento delictivo (Harberts, 2011).

Ningún estudio ha examinado la influencia del número de casos en supervisión en los Tribunales de Tratamiento. Sin embargo, varios estudios han analizado el número de casos en supervisión en el contexto de la libertad condicional en adultos. Los primeros estudios descubrieron que un número de casos en libertad provisional pequeño estaba asociado paradójicamente con tasas *mayores* de violaciones técnicas y arrestos por delitos nuevos (Gendreau et al., 2000a; Petersilia, 1999; Turner et al., 1992). Este hallazgo contradictorio fue atribuido a una vigilancia superior a las personas en libertad condicional, en combinación con un fracaso en la aplicación de prácticas basadas en la evidencia. Números de casos menores generaron una mayor detección de infracciones, pero la mayoría de las infracciones recibía respuestas punitivas excesivas, como revocación de la libertad condicional, en lugar de un tratamiento basado en la evidencia o incentivos y sanciones intensificados gradualmente (Andrews et al., 1990; Gendreau et al., 2000b; Hollin, 1999).

Estudios recientes han comunicado resultados mejorados cuando un número de casos en libertad condicional se combinaba con asesorías cognitivo-conductuales basadas en la evidencia, entrevistas motivacionales o incentivos y sanciones intensificadas gradualmente (Jalbert & Rhodes, 2012; Jalbert et al., 2010, 2011; Paparozzi & Gendreau, 2005; Pearson & Harper, 1990; Worrall et al., 2004). Los resultados de estos estudios más recientes confirman que la detección de infracciones por sí misma es insuficiente para mejorar los resultados. Para lograr resultados positivos, los oficiales de libertad condicional deben responder a las infracciones y logros proporcionando contingencias de comportamiento efectivas (incentivos y sanciones) y asegurando que las personas en libertad condicional reciban tratamiento y servicios sociales efectivos y adecuados basados en la evidencia (Center for Effective Public Policy, 2014; Paparozzi & Hinzman, 2005; Skeem & Manchak, 2008).

La identificación de número de casos de libertad condicional óptimos ha sido un reto. En 1990, la Asociación Americana de Libertad Condicional (APPA, 1991) emitió lineamientos de número de casos a partir de consensos de expertos. Los lineamientos de 1990 recomendaban número de casos 30:1 para las personas en libertad condicional de alto riesgo con probabilidades sustanciales de violar su libertad condicional o delinquir nuevamente (Tabla 2). En 2006, los lineamientos de la APPA fueron enmendados, en parte, para agregar una nueva categoría de libertad condicional supervisada intensiva (ISP, por sus siglas en inglés). La ISP fue diseñada para las personas en libertad condicional que están tanto en alto riesgo como en alta necesidad, es decir, representan un riesgo sustancial de violar su libertad condicional y también tienen necesidades de tratamiento o servicio social importantes (Petersilia, 1999). Puesto que tanto la ISP como los Tribunales de Tratamiento están pensados para personas de alto riesgo y alta necesidad, las recomendaciones de ISP pueden ser particularmente instructivas para las mejores prácticas de los Tribunales de Tratamiento. Según consensos de expertos, las enmiendas de la APPA de 2006, recomiendan número de casos 20:1 para las personas en libertad condicional de alto riesgo y alta necesidad en ISP, y aumentaron la recomendación de número de casos a 50:1 para personas en libertad condicional de riesgo alto y moderado que no tienen necesidades de tratamiento o servicio social importantes (Byrne, 2012; DeMichele, 2007).

CENSOS Y NÚMERO DE CASOS

TABLA 2 Nivel de riesgo y necesidad del individuo en libertad condicional	NÚMERO DE CASOS RECOMENDADOS POR APPA*	
	Lineamientos 1990	Lineamientos 2006
ISP:† alto riesgo y alta necesidad	NR§	20:1
Riesgo Alto	30:1	50:1
Riesgo Moderado	60:1	50:1
Riesgo Bajo	120:1	200:1

*Asociación Americana de Libertad Condicional

Fuentes: APPA (1991); Byrne (2012); DeMichele (2007)

†Libertad condicional supervisada intensiva

§Sin reportar

Estudios recientes han analizado los efectos de apearse a los lineamientos APPA de 2006. Un experimento aleatorio comparó los servicios recibidos con los logros cuando los oficiales de libertad condicional habían reducido el número de casos de aproximadamente 50:1 para las personas en libertad condicional de riesgo alto y moderado en comparación con el número de casos típicos para libertad condicional de aproximadamente 100:1 (Jalbert & Rhodes, 2012). Los resultados confirmaron que las personas en libertad condicional con número de casos 50:1 recibían significativamente más sesiones en la oficina de libertad condicional, visitas de campo, contacto por parte de empleadores, revisiones telefónicas y tratamiento para el trastorno por uso de sustancias y enfermedades mentales (Jalbert & Rhodes, 2012). Como consecuencia de haber recibido más servicios, también tuvieron resultados significativamente mejores en su libertad condicional, incluyendo menos resultados positivos a pruebas de detección de drogas y otras violaciones técnicas (Jalbert & Rhodes, 2012). Los oficiales de libertad condicional con número de casos sustancialmente superiores a 50:1 atravesaban dificultades considerables para lograr sus misiones centrales de monitorear de cerca a las personas en libertad condicional y de reducir las violaciones técnicas.

Otro estudio cuasi-experimental examinó los efectos de reducir el número de casos de 50:1 a 30:1 para las personas en libertad condicional de alto riesgo y alta necesidad en ISP (Jalbert et al., 2010). Un número de casos de 30:1 es superior a los lineamientos recomendados por la APPA de 20:1 para ISP, pero es considerablemente inferior al número de casos de libertad condicional típicos de 100:1 (Bonta et al., 2008; Papparozzi & Hinzman, 2005) y al número de casos recomendados de 50:1 para la mayoría de las personas en libertad condicional de alto riesgo (Byrne, 2012). Los resultados confirmaron que las personas en libertad condicional en número de casos 30:1 tenían contacto más frecuente y extenso con sus oficiales de libertad provisional y recibían más servicios especializados diseñados para reducir su riesgo a la seguridad pública, incluyendo terapia de comportamiento, asesoría de violencia doméstica, intervenciones de abuso de pareja y tratamiento para agresores sexuales (Jalbert et al., 2010). Lo más sorprendente es que las personas en libertad condicional con número de casos 30:1 tenían tasas de reincidencia significativamente menores con una duración de, al menos, dos años y medio, incluyendo menos arrestos por delitos de droga, contra propiedad o de violencia (Jalbert et al., 2010).

En conjunto, el peso de la evidencia científica (Jalbert & Rhodes, 2012; Jalbert et al., 2011) y el consenso experto (APPA, 1991; Byrne, 2012; DeMichele, 2007) sugiere que es poco probable que los oficiales de supervisión gestionen casos de alto riesgo de manera efectiva y reduzcan las violaciones técnicas cuando su número de casos supera 50:1. Es poco probable que los oficiales de supervisión en los Tribunales de Tratamiento logren sus funciones centrales o monitoreen a los participantes de manera precisa, aplicando consecuencias conductuales efectivas, y que compartan información de cumplimiento importante con los miembros del equipo de los Tribunales de Tratamiento si su número de casos supera este umbral crítico.

Las investigaciones en programas ISP sugieren que es más probable lograr las reducciones a largo plazo en la reincidencia penal entre participantes de alto riesgo y alta necesidad cuando el número de casos permanece en o por debajo de 30:1 (Jalbert et al., 2010). Está abierto a discusión si el número de casos 30:1 son un requerimiento similar para los Tribunales de Tratamiento. Los Tribunales de Tratamiento incluyen varios componentes que no contempla el ISP, que pueden potenciar la influencia de los oficiales de supervisión. Por ejemplo, los participantes en los Tribunales de Tratamiento son supervisados y tratados por un equipo

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

multidisciplinario de profesionales y asisten a audiencias de seguimiento judicial en un tribunal de manera frecuente. Un número de casos mayor puede ser manejable para los oficiales de supervisión en vista de estos elementos de servicio adicionales. Hasta que las investigaciones aclaren el punto, se recomienda que los Tribunales de Tratamiento monitoreen sus operaciones de manera cuidadosa cuando el número de casos por oficial de supervisión supere 30:1; el número de casos nunca debe superar una proporción de 50:1. Se necesita tener la certeza de que los oficiales de supervisión puedan monitorear el desempeño de los participantes de manera efectiva, contribuir con observaciones fundamentales y con información durante las reuniones de personal pre-audiencias y audiencias de seguimiento judicial, efectuar visitas de campo y proporcionar intervenciones cognitivo-conductuales de pensamiento delictivo.

Tomemos en cuenta que estos lineamientos para número de casos suponen que el oficial de supervisión está asignado, principalmente, al Tribunal de Tratamiento, y no tiene una carga sustancial por parte de otras obligaciones profesionales. Se puede requerir un número de casos menor si los oficiales de supervisión también gestionan números de casos fuera de los Tribunales de Tratamiento o si tienen labores administrativas suplementarias además de la supervisión de los participantes de los Tribunales de Tratamiento.

C. Número de Casos Clínicos

En los Tribunales de Tratamiento, los consejeros sobre adicciones, trabajadores sociales, psicólogos o gestores de caso clínico suelen ser responsables de evaluar las necesidades del participante, de proporcionar o supervisar la ejecución de servicios de tratamiento, de trazar los progresos en el tratamiento y de proporcionar información sobre el progreso al equipo de los Tribunales de Tratamiento (Lutze & Van Wormer, 2007; Shaffer, 2010; Van Wormer, 2010). Los resultados son significativamente mejores en los Tribunales de Tratamiento cuando los participantes se reúnen de manera individual con uno de estos clínicos de manera semanal durante, al menos, la primera fase del programa [ver Estándar V, Tratamiento para el Trastorno por Uso de Sustancias y Estándar VI, Tratamiento Complementario y Servicios Sociales].

Estudios nacionales sobre el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias individual ambulatorio han descubierto consistentemente que el tamaño del número de casos clínicos está inversamente correlacionado con los resultados del paciente y el desempeño del trabajo del clínico (Hser et al., 2001; McCaughrin & Price, 1992; Stewart et al., 2004; Vocisano et al., 2004; Woodward et al., 2006). A medida que aumenta el número de casos, los pacientes reciben menos servicios, son más propensos a usar sustancias ilícitas, los clínicos son más propensos a comportarse de manera punitiva contra los pacientes y a reportar un agotamiento e insatisfacción laboral significativos (King et al., 2004; Stewart et al., 2004). No hay estudios comparables que analicen el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias residencial y para clínicos grupales que proporcionan servicios a varios participantes de manera simultánea.

La determinación del número de casos apropiados para los clínicos en los Tribunales de Tratamiento depende en gran medida de su rol y del alcance de sus responsabilidades.

- Funciones del gestor de caso clínico—Algunos clínicos en los Tribunales de Tratamiento funcionan principalmente como gestores de caso clínico, evaluando las necesidades de los participantes, intermediando la remisión a otros servicios y reportando la información sobre los progresos al equipo de los Tribunales de Tratamiento (Monchick et al., 2006). También pueden representar preocupaciones del tratamiento durante las reuniones de personal pre-audiencias y audiencias de seguimiento judicial.
- Función del proveedor de tratamiento—Algunos clínicos funcionan principalmente como proveedores de tratamiento, administrando terapias o consejería individual y quizás facilitando o co-facilitando intervenciones grupales (Cissner et al., 2013; Zweig et al., 2012). También pueden suministrar o dirigir a los participantes a los servicios complementarios indicados, como tratamiento para la salud mental o consejería vocacional.
- Funciones combinadas de gestores de caso clínico y proveedores de tratamiento—Algunos clínicos funcionan tanto como gestores de caso clínico como proveedores de tratamiento. Además de proporcionar terapia individual o consejería, son responsables de evaluar las necesidades de los participantes, remitiéndolos a servicios complementarios, coordinando la atención entre varios proveedores de servicios, reportando los progresos al equipo del Tribunal de Tratamiento y representando las

CENSOS Y NÚMERO DE CASOS

preocupaciones de tratamiento durante las reuniones de personal pre-audiencias y audiencias de seguimiento judicial (Braude, 2005; Monchick et al., 2006).

Organizaciones de practicantes a nivel nacional han publicado lineamientos amplios sobre número de casos basados, en parte, en estos roles y responsabilidades profesionales (Case Management Society of America & National Association of Social Workers, 2008; North Carolina Administrative Office of the Courts, 2010; Rodriguez, 2011). Estos lineamientos no han sido validados de forma empírica en términos de sus efectos y resultados, sino que derivan de consensos expertos sobre número de casos elevado que pueden ser demasiado altos para proporcionar servicios adecuados o que contribuyen a la fatiga e insatisfacción laboral por parte del personal. Los lineamientos se concentran exclusivamente en asesorías individuales y gestión de casos clínicos. No se han publicado lineamientos comparables para consejeros grupales. La Tabla 3 resume las conclusiones del consenso.

TABLA 3		LINEAMIENTOS DE NÚMERO DE CASOS DERIVADOS DE CONSENSOS DE EXPERTOS	
Principales funciones y responsabilidades	Número de casos	Referencia	
Gestión de caso clínico	50:1 to 75:1	Rodríguez (2011)	
Terapia o consejería individual	40:1 to 50:1	CMSA* & NASW† (2008) Hromco et al. (2003)	
Combinación de gestión de caso clínico y terapia y consejería individual	30:1	CMSA & NASW (2008) NCAOC§ (2010)	

*Sociedad Estadounidense de Gestión de Casos

†Asociación Nacional de Trabajadores Sociales

§Oficina Administrativa de Juzgados de Carolina del Norte

Para reiterar, estos lineamientos derivan de consensos expertos y no han sido validados conforme a sus resultados. Además, los roles y responsabilidades profesionales no suelen estar delineados con tal claridad en las operaciones cotidianas de los Tribunales de Tratamiento. Los clínicos en los Tribunales de Tratamiento pueden ofrecer gestión de caso clínico a algunos participantes y terapia o consejería a otros, puede haber una mezcla de responsabilidades de tratamiento individual y grupal y puede haber otras responsabilidades no clínicas, como la ejecución de pruebas de detección de drogas y alcohol, que reduce el tiempo disponible para las evaluaciones clínicas, tratamiento o gestión de casos. Las expectativas del número de casos deben ajustarse de acuerdo con las responsabilidades laborales reales.

Sin embargo, estos lineamientos deben servir como umbrales amplios para alertar a los Tribunales de Tratamiento sobre la posibilidad de que haya una sobrecarga en los clínicos y sobre la necesidad de auditar sus operaciones para asegurar el suministro de los servicios adecuados. Puesto que los Tribunales de Tratamiento atienden a personas de alto riesgo y necesidad, se recomienda que los programas reevalúen su apego a las mejores prácticas cuando el número de casos clínicos alcanza las proporciones más bajas reportadas en la Tabla 3. Por ejemplo, cuando el número de casos clínicos supera 50:1, el número de casos de consejería individual supera 40:1, o el número de casos combinados supera 30:1, el personal debe monitorear las operaciones de los Tribunales de Tratamiento para asegurar que los participantes estén siendo evaluados apropiadamente en cuanto a riesgo y necesidad [ver Estándar I, Población Objetivo], que estén reuniéndose de manera individual con un clínico de forma semanal al menos durante la primera fase del tratamiento [ver Estándar V, Tratamiento para el Trastorno por Uso de Sustancias y Estándar VI, Tratamiento Complementario y Servicios Sociales], que estén recibiendo, al menos, 200 horas de tratamiento cognitivo-conductual [ver Estándar V] y que los clínicos estén proporcionando información confiable y oportuna sobre el progreso al equipo del Tribunal de Tratamiento [ver Estándar VIII, Equipo Multidisciplinario]. Es poco probable que los Tribunales de Tratamiento logren los objetivos de rehabilitar a los participantes y reducir las tasas delictivas si los clínicos abarcan demasiado para poder evaluar y satisfacer las necesidades de servicio de los participantes.

REFERENCIAS

- American Probation and Parole Association. (1991). Caseload standards: APPA issues committee report. *APPA Perspectives*, (Summer), 34–36. *Disponible en* https://www.appa-net.org/eweb/docs/APPA/stances/ip_CS.pdf
- 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.
- Bhati, A.S., Roman, J.K., & Chalfin, A. (2008). *To treat or not to treat: Evidence on the prospects of expanding treatment to drug-involved offenders*. Washington, DC: The Urban Institute.
- Bonta, J., Rugge, T., Scott, T., Bourgon, G., & Yessine, A.K. (2008). Exploring the black box of community supervision. *Journal of Offender Rehabilitation*, 47(3), 248–270.
- Braude, L. (2005). The Cook County Mental Health Court: Development, implementation, and initial implications. *Offender Substance Abuse Report*, 5(5), 67–76.
- Byrne, J.M. (2012). New directions in community supervision: Should we target high risk offenders, high risk times, and high risk locations? *European Journal of Probation*, 4(2), 77–101.
- 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. (2012a). What works? The ten key components of drug court: Research-based best practices. *Drug Court Review*, 8(1), 6–42.
- Carey, S.M., Mackin, J.R., & Finigan, M.W. (2012b, May/June). *Top 10 drug court best practices and more! What works? Findings from the latest research*. Symposium conducted at the National Association of Drug Court Professionals 18th Annual Training Conference, Nashville, TN.
- Case Management Society of America, & National Association of Social Workers. (2008). *Case management caseload concept paper: Proceedings of the Caseload Work Group*. Little Rock, AR: Author. *Disponible en* <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/CaseloadCalc.pdf>
- Center for Court Innovation. (n.d.). Researchers, practitioners and the future of drug courts. *Retrieved from* <http://www.courtinnovation.org/research/researchers-practitioners-and-future-drug-courts>
- Center for Effective Public Policy. (2014). *Dosage probation: Rethinking the structure of probation sentences*. Silver Spring, MD: Author.
- Cissner, A., Rempel, M., Franklin, A.W., Roman, J.K., Bieler, S., Cohen, R., & Cadoret, C.R. (2013). *A statewide evaluation of New York's adult drug courts: Identifying which policies work best*. New York: Center for Court Innovation.
- DeMichele, M.T. (2007). *Probation and parole's growing caseloads and workload allocation: Strategies for managerial decision making*. Lexington, KY: American Probation & Parole Association. *Disponible en* <http://www.appa-net.org/eweb/docs/appa/pubs/SMDM.pdf>
- Farole, D.J. (2006). *The challenges of going to scale: Lessons from other disciplines for problem-solving courts*. New York, NY: Center for Court Innovation.
- Farole, D.J. (2009). Problem solving and the American bench: A national survey of trial court judges. *Justice System Journal*, 30(1), 50–69.
- Farole, D.J., Puffett, N., Rempel, M., & Byrne, F. (2005). Applying problem-solving principles in mainstream courts: Lessons for state courts. *Justice System Journal*, 26(1), 57–75.
- Fox, A., & Berman, G. (2002). Going to scale: A conversation about the future of drug courts. *Court Review*, 39(3), 4–13.
- Gendreau, P., Goggin, C., Cullen, F.T., & Andrews, D.A. (2000a). The effects of community sanctions and incarceration on recidivism. *Forum on Corrections Research*, 12(2), 10–13.
- Gendreau, P., Goggin, C., & Smith, P. (2000b). Intensive supervision in probation and parole. In C. Hollin (Ed.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 195–204). Chichester, UK: Wiley.
- Harberts, H. (2011). Community supervision. In D.B. Marlowe & W.B. Meyer (Eds.), *The drug court judicial benchbook* (pp. 97–111). Alexandria, VA: National Drug Court Institute. *Disponible en* http://www.ndci.org/sites/default/files/nadcp/14146_NDCI_Benchbook_v6.pdf

CENSOS Y NÚMERO DE CASOS

- Hollin, C.R. (1999). Treatment programs for offenders: Meta-analysis, “what works,” and beyond. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(3–4), 361–372.
- Hromco, J., Moore, M., & Nikkel, R. (2003). How managed care has affected mental health case management activities, caseloads, and tenure. *Community Mental Health Journal*, 39(6), 501–509.
- Hser, Y., Joshi, V., Maglione, M., Chou, C., & Anglin, M.D. (2001). Effects of program and patient characteristics on retention of drug treatment patients. *Evaluation and Program Planning*, 24(4), 331–341.
- 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.
- Jalbert, S.K., & Rhodes, W. (2012). Reduced caseloads improve probation outcomes. *Journal of Crime and Justice*, 35(2), 221–238.
- Jalbert, S.K., Rhodes, W., Flygare, C., & Kane, M. (2010). Testing probation outcomes in an evidence-based practice setting: Reduced caseload size and intensive supervision effectiveness. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49(4), 233–253.
- Jalbert, S.K., Rhodes, W., Kane, M., Clawson, E., Bogue, B., Flygare, C., Kling, R., & Guevera, M. (2011). *A multi-site evaluation of reduced probation caseload size in an evidence-based practice setting: Final report*. Cambridge, MA: Abt Associates.
- King, R., Meadows, G., & LeBas, J. (2004). Compiling a caseload index for mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(6), 455–462.
- 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.
- Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Dugosh, K.L., Arabia, P.L., & Kirby, K.C. (2008). An effectiveness trial of contingency management in a felony pre-adjudication drug court. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41(4), 565–577.
- McCaughrin, W.C., & Price, R.H. (1992). Effective outpatient drug treatment organizations: Program features and selection effects. *International Journal of Addictions*, 27(11), 1335–1358.
- Monchick, R., Scheyett, A., & Pfeiffer, J. (2006). *Drug court case management: Role, function, and utility* [Monograph Series No. 7]. Alexandria, VA: National Drug Court Institute.
- North Carolina Administrative Office of the Courts. (2010). *Best practices for North Carolina drug treatment courts*. Raleigh, NC: Author. Disponible en <http://www.nccourts.org/Citizens/CPrograms/DTC/documents/dtcbestpractices.pdf>
- Paparozi, M.A., & Gendreau, P. (2005). An intensive supervision program that worked: Service delivery, professional orientation, and organizational supportiveness. *Prison Journal*, 85(4), 445–466.
- Paparozi, M.A., & Hinzman, G. (2005). Caseload size in probation and parole. *APPA Perspectives*, (Spring), 23–25. Disponible en <http://www.mariopaparozi.com/uploads/CaseloadSize.pdf>
- Pearson, F.S., & Harper, A. (1990). Contingent intermediate sanctions: New Jersey’s intensive supervision program. *Crime and Delinquency*, 36(1), 75–86.
- Petersilia, J. (1999). A decade of experimenting with intermediate sanctions: What have we learned? *Justice Research and Policy*, 1(1), 9–23.
- Rodriguez, P.F. (2011). Case management for substance abusing offenders. In C. Leukefeld, T.P. Gullotta, & J. Gregrich (Eds.), *Handbook of evidence-based substance abuse treatment in criminal justice settings* (pp. 173–181). New York: Springer.
- Shaffer, D.K. (2010). Looking inside the black box of drug courts: A meta-analytic review. *Justice Quarterly*, 28(3), 493–521.
- Skeem, J.L., & Manchak, S. (2008). Back to the future: From Klockars’ model of effective supervision to evidence-based practice in probation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 47(3), 220–247.
- Stewart, D., Gossop, M., & Marsden, J. (2004). Increased caseloads in methadone treatment programs: Implications for the delivery of services and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(4), 301–306.
- Turner, S., Petersilia, J., & Deschenes, E.P. (1992). Evaluating intensive supervision probation/parole (ISP) for drug offenders. *Crime and Delinquency*, 38(4), 239–256.
- Van Wormer, J. (2010). *Understanding operational dynamics of drug courts* (Doctoral dissertation, University of Washington). Retrieved from http://research.wsulibs.wsu.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/2376/2810/vanWormer_wsu_0251E_10046.pdf?sequence=1
- Vocisano, C., Klein, D.N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J.A., Vivian, D., . . . & Riso, L.P. (2004). Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 255–265.
- Woodward, A., Das, A., Raskin, I.E., & Morgan-Lopez, A.A. (2006). An exploratory analysis of treatment completion and client and organizational factors using hierarchical linear modeling. *Evaluation and Program Planning*, 29(4), 335–351.

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

- Worrall, J.L., Schram, P., Hays, E., & Newman, M. (2004). An analysis of the relationship between probation caseloads and property crime rates in California counties. *Journal of Criminal Justice*, 32(4), 231–241.
- 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.

X. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Los Tribunales de Tratamiento monitorean de manera rutinaria su apego a los estándares de mejores prácticas y emplean procedimientos científicamente válidos y confiables para evaluar su efectividad.⁸

- A. Apego a Mejores Prácticas
- B. Resultados Dentro del Programa
- C. Reincidencia Delictiva
- D. Evaluaciones Independientes
- E. Grupos Históricamente Discriminados
- F. Base de Datos Electrónica
- G. Captura Oportuna y Confiable de Datos
- H. Estudio de Todos los Participantes
- I. Grupos de Comparación
- J. Periodo de Riesgo

A. Apego a Mejores Prácticas

Los Tribunales de Tratamiento monitorean su apego a los estándares de mejores prácticas al menos una vez por año, desarrollan un plan de acción correctivo y un cronograma para rectificar las deficiencias y examinar el éxito de las medidas correctivas. Las evaluaciones de resultados describen la efectividad de los Tribunales de Tratamiento en el contexto de su apego a las mejores prácticas.

B. Resultados Dentro del Programa

Los Tribunales de Tratamiento monitorean continuamente los resultados de los participantes durante su participación en el programa, incluyendo la asistencia a las citas programadas, resultados de pruebas para identificar presencia de drogas y alcohol, índice de graduación, duración de la estancia y violaciones⁹ técnicas dentro del programa y arrestos nuevos.

⁸ En este caso, el monitoreo hace referencia a las descripciones periódicas de los servicios proporcionados y de los resultados logrados en un Tribunal de Tratamiento sin inferir una relación causal entre servicios y resultados. Una evaluación incluye una condición de comparación y otros procedimientos científicos diseñados para atribuir los resultados a los efectos del Tribunal de Tratamiento. La mayoría de los Tribunales de Tratamiento son capaces de monitorear sus servicios y resultados pero pueden requerir de consultas expertas para evaluar los efectos causales de su programa.

⁹ Una *violación técnica* se refiere a la violación de una orden judicial que no constituye por sí misma un delito. Por ejemplo, beber alcohol es legal para la mayoría de los adultos pero suele ser una violación técnica en un Tribunal de Tratamiento.

C. Reincidencia Delictiva

Cuando la información está disponible, los nuevos arrestos, condenas y encarcelamientos son monitoreados durante, al menos, los tres años posteriores al ingreso de cada participante en los Tribunales de Tratamiento. Los delitos son categorizados según su nivel (delito mayor, delito menor o delito sumario) y naturaleza (persona, propiedad, drogas o tránsito).

D. Evaluaciones Independientes

Un evaluador calificado e independiente examina el apego del Tribunal de Tratamiento a las mejores prácticas y resultados del participante con una frecuencia no mayor a cinco años. El Tribunal de Tratamiento desarrolla un plan de acción correctivo y un cronograma para implementar las recomendaciones del evaluador para mejorar el apego del programa a las mejores prácticas.

E. Grupos Históricamente Discriminados

Los Tribunales de Tratamiento monitorean de manera continua las tasas de admisión, los servicios proporcionados y los resultados que lograron los miembros que históricamente han padecido discriminación y que están representados en la población de los Tribunales de Tratamiento. El Tribunal de Tratamiento desarrolla un plan de acción correctivo y un cronograma para corregir las disparidades y analiza el éxito de las acciones correctivas [ver también Estándar II, Equidad e Inclusión].

F. Base de Datos Electrónica

La información relacionada con los servicios proporcionados y con el desempeño de los participantes dentro del programa es capturada en una base de datos electrónica. Los compendios estadísticos de la base de datos ofrecen información al personal en tiempo real sobre el apego del Tribunal de Tratamiento a las mejores prácticas y resultados dentro del programa.

G. Captura Oportuna y Confiable de Datos

Los miembros del personal deben registrar la información que concierne a la provisión de servicios y los resultados dentro del programa antes de las 48 horas posteriores a los eventos correspondientes. Se requiere la captura oportuna y confiable de datos por parte de todos los miembros del personal y es una base para la evaluación de su desempeño laboral.

H. Estudio de Todos los Participantes

Se analizan los resultados de todos los participantes elegibles que ingresaron al Tribunal de Tratamiento sin importar si se graduaron, retiraron o fueron rescindidos del programa.

I. Grupos de Comparación

Los resultados de los participantes de los Tribunales de Tratamiento son comparados con los de un grupo de comparación equivalente y sin sesgos. Las personas en el grupo de comparación cumplen con los criterios de elegibilidad legal y clínica para su participación en los Tribunales de Tratamiento, pero no ingresaron a éstos por razones que son ajenas a

sus resultados. Los grupos de comparación no incluyen a personas que se negaron a ingresar a un Tribunal de Tratamiento, que abandonaron o fueron rescindidos del Tribunal de Tratamiento o se les negó el ingreso debido a sus cargos judiciales, historial delictivo o resultados de la evaluación clínica.

J. Periodo de Riesgo

Los participantes en los Tribunales de Tratamiento y grupos de comparación tienen una oportunidad equivalente de adoptar conductas de interés para la evaluación, como uso de sustancias y reincidencia delictiva. Los resultados para ambos grupos son analizados durante un periodo equivalente, partiendo de una fecha de inicio comparable. Si los participantes en alguno de los grupos fueron encarcelados o detenidos en un centro residencial por un periodo significativamente más prolongado que los participantes en el otro grupo, la duración de las detenciones o encarcelamientos de los participantes es valorada de manera estadística en la comparación de resultados.

COMENTARIOS

A. Apego a Mejores Prácticas

Por lo general, el apego a las mejores prácticas es deficiente en la mayoría de los sectores de los sistemas de justicia penal y de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias (Friedmann et al., 2007; Henderson et al., 2007; McLellan et al., 2003; Taxman et al., 2007). Los programas proporcionan de manera poco frecuente servicios que han demostrado ser efectivos y frecuentemente brindan servicios que no han sido sometidos a un escrutinio científico cuidadoso. Con el tiempo, la calidad y cantidad de los servicios proporcionados puede decaer abruptamente (Etheridge et al., 1995; Van Wormer, 2010). La mejor manera de que un Tribunal de Tratamiento se proteja de estas presiones destructivas predominantes es monitoreando sus operaciones de manera rutinaria, comparar su desempeño con los marcadores establecidos y buscar alinearse continuamente con las mejores prácticas. El no saber si un Tribunal de Tratamiento está en cumplimiento con las mejores prácticas, hace muy improbable que se reconozcan e implementen las mejoras necesarias; por lo tanto, la evaluación del apego de un Tribunal de Tratamiento a los estándares de mejores prácticas es, por sí mismo, una buena práctica.

Los estudios muestran que los Tribunales de Tratamiento son significativamente más propensos a proporcionar servicios efectivos y a producir resultados positivos cuando adoptan la responsabilidad de cumplir con los marcadores validados empíricamente para el éxito. Un estudio multisitio de casos que involucra setenta Tribunales de Tratamiento descubrió que los programas tenían un impacto de más de dos veces en la delincuencia y también en la rentabilidad cuando monitoreaban sus operaciones de manera consistente, revisaban los hallazgos en equipo y modificaban sus políticas y procedimientos en conformidad (Carey et al., 2008, 2012).

Al igual que varias organizaciones de servicios complejos, los Tribunales de Tratamiento son altamente susceptibles a tener *desvíos* o *derivaciones* en los que la calidad de sus servicios puede decaer considerablemente con el tiempo (Van Wormer, 2010). Las estrategias de gestión como mejoras de desempeño continuo (CPI, por sus siglas en inglés), mejora de calidad continua (CQI) y gestión para resultados (MFR) están diseñadas para evitar estas derivaciones e impulsar la adopción de mejores prácticas por parte de un programa. Cada una de estas estrategias de gestión enfatiza el auto-monitoreo continuo y las pruebas aplicadas en ciclos reducidos. Este proceso consiste en la recolección de información en tiempo real sobre las operaciones y resultados de un programa, proporcionando dicha información a los miembros clave del equipo y a quienes toman las decisiones de manera rutinaria e implementando y evaluando los planes de acción correctiva en donde se indique. Las investigaciones han demostrado de manera consistente que el

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

auto-monitoreo y las pruebas aplicadas en ciclos reducidos son elementos clave para la mejora de resultados y para aumentar la adopción de mejores prácticas en los sistemas de cuidado a la salud y justicia penal (Damschroder et al., 2009; Rudes et al., 2013; Taxman & Belenko, 2013). Estas estrategias son esenciales para los programas que requieren colaboración cruzada y comunicación interdisciplinaria entre múltiples agencias de servicios, incluyendo los Tribunales de Tratamiento (Bryson et al., 2006; Wexler et al., 2012).

Los estudios no han determinado la frecuencia con la que los programas deberían revisar su información de desempeño e implementar y evaluar medidas autocorrectivas. La práctica común entre las organizaciones exitosas es recolectar la información de desempeño continuamente y reunirse al menos una vez por año para revisar la información y tomar medidas autocorrectivas (Carey et al., 2012; Rudes et al., 2013; Taxman & Belenko, 2013).

La presentación de informes de resultados de los Tribunales de Tratamiento sin poner dichos hallazgos en contexto y describir la calidad de los programas, ya no es suficiente. Los meta-análisis (Aos et al., 2006; Latimer et al., 2006; Lowenkamp et al., 2005; Mitchell et al., 2012; Shaffer, 2010; Wilson et al., 2006) y los estudios multisitio a gran escala (Rossman et al., 2011) ya establecieron claramente que los Tribunales de Tratamiento reducen la delincuencia entre 8% y 14% en promedio. Estos promedios, derivados de la evaluación de más de 100 Tribunales de Tratamiento, enmascaran una fuerte variabilidad entre programas. Algunos Tribunales de Tratamiento reducen la delincuencia en más de 50%, otros no tienen impacto en ella, y otros incrementan las tasas de criminalidad en sus comunidades (Carey et al., 2012; Carey & Waller, 2011; Cissner et al., 2013; Downey & Roman, 2010; Government Accountability Office, 2011; Mitchell et al., 2012; Shaffer, 2010). La pregunta importante ya no es si los Tribunales de Tratamiento pueden funcionar, sino cómo trabajan y qué servicios pueden contribuir al logro de mejores resultados (Marlowe et al., 2006). Entender lo que distingue a los Tribunales de Tratamiento efectivos de los poco efectivos y dañinos es un objetivo esencial para el campo. A menos que los evaluadores describan el apego de cada Tribunal de Tratamiento a las mejores prácticas, no hay forma de poner los resultados del programa en contexto o de interpretar el significado de los hallazgos.

B. Resultados Dentro del Programa

Uno de los principales objetivos de un Tribunal de Tratamiento es rehabilitar a personas con problemas serios de consumo de sustancias; es decir, mantener a los participantes en el tratamiento, reducir el uso de drogas y alcohol y ayudar a los participantes a completar su tratamiento de manera exitosa, son indicadores importantes de progresos a corto plazo. Sin embargo, los formuladores de políticas, el público y otros participantes pueden juzgar los méritos de un Tribunal de Tratamiento por lo bien que reduce la delincuencia, las tasas de encarcelamiento y el gasto público. Por lo tanto, los Tribunales de Tratamiento necesitan medir resultados dentro del programa que no solo reflejen un progreso clínico, sino que también sean indicadores significativos de la reincidencia delictiva posterior al programa y otros resultados a largo plazo.

Con un costo y esfuerzo mínimos, los Tribunales de Tratamiento pueden evaluar los resultados a corto plazo mientras los participantes están dentro del programa. Estos resultados a corto plazo ofrecen información significativa sobre el progreso clínico de los participantes y los posibles impactos a largo plazo del Tribunal de Tratamiento en la salud y seguridad públicas. Los estudios han determinado de manera consistente que la reincidencia posprograma se reduce significativamente cuando los participantes asisten a sesiones de tratamiento y libertad condicional con más frecuencia, sus resultados de detección de drogas a través de la orina son positivos con una menor frecuencia, permanecen en el programa por periodos mayores, tienen menos violaciones técnicas en el programa y arrestos por delitos nuevos y satisfacen otras condiciones para la graduación (Gifford et al., 2014; Gottfredson et al., 2007, 2008; Huebner & Cobbina, 2007; Jones & Kemp, 2011; Peters et al., 2002). Por lo tanto, los Tribunales de Tratamiento deben monitorear e informar estos resultados en el programa de manera rutinaria durante el curso de sus operaciones.

Existen varios recursos disponibles para ayudar a los Tribunales de Tratamiento a definir y calcular las medidas de desempeño de los resultados dentro del programa (Berman et al., 2007; Heck, 2006; Marlowe, in press; Peters, 1996; Rubio et al., 2008a). En 2006, NADCP convocó a los investigadores y evaluadores líderes de los Tribunales de Tratamiento para formar el Comité Nacional de Asesoría en Investigación (NRAC). Uno de los objetivos de este comité fue el definir un conjunto de datos básicos de medidas de desempeño dentro del programa para los Tribunales de Tratamiento para adultos (Heck, 2006). El NRAC seleccionó medidas

que son simples y poco costosas para el seguimiento y evaluación y que han comprobado poder predecir resultados a largo plazo. Estas medidas de desempeño incluyen las siguientes:

- *Permanencia*—el número de participantes que completó el Tribunal de Tratamiento dividido entre el número que ingresó al programa
- *Abstinencia*—el número de pruebas de detección de alcohol y drogas negativas divididas entre el número de pruebas realizadas
- *Reincidencia*—el número de participantes arrestados por nuevos delitos dividido entre el número que ingresó al programa, y el número de participantes juzgados oficialmente por violaciones técnicas dividido entre el número que ingresó al programa
- *Unidades de servicio*—el número de sesiones de tratamiento, de libertad condicional y audiencias en el juzgado a las que se asistió
- *Duración de la estancia*—el número de días desde el ingreso hasta el alta o el último contacto presencial que tuvo el participante con algún miembro del personal

Otras organizaciones de expertos, como el Centro Nacional de Cortes Estatales (Rubio et al., 2008a; Waters et al., 2010), el Centro de Innovación de Juzgados (Rempel, 2006, 2007), la Universidad Americana (Peters, 1996), la Organización de los Estados Americanos (Marlowe, in press), el Centro Nacional para Juzgados DWI[†] (Marlowe, 2010) y el Instituto Nacional de Justicia (NIJ, 2010) han publicado listas más elaboradas de medidas de desempeño que comprenden una amplia variedad de resultados en los Tribunales de Tratamiento y otros tribunales de resolución de problemas. Los Tribunales de Tratamiento tienen la recomendación de consultar éste y otros recursos para obtener mayor información sobre cómo calcular e interpretar medidas de desempeño adicionales para sus evaluaciones.

C. Reincidencia Delictiva

Para muchos creadores de políticas y miembros del público, la reducción de la reincidencia delictiva es uno de los principales propósitos de un Tribunal de Tratamiento. La reincidencia se define como el regreso a la actividad delictiva después de que el paciente ingresó al Tribunal de Tratamiento. La reincidencia no incluye delitos que ocurrieron antes de su ingreso, incluso si esos delitos son imputados o procesados después de su entrada.

La reincidencia se mide comúnmente por nuevos arrestos, condenas o encarcelamientos que ocurran en un periodo de dos a tres años (Carey et al., 2012; King & Elderbroom, 2014; Rempel, 2006). Por ejemplo, la Oficina de Estadísticas de Justicia (BJS) monitorea los nuevos arrestos, condenas o encarcelamientos que ocurren durante los tres años posteriores a la salida de prisión de los presos estatales y federales (Durose et al., 2014).

Basado en consideraciones científicas, los evaluadores deben dar seguimiento a los participantes durante, al menos, tres años; lo ideal es hasta cinco años a partir de la fecha de ingreso a los Tribunales de Tratamiento o desde la fecha del arresto o violación técnica que hizo a la persona apta para un Tribunal de Tratamiento. La fecha de ingreso debe ser la última fecha de inicio para la evaluación, porque es ahí cuando el Tribunal de Tratamiento se vuelve capaz de influir directamente en el comportamiento del participante.

Partir de la fecha de arresto o violación técnica toma en cuenta el impacto potencial de los retrasos en la admisión de los participantes al Tribunal de Tratamiento. Mientras más pronto ingresen los participantes a un Tribunal de Tratamiento tras un arresto o violación a la libertad condicional, mejores serán los resultados (Carey et al., 2008, 2012); por lo tanto, los evaluadores podrían reexaminar cómo es que el ingreso retrasado afecta los resultados. Sin embargo, puesto que los Tribunales de Tratamiento no siempre pueden controlar lo que ocurre antes de que los participantes ingresen al programa, atribuir a los Tribunales de Tratamiento cualquier reincidencia previa al ingreso no representaría de manera justa los efectos del Tribunal de

[†] 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.

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

Tratamiento en la reincidencia. Iniciar a partir de la fecha de entrada asegura que la reincidencia pueda ser atribuida de manera justa a los efectos del Tribunal de Tratamiento. Ninguna respuesta abarca por completo el problema en torno a la selección de una fecha de inicio para la evaluación; por lo tanto, los evaluadores deben aclarar la fecha seleccionada y el razonamiento de su elección.

Las tasas de reincidencia delictiva entre los imputados por problemas de drogas se vuelven relativamente estables después de aproximadamente tres a cinco años (King & Elderbroom, 2014). Es probable que después de tres años, las diferencias en reincidencias entre grupos aún sean pronunciadas (e.g., Knight et al., 1999; Martin et al., 1999; Wexler et al., 1999). Por ejemplo, si los participantes en los Tribunales de Tratamiento tienen tasas significativamente menores que las personas de los grupos de comparación después de tres años, esta diferencia podría (aunque sin garantía) permanecer significativa después de dos años más (DeVall et al., 2015). Después de cinco años, las tasas de reincidencia suelen estancarse, es decir, la mayoría (pero no todos) de los participantes que iban a reincidir ya lo hicieron para ese momento (e.g., Gossop et al., 2005; Inciardi et al., 2004; Olson & Lurigio, 2014).

Es importante señalar que estos hallazgos no sugieren que los Tribunales de Tratamiento deban esperar de tres a cinco años para informar sobre las reincidencias. Las reincidencias que ocurren durante la participación y poco después del alta de los Tribunales de Tratamiento pueden ser de interés considerable para los profesionales, legisladores y otras partes interesadas. Sin embargo, es inapropiado implicar que es posible que las tasas de reincidencia durante los dos primeros años reflejen los efectos a largo plazo de un Tribunal de Tratamiento. Los evaluadores deben dejar claro que tales tasas de reincidencia son preliminares y pueden aumentar con el tiempo.

No existe una base para decidir si los nuevos arrestos, condenas o encarcelamientos pueden ser los indicadores de reincidencia más válidos o informativos. Como se discute más adelante, cada medida tiene ventajas y desventajas que deben ser consideradas por el evaluador. Puesto que ninguna medida es claramente superior a otra, cuando sea posible, los evaluadores deberían informar las tres medidas de reincidencia, medir las implicaciones y limitaciones de cada una o indicar por qué no se reporta alguna medida en particular.

El análisis de arrestos nuevos como medida de reincidencia delictiva presenta, al menos, dos ventajas. Primero, los arrestos suelen ser más cercanos en tiempo al supuesto delito que la condena. Resolver un caso penal y determinar la culpabilidad o inocencia puede tomar meses o años. Los evaluadores usualmente pueden informar sobre los resultados del arresto en menos tiempo del que toma esperar que se resuelva un procedimiento legal extenso. En segundo lugar, los casos penales suelen ser desestimados o rebajados a un cargo mucho menor por razones que tienen poco que ver con la culpabilidad factual, como falta de evidencia o negociaciones de la condena. Como resultado, la ausencia de una condena o una con cargos menores puede no reflejar el delito cometido.

Sin embargo, algunas personas son arrestadas por delitos que no cometieron. Esto puede generar una sobrevaloración del verdadero nivel de reincidencia delictiva. Basarse en la información de las condenas más que en la información de los arrestos puede dar mayor certeza de que el delito verdaderamente ocurrió.

El encarcelamiento ha mantenido impacto en los costos que supera por mucho los de los arrestos y condenas. Un día en una cárcel o prisión puede costar entre cinco y 20 veces más que un día en libertad condicional o en un tratamiento de base comunitaria (Belenko et al., 2005; Zarkin et al., 2012). Los evaluadores suelen distinguir entre el encarcelamiento que ocurrió mientras los participantes estaban inscritos al Tribunal de Tratamiento y al que ocurrió después del alta. El encarcelamiento dentro del programa suele reflejar sanciones de privación de libertad breves que pueden ser impuestas por faltas de conducta en el programa, mientras que el encarcelamiento posprograma suele reflejar una detención preventiva por nuevas acusaciones, sentencias o cargos, o (para los participantes rescindidos) una sentencia en los cargos originales que resultaron en la participación en los Tribunales de Tratamiento. En evaluación de costos, las sanciones de privación de libertad dentro del programa suelen ser contadas como un costo de inversión para los Tribunales de Tratamiento, mientras que las detenciones posprograma suelen ser contadas como un costo de resultado (Carey et al., 2012).

Los evaluadores también deben considerar la cronología y la precisión de la información que contiene la base de datos de la justicia penal. En algunas jurisdicciones, la información del arresto puede ser registrada de

manera más oportuna y fiable que la de la condena o encarcelamiento. Los evaluadores deben familiarizarse con la forma y el momento en el que la información se ingresa a los registros de justicia penal nacionales, estatales y locales y deben describir claramente en sus informes de evaluación cualquier limitante que pueda relacionarse con la precisión o la cronología de la información.

La información de las autoevaluaciones podría ofrecer de manera potencial la evaluación más precisa de la reincidencia delictiva porque no requiere detección o procesamiento por parte de instituciones de seguridad pública. Puesto que varios delitos no son reportados por las víctimas y pasan desapercibidos por las autoridades (Truman & Langton, 2014), la información de los arrestos y condenas pueden subestimar los verdaderos niveles de la actividad delictiva. Sin embargo, por razones obvias, las personas no son confiables para que reconozcan sus delitos, a menos que reciban una estricta certeza de que la información se mantendrá confidencial y no será usada en su contra en un procedimiento penal. Los Tribunales de Tratamiento deberán contratar a un evaluador que no tenga relación con el tribunal o con el sistema de justicia penal para evaluar a los participantes de manera confidencial. Este método podría suponer costos prohibitivos para muchos Tribunales de Tratamiento, lo que explica por qué ha sido implementado pocas veces, con la notable excepción de un estudio nacional con fuerte financiamiento (Rossman et al., 2011).

Ya sea mediante mediciones de arrestos, condenas o encarcelamientos, categorizar las reincidencias de acuerdo al nivel (por ejemplo, delito mayor, delito menor o delito sumario) y naturaleza (drogas, robo a propiedad, delitos con violencia, violaciones técnicas, prostitución e infracciones de tránsito) de los delitos es altamente informativo y necesario. Las distintas categorías de los delitos pueden tener implicaciones diferentes para la seguridad y costos públicos. Por ejemplo, los delitos con violencia pueden tener serios costos de victimización y pueden desencadenar sentencias fuertes en cárceles o prisiones, mientras que los delitos por posesión de drogas pueden no implicar a una víctima identificable y es más probable que se reciba una sentencia de libertad condicional menos costosa (Zarkin et al., 2012).

Como comentario final, no todos los Tribunales de Tratamiento tienen acceso razonable a la información sobre nuevos arrestos, condenas o encarcelamientos que ocurran después del alta de los participantes. En algunas jurisdicciones, estos registros pueden estar en posesión de otras agencias ejecutivas, como el departamento de policía o de correccionales, y el Tribunal de Tratamiento puede no tener acceso a la información. Bajo tales circunstancias, los Tribunales de Tratamiento deben hacer todos los esfuerzos para negociar su acceso a la información, pero, por supuesto, los Tribunales de Tratamiento no pueden responsabilizarse de dar a conocer información que está fuera de su alcance.

D. Evaluaciones Independientes

Además del monitoreo de su propio desempeño, los Tribunales de Tratamiento se benefician enormemente de un evaluador independiente que examine su programa y emita recomendaciones para mejorar su apego a las mejores prácticas. Los Tribunales de Tratamiento que cuentan con un evaluador independiente e implementan al menos algunas de sus recomendaciones fueron consideradas, según un estudio multisitio, como doblemente rentables y casi doblemente efectivas en la reducción de los delitos en comparación con los Tribunales de Tratamiento que no contaban con un evaluador independiente (Carey et al., 2008, 2012).

Una evaluación independiente es benéfica para los Tribunales de Tratamiento por varias razones. Todos los programas tienen puntos ciegos que impiden que el personal reconozca sus propias deficiencias. Algunos miembros del equipo, como el juez, pueden tener mayor influencia o poder social que otros, dificultando que algunos miembros del equipo mencionen problemas en el tribunal o durante las reuniones de equipo. Los Tribunales de Tratamiento también operan en un ambiente político y el personal puede dudar mencionar sus críticas sobre las prácticas locales por temor a represalias. Un evaluador independiente de otra jurisdicción, usualmente puede ofrecer críticas francas sobre las prácticas actuales sin tanto temor a las repercusiones (Heck & Thanner, 2006).

Aunque la mayoría de los Tribunales de Tratamiento son capaces de mantener estadísticas descriptivas sobre su programa, se requiere de una mayor experiencia para llevar a cabo *análisis inferenciales*, los cuales comparan los resultados de los Tribunales de Tratamiento con los de un grupo de comparación. En ocasiones es necesario controlar estadísticamente las diferencias preexistentes de un grupo que podrían sesgar los resultados. Por ejemplo, si los participantes en los Tribunales de Tratamiento tuvieran menos condenas

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

previas que los sujetos de comparación antes de ingresar al estudio, los mejores resultados para el Tribunal de Tratamiento podrían simplemente reflejar el hecho de que atendieron a una población menos severa. Los evaluadores deben considerar varios asuntos científicos y pueden requerir la aplicación de varios niveles de correcciones estadísticas para producir resultados válidos y confiables.

Los estudios también revelan que las percepciones de los participantes suelen ser altamente predictivas de los resultados en los Tribunales de Tratamiento. Por ejemplo, las percepciones con respecto a la justicia procesal del programa (Burke, 2010; McIvor, 2009), la forma en la que se proporcionan los incentivos y sanciones (Goldkamp et al., 2002; Harrell & Roman, 2001; Marlowe et al., 2005) y la calidad de los servicios de tratamiento provistos (Turner et al., 1999) suelen predecir la reincidencia y están significativamente correlacionados con el apego a las mejores prácticas. No hace falta mencionar que los participantes son más propensos a ser más directos y francos con un evaluador independiente sobre sus percepciones de los Tribunales de Tratamiento que con miembros del personal que controlan su destino en el sistema de justicia penal.

Los estudios no han determinado la frecuencia con la que los Tribunales de Tratamiento deben ser evaluados por un investigador independiente. En general, se debe realizar una nueva evaluación cada vez que un programa o el ambiente en el que opera cambia de manera sustancial. La rotación del personal y la evidencia de desviaciones del modelo previsto son eventos críticos que ameritan una nueva evaluación (Yeaton & Camberg, 1997). La evidencia sugiere que la rotación del personal y el desvío del modelo ocurren en intervalos de cinco años en los Tribunales de Tratamiento. En cinco años, entre el 30% y el 60% de los Tribunales de Tratamiento registraron rotación sustancial en puestos clave (Van Wormer, 2010). Las tasas de rotación más elevadas, que superan el 50%, se encuentran entre los proveedores de tratamiento para trastornos por uso de sustancias y enfermedades mentales (Lutze & Van Wormer, 2007; McLellan et al., 2003; Taxman & Bouffard, 2003; Van Wormer, 2010). La evidencia muestra que la rotación de personal suele estar correlacionada significativamente con las desviaciones en la calidad de los servicios provistos (Van Wormer, 2010). Por lo tanto, cinco años es un estimado externo razonable de la frecuencia con la que los Tribunales de Tratamiento deben ser evaluados de manera independiente. Si los recursos lo permiten, los Tribunales de Tratamiento deben involucrar a evaluadores independientes en intervalos más frecuentes para detectar desviaciones de manera oportuna y prevenir que los servicios empeoren con el tiempo.

Los Tribunales de Tratamiento deben seleccionar evaluadores competentes. El primer paso en la selección de un evaluador competente es solicitar recomendaciones de otros Tribunales de Tratamiento y organizaciones nacionales que estén familiarizadas con las operaciones e investigaciones de los Tribunales de Tratamiento. El personal senior de NADCP y NDCI está familiarizado con la literatura de evaluación y la gama de habilidades de docenas de evaluadores a nivel nacional. Cuando se selecciona un evaluador, se deben revisar reportes de evaluaciones anteriores, sobre todo aquellos que implican a los Tribunales de Tratamiento u otros tribunales de solución de problemas. Si las evaluaciones anteriores no lograron seguir las prácticas aquí descritas, se debe considerar la selección de otro evaluador que haya demostrado experiencia en la aplicación de las mejores prácticas relacionadas con las evaluaciones del programa de los Tribunales de Tratamiento. Una de las preguntas más importantes a considerar cuando se revisan las evaluaciones anteriores es si el reporte recomendó acciones concretas que pudiera aplicar el Tribunal de Tratamiento para mejorar su apego a las mejores prácticas, así como sus resultados. Los evaluadores más efectivos conocen la literatura sobre las mejores prácticas, miden las prácticas de los Tribunales de Tratamiento contra los marcadores de desempeño establecidos y promueven estrategias útiles para mejorar las operaciones y resultados de cada programa.

Varios Tribunales de Tratamiento carecen de recursos suficientes para contratar a evaluadores independientes. Una forma de hacer frente a este problema es contactando universidades locales para determinar si los estudiantes graduados o sin graduar podrían estar interesados en evaluar los Tribunales de Tratamiento como parte de una tesis, disertación o proyecto final. Puesto que estos proyectos requieren de una supervisión cercana por parte del profesorado senior, los Tribunales de Tratamiento pueden beneficiarse de la experiencia en investigación de alto nivel a un costo mínimo o nulo. Además, los estudiantes suelen estar altamente motivados para completar las evaluaciones de manera exitosa porque su grado académico y prestigio dependen de ello.

E. Grupos Históricamente Discriminados

Esta sección se enfoca en los grupos socio-demográficos que han padecido discriminación histórica sostenida o una reducción en sus oportunidades sociales debido a su raza, origen étnico, sexo, orientación sexual, identidad sexual, discapacidad física o mental, religión o estado socioeconómico. Las mejores prácticas para asegurar un tratamiento equivalente para los miembros de grupos históricamente discriminados en los Tribunales de Tratamiento aparecen descritas en el Estándar II, Equidad e Inclusión.

La evidencia sugiere que las personas de minorías raciales y étnicas no están representadas adecuadamente en algunos Tribunales de Tratamiento y pueden tener menores tasas de graduación en comparación con otros participantes [Ver Comentarios en Estándar II, Equidad e Inclusión]. Los Tribunales de Tratamiento tienen la obligación de determinar si las personas de minorías raciales y étnicas y los miembros de otros grupos históricamente discriminados tienen una presión desproporcionada o están siendo excluidos de sus programas. En caso positivo, deben tomarse medidas correctivas razonables para rectificar el problema y evaluar el éxito de las acciones correctivas [ver Estándar II]. El no saber si un Tribunal de Tratamiento está imponiendo obligaciones desproporcionadamente a los grupos en desventaja es una violación a los estándares de mejores prácticas (Marlowe, 2013).

Los estudios no han determinado la frecuencia con la que los Tribunales de Tratamiento deben revisar el desempeño de los miembros de grupos históricamente discriminados. En concordancia con la literatura general en CPI, CQI y MFR, el equipo de los Tribunales de Tratamiento debe revisar la información de desempeño al menos una vez por año e implementar y evaluar medidas auto-correctivas de manera expedita (Rudes et al., 2013; Wexler et al., 2012).

Existen varios recursos disponibles para ayudar a los Tribunales de Tratamiento a identificar y rectificar los impactos dispares para los grupos históricamente discriminados (e.g., Casey et al., 2012; Rubio et al., 2008b; Yu et al., 2009). Los evaluadores experimentados y el profesorado universitario pueden estar familiarizados con esta literatura y saber cómo realizar este tipo de análisis. Muchos análisis, como la comparación de tasas de graduación entre distintos grupos raciales, son relativamente simples de aplicar. Otros análisis, como el determinar si los grupos en desventaja tienen acceso equivalente a los Tribunales de Tratamiento, son considerablemente más difíciles. Varios Tribunales de Tratamiento pueden no contar con la información adecuada sobre la población arrestada relevante para determinar si los grupos en desventaja tienen acceso a los Tribunales de Tratamiento en una proporción equivalente. Por ejemplo, puede no haber información disponible para determinar qué proporción de los arrestados de minorías raciales tienen serios problemas de consumo de drogas y por lo tanto son aptos para su participación en un Tribunal de Tratamiento. El principal reto para estos Tribunales de Tratamiento puede ser tener un mejor acceso a una gama de información más amplia sobre la población arrestada y, de manera práctica, estos análisis pueden rebasar las capacidades y experiencia de algunos programas.

F. Base de Datos Electrónica

Los archivos en papel tienen un valor mínimo para realizar evaluaciones del programa. Los evaluadores suelen requerir extraer información de notas e informes de progreso escritos a mano que son difíciles de leer, que contienen información contradictoria y pueden estar incompletos. Como consecuencia, varias evaluaciones son completadas meses o años después del hecho, cuando los resultados pueden ya no reflejar lo que está ocurriendo en el programa. Estas evaluaciones pueden tener tantas lagunas o reservas en la información que las conclusiones son, en el mejor de los casos, tentativas.

Los Tribunales de Tratamiento son aproximadamente 65% más rentables cuando ingresan información estandarizada en torno a sus servicios y resultados en un sistema de gestión electrónico (MIS), capaz de generar informes sinópticos automatizados (Carey et al., 2008, 2012). El costo de adquisición de un MIS se compensa muchas veces con una mayor eficiencia en las operaciones y generando el tipo de retroalimentación de desempeño necesario para mejorar continuamente y afinar un programa de Tribunal de Tratamiento.

El Apéndice E proporciona ejemplos de MIS que han sido desarrollados para su uso en evaluaciones de Tribunales de Tratamiento. Algunos sistemas más antiguos y menos sofisticados pueden obtenerse de forma gratuita. Por ejemplo, el Sistema Buffalo (llamado así porque se desarrolló en un Tribunal de Tratamiento en

Buffalo, Nueva York) es una base de datos de Microsoft Access que se puede obtener sin costo contactando a NADCP. Los sistemas más nuevos deben ser comprados o se debe obtener una licencia, pero es más probable que tengan una base web y se pueda acceder a ellos de manera simultánea por varias agencias y usuarios. Permitir que varias agencias utilicen el mismo MIS, cada una con su propio acceso seguro y cifrado, puede dividir el costo del sistema en varios presupuestos. También es más probable que los sistemas más nuevos tengan reportes analíticos programados que ofrecen información resumida importante a un botón de distancia del personal. Finalmente, los sistemas más nuevos pueden incluir una herramienta de extracción de datos, la cual permite que la información sea importada de manera expedita en un programa estadístico, como SAS o SPSS, que puede ser utilizada por evaluadores expertos para realizar análisis estadísticos sofisticados.

G. Captura Oportuna y Confiable de Datos

La mayor amenaza a una evaluación de programa válida es que el personal ingrese la información insatisfactoriamente. El refrán “basura que entra, basura que sale” es particularmente apto en este contexto. Si los miembros del personal no registran de manera precisa lo que ocurre, no hay experiencia científica o ajustes estadísticos sofisticados suficientes para producir hallazgos válidos.

El mejor momento para registrar información sobre servicios y eventos es cuando ocurren. Por ejemplo, los miembros del personal deberían ingresar información de asistencia en un MIS o en una bitácora escrita durante las audiencias judiciales y sesiones de tratamiento. A esto se le conoce como *registros en tiempo real*. Un miembro del equipo típico en un Tribunal de Tratamiento es responsable de docenas de participantes, quienes a su vez tienen múltiples obligaciones en el programa, como aparecer en las audiencias judiciales, asistir a las sesiones de tratamiento y entregar muestras de orina. Son excepcionales los miembros del personal que recuerdan con absoluta precisión los eventos que ocurrieron o debieron ocurrir hace días o semanas. Intentar reconstruir estos eventos de memoria puede generar errores inaceptables en la evaluación de un programa.

La información debería ser registrada no más de 48 horas después del evento. Por ejemplo, Medicare pide a los médicos que documenten sus servicios dentro de “un plazo razonable”, definido como de entre 24 y 48 horas (Pelaia, n.d.). Después de 48 horas, se ha demostrado que los errores en el registro de datos aumentan significativamente. Después de una semana, la información tiene tantas probabilidades de ser imprecisa que sería mejor dejar la información como inexistente que intentar reconstruirla de memoria (Marlowe, 2010).

Los miembros del personal que suelen tardarse al ingresar información representan una amenaza seria a la integridad de un Tribunal de Tratamiento. No sólo es probable que los resultados de una evaluación sean imprecisos, sino que ese mismo personal puede no estar prestando los servicios adecuados. Un tratamiento y supervisión de alta calidad requiere que el personal monitoree el comportamiento del participante vigilantemente, que registre la información de desempeño de manera oportuna y procesable y que ajuste los servicios y consecuencias en conformidad. No registrar la información de desempeño de manera oportuna y confiable merma la calidad y efectividad de un Tribunal de Tratamiento y pone en alto riesgo el cuidado del participante.

H. Estudio de Todos los Participantes

Un error serio en algunas evaluaciones de Tribunales de Tratamiento es examinar sólo el resultado de los participantes que se graduaron de manera exitosa del programa. La lógica detrás de este análisis es comprensible. Los evaluadores suelen estar interesados en aprender lo que ocurre con las personas que recibieron todos los servicios que ofrece el programa. Si las personas que abandonaron el programa o fueron rescindidas prematuramente son incluidas en el análisis, los resultados serán afectados por personas que no recibieron todos los servicios.

Aunque este razonamiento pueda parecer lógico, es científicamente erróneo (Heck, 2006; Heck & Rousell, 2007; Marlowe, 2010, in press; Peters, 1996; Rempel, 2006, 2007). Se debe examinar el resultado de todas las personas elegibles que participaron en el Tribunal de Tratamiento sin importar si se graduaron, fueron rescindidas o abandonaron el programa. A esto se le conoce como *análisis por intención de tratamiento* porque examina los resultados de todas las personas que el programa pretendía atender inicialmente. El sólo reportar los resultados de los graduados no es apropiado porque dicho análisis infla de forma injusta y falsa

el éxito aparente del programa. Por ejemplo, es más probable que las personas que se graduaron del Tribunal de Tratamiento hayan ingresado al programa con problemas de alcohol o drogas menos severos que los participantes rescindidos, con menor propensión delictiva, con mayor motivación para el cambio o mejores apoyos sociales. Como resultado, es menos probable que cometan algún delito en el futuro o que sufran una recaída en el uso de sustancias sin importar los servicios que hayan recibido por parte del Tribunal de Tratamiento.

Este problema es particularmente importante cuando se comparan los resultados con los de una muestra comparativa, como personas en libertad condicional. Seleccionar los casos de Tribunal de Tratamiento más exitosos y comparar sus resultados con todas las personas en libertad condicional sesga injustamente los resultados a favor del Tribunal de Tratamiento. Es similar a seleccionar a los estudiantes de mejores calificaciones de una clase y comparar sus resultados en un examen con todos los estudiantes en otro salón, y después llegar a la conclusión de que el primer salón tenía un mejor maestro. Esta comparación claramente estaría sesgada injustamente a favor del primer maestro.

Esto no quiere decir que los resultados de los graduados no sean de interés. Los Tribunales de Tratamiento pueden querer saber lo que pasa a las personas que reciben todos los servicios en el programa. Sin embargo, éste debería ser un *análisis secundario* que se lleva a cabo después de que el análisis por intención de tratamiento mostró resultados positivos. Si se determina que el Tribunal de Tratamiento logró resultados significativamente mejores en un contexto de intención de tratamiento, entonces puede ser apropiado avanzar y determinar si los resultados fueron incluso mejores para los graduados. Si en análisis por intención de tratamiento no es significativo, entonces no es aceptable avanzar para evaluar los resultados de sólo los graduados.

Es importante decir que, si se realizan análisis secundarios en graduados de los Tribunales de Tratamiento, entonces la muestra de comparación debería comprender también a quienes completaron el programa de forma exitosa. Por ejemplo, los resultados de los graduados de los Tribunales de Tratamiento deberían compararse con los de los sujetos en libertad condicional que cumplieron con las condiciones de la misma. Comparar los resultados de los graduados en los Tribunales de Tratamiento con todas las personas en libertad condicional, incluyendo los fracasos, arrojaría resultados injustos a favor del Tribunal de Tratamiento.

La única excepción para un análisis por intención de tratamiento es a lo que se le conoce como *desvinculaciones naturales*. Algunos tribunales de tratamiento asignan una desvinculación natural a los participantes que son retirados del programa por razones más allá del control del participante y del programa mismo. Una desvinculación natural suele asignarse comúnmente cuando el Tribunal de Tratamiento descubre que un participante fue admitido en el programa de manera errónea. Por ejemplo, un participante podría tener que abandonar el programa si tuvo alguna condena anterior que lo excluyera de ser elegible para el Tribunal de Tratamiento o si reside en un distrito judicial fuera de los límites de jurisdicción del Tribunal de Tratamiento. Una desvinculación neutral también podría asignarse a los participantes que fueron retirados del programa porque se unieron al ejército o se mudaron lejos de la jurisdicción con permiso de la corte. Una desvinculación natural nunca debe ser asignada a los casos en las que la terminación estaba relacionada con el desempeño del participante en el Tribunal de Tratamiento.

I. Grupos de Comparación

El hecho de que las personas después de su participación en los Tribunales de Tratamiento no prueban que éstos hayan sido responsables de sus resultados favorables; estas mismas personas pudieron haber funcionado igualmente bien si nunca hubieran ingresado. Para examinar la importante cuestión de la causalidad, el desempeño de los participantes en los Tribunales de Tratamiento debe compararse con el de un grupo de comparación equivalente y equitativa. Comparar lo que ocurrió en el Tribunal de Tratamiento con lo que pudo haber ocurrido si el Tribunal de Tratamiento no existiera se conoce como poner a prueba la *hipótesis contrafactual* o la posibilidad de que el Tribunal de Tratamiento haya sido ineficaz (Popper, 1959).

Algunos grupos de comparación son razonablemente neutrales y pueden generar evaluaciones justas y precisas de lo que pudo haber ocurrido sin el Tribunal de Tratamiento. Sin embargo, otros pueden estar sistemáticamente sesgados de manera que el Tribunal de Tratamiento luzca mejor o peor de lo que merece.

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

Esto puede propiciar la conclusión injustificada de que el Tribunal de Tratamiento fue efectivo o ineficaz cuando, de hecho, pudo haber sido lo contrario.

Asignación aleatoria—La fuerte interferencia de causalidad puede alcanzarse cuando las personas elegibles son asignadas aleatoriamente a un Tribunal de Tratamiento o a un grupo de comparación. La asignación aleatoria genera la mayor certeza de que los grupos comenzaron con las mismas probabilidades de éxito; por lo tanto, los mejores resultados para un grupo pueden ser atribuidos con confianza a los efectos del programa (Campbell & Stanley, 1963; Farrington, 2003; Farrington & Welsh, 2005; National Research Council, 2001; Telep et al., 2015). Incluso cuando un evaluador emplea asignación aleatoria, existe la posibilidad (aunque mínima) de que los grupos difieran en dimensiones importantes desde el inicio. Esta posibilidad requiere que el evaluador desarrolle la confirmación del procedimiento aleatorio. El evaluador deberá buscar diferencias preexistentes entre grupos que pudieran haber afectado sus resultados. Si los grupos difieren significativamente en variables correlacionadas con los resultados (gravedad de historial delictivo o problema de adicción), el evaluador puede emplear procedimientos estadísticos para ajustar aquellas diferencias y obtener resultados respaldables.

En términos prácticos, realizar asignaciones aleatorias suele ser difícil en los Tribunales de Tratamiento. Algunos miembros del personal pueden tener objeciones técnicas contra negar servicios potencialmente efectivos a personas elegibles. Además, algunos Tribunales de Tratamiento pueden tener dificultades para llenar sus espacios y no desean rechazar a personas elegibles. El evaluador también puede tener dificultad en obtener la aprobación y aceptación de una asignación aleatoria de varios profesionales y agencias, incluyendo el juzgado, la fiscalía y los abogados de la defensa. Finalmente, las asignaciones aleatorias suelen requerir la implementación de una protección ética (National Research Council, 2001). Por ejemplo, a los participantes se les puede solicitar un consentimiento informado de la asignación aleatoria, y una junta de revisión de ética independiente puede requerir la supervisión de la seguridad y justicia del estudio. Las universidades locales suelen tener juntas de revisión institucional (IRB, por sus siglas en inglés) o juntas de monitoreo de datos y seguridad (DSMB, por sus siglas en inglés) con la autoridad y experiencia para proporcionar una supervisión ética de los estudios aleatorios.

Las asignaciones aleatorias presentan menos retos si un Tribunal de Tratamiento tiene una capacidad insuficiente para tratar a varias personas que, de lo contrario, serían aptas para sus servicios. Si varias personas elegibles deben ser rechazadas, lo más justo sería seleccionar a los participantes de manera aleatoria en lugar de permitir a los miembros del personal elegir quién ingresa. Bajo estas circunstancias, las asignaciones aleatorias pueden ser la mejor protección contra discriminación y sesgos inconscientes (National Research Council, 2001). De hecho, varios estudios de Tribunales de Tratamiento han implementado la asignación aleatoria exitosamente en vista de una capacidad insuficiente del programa (e.g., Gottfredson et al., 2003; Jones, 2011; Turner et al., 1999).

Grupo de comparación cuasi-experimental—En muchos Tribunales de Tratamiento, las asignaciones aleatorias son simplemente poco prácticas. El siguiente mejor enfoque es utilizar un grupo de comparación cuasi-experimental (Campbell & Stanley, 1963). Esto se refiere a las personas que eran elegibles para los Tribunales de Tratamiento, pero no ingresaron por razones que muy probablemente no hubieran influido en sus resultados. Quizás el mejor ejemplo está en las personas que eran aptas y tenían la disposición de ingresar al Tribunal de Tratamiento, pero se les negó su ingreso porque no había espacio disponible. A esto se le conoce como *grupo de comparación de lista de espera*. Es poco probable que la casualidad de que el Tribunal de Tratamiento estuviera en su capacidad máxima haya causado la exclusión sistemática de las personas que tenían problemas más severos o peores pronósticos, por lo tanto, es poco probable que sesgue los resultados.

Algo menos óptimo, pero potencialmente aceptable, es que los grupos de comparación cuasi-experimentales incluyan a personas que habrían sido aptas para ingresar al Tribunal de Tratamiento, pero fueron arrestadas durante el año previo al establecimiento de dicho Tribunal, o fueron arrestadas en un condado inmediatamente adyacente que no cuenta con un Tribunal de Tratamiento (Heck, 2006; Heck & Rousell, 2007; Marlowe, 2010, in press; Peters, 1996). Puesto que estas personas fueron arrestadas en un momento anterior o en una zona geográfica distinta a la de los participantes en los Tribunales, estos grupos de comparación aún son lo suficientemente distintos al grupo del Tribunal de Tratamiento como para afectar los resultados. Por ejemplo, las condiciones socioeconómicas pueden diferir significativamente entre comunidades adyacentes, o las prácticas de seguridad pública pueden cambiar anualmente. Las

probabilidades de que esto ocurra suelen no ser sustanciales y éstas pueden ser las únicas condiciones de comparación factibles que puedan usarse para muchas evaluaciones de Tribunales de Tratamiento.

Cuando se utiliza un grupo de comparación cuasi-experimental, el evaluador debe buscar diferencias preexistentes entre los grupos, las cuales puedan afectar los resultados (Campbell & Stanley, 1963). Por ejemplo, las personas de comparación pueden haber tenido historiales delictivos más serios que los participantes del Tribunal de Tratamiento. Esto los pudo haber puesto en un riesgo mayor de reincidencia delictiva. De ser así, los resultados superiores para los participantes de los Tribunales de Tratamiento pueden no haber sido resultado del programa sino de haber tratado a una población menos severa. Un evaluador experimentado puede emplear varios procedimientos estadísticos para ajustar estas diferencias y obtener potencialmente resultados con respaldo científico.

Grupo de comparación homologado—Los evaluadores no siempre tienen un grupo de comparación cuasi-experimental disponible. En estas circunstancias pueden requerir crear un grupo de comparación a partir de un grupo de infractores heterogéneo. Por ejemplo, un evaluador puede seleccionar sujetos de comparación de una base de datos de personas en libertad condicional a nivel estatal. Muchos de ellos no habrían sido aptos para ingresar a un Tribunal de Tratamiento o son distintos a los participantes de los Tribunales de Tratamiento por tener características que probablemente hubieran influido en sus resultados. Por ejemplo, algunas de las personas en libertad condicional pueden no haber tenido problemas de consumo serios o se les pudo haber acusado de delitos que los excluirían de su participación. Por lo tanto, el evaluador debe seleccionar un subgrupo de personas de todo el grupo de personas en libertad condicional similares a los participantes de los tribunales en características que se sabe que afectan los resultados. Por ejemplo, el evaluador puede emparejar a un participante del Tribunal de Tratamiento con una persona en libertad condicional con el mismo historial delictivo o similar, mismas características y diagnóstico de uso de sustancias (Heck, 2006; Marlowe, 2010, en impreso). Dado que el evaluador elegirá sólo a las personas en libertad condicional similares a los participantes en el programa en varias características, es necesario comenzar con una muestra amplia de candidatos potenciales para hacer la selección de personas comparables.

El éxito de cualquier estrategia de homologación dependerá, en gran medida, de si el evaluador tiene información adecuada sobre los candidatos de comparación para crear parejas válidas (Campbell & Stanley, 1963). Si no hay información disponible sobre estas importantes variables como los historiales delictivos o historiales de problema de uso de sustancias, los evaluadores y los Tribunales de Tratamiento no podrán confiar en la validez de la homologación. La homologación de los grupos a partir de las variables que son fáciles de medir y disponibles, como género o raza, no es suficiente porque los grupos pueden diferir en otras dimensiones importantes que no se tomaron en cuenta.

Análisis de Puntaje de Propensión—Un evaluador también puede emplear un procedimiento estadístico avanzado llamado análisis de puntaje de propensión para ajustar matemáticamente las diferencias entre los Tribunales de Tratamiento y los grupos de comparación. Este procedimiento calcula las probabilidades estadísticas de que una persona con ciertas características esté en el grupo del Tribunal de Tratamiento en comparación con el grupo comparativo—es decir, la relativa similitud de esa persona con otro grupo en comparación con otro (Dehejia & Wahba, 2002). El análisis se ajusta matemáticamente a esta similitud relativa al comparar los resultados. Se requiere de una experiencia estadística superior para implementar e interpretar este complicado procedimiento.

Al igual que con los ajustes estadísticos, el éxito de un análisis de puntaje de propensión dependerá de la cantidad de información adecuada disponible sobre los sujetos en comparación para realizar los ajustes válidos. Si no hubiera información válida en estas variables tan importantes como los historiales delictivos o de uso de sustancias de los sujetos de comparación, los evaluadores de los Tribunales de Tratamiento no podrían confiar en los ajustes (Peikes et al., 2008). Nuevamente, ajustar los puntajes con base en variables de fácil medición, como género o raza, no es suficiente porque los grupos pueden diferir en otras dimensiones importantes que no fueron tomadas en cuenta.

Grupos de comparación inválidos—Se han utilizado varios grupos de comparación en las evaluaciones de los Tribunales de Tratamiento que probablemente arrojaron resultados fuertemente sesgados. Es muy difícil que haya justificación para comparar los resultados de un Tribunal de Tratamiento con personas que se rehusaron a ingresar al programa, que se les negó el acceso por sus historiales clínicos o delictivos, que

abandonaron el programa o fueron rescindidas prematuramente (Heck, 2006; Heck & Thanner, 2006; Marlowe, 2010, in press; Peters, 1996). La probabilidad es inaceptablemente alta pues estas personas tenían peores pronósticos o problemas más severos desde un inicio. Por ejemplo, probablemente tenían un historial más fuerte de uso de sustancias y delictivo, menor motivación para el cambio y menos apoyos sociales. Dada la alta probabilidad de que estas personas tuvieran desventajas serias desde un inicio, no se puede confiar en los ajustes estadísticos para superar las diferencias (Campbell & Stanley, 1963).

J. Periodo de Riesgo

Para que una evaluación sea válida, los Tribunales de Tratamiento y participantes de comparación deben tener el mismo tiempo en riesgo, es decir, las mismas oportunidades para involucrarse en uso de sustancias, delincuencia y otros comportamientos de interés para la evaluación. Si, por ejemplo, un evaluador mide la reincidencia criminal en un periodo de 12 meses para los participantes en los Tribunales de Tratamiento, pero en un periodo de 24 meses para el grupo de comparación, esto les daría una ventaja injusta a los participantes del Tribunal de Tratamiento. Los participantes del grupo de comparación tendrían 12 meses adicionales para cometer delitos nuevos u otras infracciones.

Asegurar un tiempo en riesgo equivalente exige que el evaluador comience el análisis desde una fecha de inicio comparable para ambos grupos. Como se mencionó anteriormente, las evaluaciones de los Tribunales de Tratamiento suelen usar la fecha de ingreso a los Tribunales de Tratamiento o la fecha del arresto o violación técnica que volvió a la persona apta para el programa como la fecha de inicio para el análisis. Si el grupo de comparación está compuesto por personas en libertad condicional, las fechas de inicio comparables podrían ser la fecha en la que la persona recibió su libertad condicional o la fecha del arresto que generó dicha sentencia.

Si el tiempo en riesgo difiere significativamente entre grupos, el evaluador podría compensar este problema ajustando estadísticamente el tiempo en riesgo en las comparaciones de resultados. Por ejemplo, el evaluador podría ingresar tiempo en riesgo como una covariable en el análisis estadístico. Una *covariable* es una variable que se ingresa primero en un modelo estadístico. El efecto independiente de la variable de interés (en este caso, ser tratado en un Tribunal de Tratamiento) se examina después de tomar en cuenta el efecto de la covariable. Este procedimiento indicaría si los participantes en los Tribunales de Tratamiento tuvieron mejores resultados tras tomar en cuenta primero la influencia de su tiempo más breve en riesgo. Sin embargo, el uso de covariables no siempre es exitoso, y la mejor medida es asegurar que los grupos tengan ventanas de seguimiento equivalentes.

Un tema similar es el *tiempo en libertad*. El tiempo en libertad y el tiempo en riesgo son similares en que ambos afectan la oportunidad del participante de reincidir o adoptar otros comportamientos de interés para la evaluación. La diferencia es que el tiempo en libertad está relacionado con si las condiciones restrictivas fueron impuestas al participante. Las condiciones restrictivas más obvias involucran las barreras físicas de la libertad, como el encarcelamiento o internamiento en un centro residencial de tratamiento. Estas barreras físicas restringen severamente la capacidad de un paciente para usar drogas, delinquir nuevamente, obtener un trabajo o adoptar otros comportamientos de interés para los evaluadores.

Un error potencial de las evaluaciones de los Tribunales de Tratamiento es ignorar el tiempo en libertad cuando se realizan comparaciones de resultados. En algunas jurisdicciones, por ejemplo, las personas que no ingresan a un Tribunal de Tratamiento podrían tener más probabilidades de recibir una sentencia de prisión. Si son encarcelados durante una parte del periodo de seguimiento, pueden tener menos oportunidades para delinquir nuevamente o consumir drogas, en comparación con los participantes del Tribunal de Tratamiento que son atendidos en la comunidad. El evaluador puede llegar a la conclusión errada de que los Tribunales de Tratamiento hicieron que las personas delinquieran o usaran drogas nuevamente, cuando en realidad simplemente tenían más tiempo en libertad para hacerlo. Bajo estas circunstancias, el evaluador necesitaría realizar ajustes estadísticos para el tiempo en libertad de los participantes en los análisis de resultados. Por ejemplo, el evaluador podría ingresar el tiempo en libertad como una covariable en los modelos estadísticos. Esto indicaría si los participantes en los Tribunales de Tratamiento tenían mejores resultados tras haber tomado en consideración primero sus periodos más largos en libertad. Como se mencionó anteriormente, estos ajustes no siempre son exitosos en los Tribunales de Tratamiento y requieren de consultas con expertos para asegurar que el análisis se lleve a cabo apropiadamente.

Hay que tomar en cuenta que los evaluadores no siempre deben realizar ajustes para el tiempo en libertad. En la mayoría de los casos, por ejemplo, el tiempo que los participantes pasan privados de su libertad o internados en un centro residencial de tratamiento es un resultado importante por sí mismo, y debe ser valorado en conformidad desde un punto de vista fiscal. El decidir si se debe ajustar para el tiempo en libertad, al igual que muchas otras decisiones relacionadas con la evaluación, requiere de experiencia científica y de una cuidadosa consideración de los propósitos del estudio. Para estos análisis, los Tribunales de Tratamiento tienen la fuerte recomendación de obtener asesorías estadísticas y científicas por parte de expertos.

REFERENCIAS

- Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). *Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Belenko, S., Patapis, N., & French, M.T. (2005). *Economic benefits of drug treatment: A critical review of the evidence for policy makers*. Philadelphia: Treatment Research Institute.
- Berman, G., Rempel, M., & Wolf, R.V. (Eds.). (2007). *Documenting results: Research on problem-solving justice*. New York: Center for Court Innovation.
- Bryson, J.M., Crosby, B.C., & Stone, M.M. (2006). The design and implementation of cross-sector collaborations: Propositions from the literature. *Public Administration Review*, 66(Suppl.1), 44–55.
- Burke, K.S. (2010). Just what made drug courts successful? *New England Journal on Criminal & Civil Confinement*, 36(1), 39–58.
- Campbell, D.T., & Stanley, J.C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- 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.
- 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., & Waller, M.S. (2011). *Oregon drug courts: Statewide costs and promising practices*. Portland, OR: NPC Research.
- Casey, P., Warren, R., Cheesman, F., & Elek, J. (2012). *Helping courts address implicit bias: Resources for education*. 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). *A statewide evaluation of New York's adult drug courts: Identifying which policies work best*. New York: Center for Court Innovation.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50). doi:10.1186/1748-5908-4-50
- Dehejia, R.H., & Wahba, S. (2002). Propensity score-matching methods for nonexperimental causal studies. *Review of Economics and Statistics*, 84(1), 151–161.
- DeVall, K.E., Gregory, P.D., & Hartmann, D.J. (2015, June 10). Extending recidivism monitoring for drug courts: Methods, issues and policy implications. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology: Online*. doi:10.1177/0306624X15590205.
- Downey, P.M., & Roman, J.K. (2010). *A Bayesian meta-analysis of drug court cost-effectiveness*. Washington, DC: The Urban Institute.
- Durose, M.R., Cooper, A.D., & Snyder, H.N. (2014). *Recidivism of prisoners released in 30 states in 2005: Patterns from 2005 to 2010*. Washington, DC: U.S. Dept. of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Etheridge, R.M., Craddock, S.G., Duntzman, G.H., & Hubbard, R.L. (1995). Treatment services in two national studies of community-based drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse*, 7(1), 9–26.
- Farrington, D.P. (2003). A short history of randomized experiments in criminology: A meagre feast. *Evaluation Review*, 27(3), 218–227.
- Farrington, D.P., & Welsh, B.C. (2005). Randomized experiments in criminology: What have we learned in the last two decades? *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 9–38.

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

- Friedmann, P.D., Taxman, F.S., & Henderson, C.E. (2007). Evidence-based treatment practices for drug-involved adults in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*(3), 267–277.
- Gifford, E.J., Eldred, L.M., McCutchan, S.A., & Sloan, F.A. (2014). The effects of participation level on recidivism: A study of Drug Treatment Courts using propensity score matching. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 9*(40). doi:10.1186/1747-597X-9-40
- Goldkamp, J.S., White, M.D., & Robinson, J.B. (2002). An honest chance: Perspectives on drug courts. *Federal Sentencing Reporter, 14*(6), 369–372.
- Gossop, M., Tradaka, K., Stewart, D., & Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug & Alcohol Dependence, 79*(3), 295–302.
- 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.
- 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.
- Government Accountability Office. (2011). *Adult drug courts: Studies show courts reduce recidivism, but DOJ could enhance future performance measure revision efforts* [No. GAO-12-53]. Washington, DC: Author.
- Harrell, A., & Roman, J. (2001). Reducing drug use and crime among offenders: The impact of graduated sanctions. *Journal of Drug Issues, 31*(1), 207–232.
- Heck, C. (2006). *Local drug court research: Navigating performance measures and process evaluations* [Monograph Series No. 6]. Alexandria, VA: National Drug Court Institute. Disponible en [http://www.ndci.org/sites/default/files/ndci/Mono6.Local Research.pdf](http://www.ndci.org/sites/default/files/ndci/Mono6.Local%20Research.pdf)
- Heck, C., & Roussell, A. (2007). Record keeping and statistics. In J.E. Lessenger & G.F. Roper (Eds.), *Drug courts: A new approach to treatment and rehabilitation* (pp. 401–413). New York: Springer.
- Heck, C., & Thanner, M.H. (2006). Evaluating drug courts: A model for process evaluation. *Drug Court Review, 5*(2), 51–82.
- Henderson, C.E., Young, D.W., Jainchill, N., Hawke, J., Farkas, S., & Davis, R.M. (2007). Program use of effective drug abuse treatment practices for juvenile offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*(3), 279–290.
- 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.
- Inciardi, J., Martin, S., & Butzin, C. (2004). Five-year outcomes of therapeutic community treatment of drug-involved offenders after release from prison. *Crime & Delinquency, 50*(1), 88–107.
- Jones, C. (2011, November). Intensive judicial supervision and drug court outcomes: Interim findings from a randomized controlled trial. *Crime & Justice Bulletin, 152*, 1–16. Disponible en <http://www.bocsar.nsw.gov.au/Documents/cjb152.pdf>
- Jones, C., & Kemp, R.I. (2011). The relationship between early-phase substance use trajectories and drug court outcomes. *Criminal Justice & Behavior, 38*(9), 913–933.
- King, R., & Elderbroom, B. (2014). *Improving recidivism as a performance measure*. Washington, DC: The Urban Institute. Disponible en <http://www.urban.org/UploadedPDF/413247-improving-recidivism.pdf>
- Knight, K., Simpson, D.D., & Hiller, M.L. (1999). Three-year reincarceration rates outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. *Prison Journal, 79*(3), 337–351.
- Latimer, J., Morton-Bourgon, K., & Chretien, J. (2006). *A meta-analytic examination of drug treatment courts: Do they reduce recidivism?* Ottawa, ON: Canada Dept. of Justice, Research & Statistics Division.
- 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.
- 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.
- Marlowe, D.B. (2010). *Introductory handbook for DWI court program evaluations*. Alexandria, VA: National Center for DWI Courts. Disponible en <http://www.dwicourts.org/sites/default/files/nadcp/DW1%20Ct%20Eval%20Manual%20REVISED-8-10.pdf>
- Marlowe, D.B. (2013). Achieving racial and ethnic fairness in drug courts. *Court Review, 49*(1), 40–47.
- Marlowe, D.B. (in press). *Manual for scientific monitoring and evaluation of drug treatment courts in the Americas*. Washington, DC: Inter-American Drug Abuse Control Commission, Organization of American States.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

- 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., Heck, C., Huddleston, C.W., & Casebolt, R. (2006). A national research agenda for drug courts: Plotting the course for second-generation scientific inquiry. *Drug Court Review*, 5(2), 1–31.
- Martin, S.S., Butzin, C.A., Saum, C.A., & Inciardi, J.A. (1999). Three-year reincarceration outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: From prison to work release to aftercare. *Prison Journal*, 79(3), 294–320.
- McIvor, G. (2009). Therapeutic jurisprudence and procedural justice in Scottish drug courts. *Criminology & Criminal Justice*, 9(1) 29–49.
- 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.
- 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. (2010). Drug court performance measures and program evaluation. Retrieved from <http://www.nij.gov/topics/courts/drug-courts/pages/measures-evaluation.aspx>
- National Research Council. (2001). *Informing America's policy on illegal drugs: What we don't know keeps hurting us*. Washington, DC: National Academy Press.
- Olson, D.E., & Lurigio, A.J. (2014). The long-term effects of prison-based drug treatment and aftercare services on recidivism. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53(8), 600–619.
- Peikes, D.N., Moreno, L., & Orzol, S.M. (2008). Propensity score matching: A note of caution for evaluators of social programs. *American Statistician*, 62(3), 222–231. doi:10.1198/000313008X332016
- Pelaia, R.A. (n.d.). Medical record entries: What is timely and reasonable? Retrieved from <http://news.aapc.com/index.php/2013/09/medical-record-entries-what-is-timely-and-reasonable/>
- Peters, R.H. (1996). *Evaluating drug court programs: An overview of issues and alternative strategies*. Washington, DC: Justice Programs Office at American University.
- 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.
- Popper, K. (1959). *The logic of scientific discovery*. New York: Harper & Row.
- Rempel, M. (2006). Recidivism 101: Evaluating the impact of your drug court. *Drug Court Review*, 5(2), 83–112.
- Rempel, M. (2007). Action research: Using information to improve your drug court. In G. Berman, M. Rempel & R.V. Wolf (Eds.), *Documenting results: Research on problem-solving justice* (pp. 101–122). New York: Center for Court Innovation.
- Rossman, S.B., Rempel, M., Roman, J.K., Zweig, J.M., Lindquist, C.H., Green, M.,... 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>
- Rubio, D.M., Cheesman, F., & Federspiel, W. (2008a). *Performance measurement of drug courts: The state of the state*. Williamsburg, VA: National Center for State Courts. *Disponible en* <http://cdm16501.contentdm.oclc.org/cdm/ref/collection/spcts/id/171>
- Rubio, D.M., Cheesman, F., & Webster, L. (2008b). *Kentucky drug court statewide technical assistance project: Development of statewide adult drug court performance measures*. Denver, CO: National Center for State Courts.
- Rudes, D.S., Viglione, J., & Porter, C.M. (2013). Using quality improvement models in correctional organizations. *Federal Probation*, 77(2). *Disponible en* <http://www.uscourts.gov/uscourts/FederalCourts/PPS/FedProb/2013-09/quality.html>
- Shaffer, D.K. (2010). Looking inside the black box of drug courts: A meta-analytic review. *Justice Quarterly*, 28(3), 493–521.
- Taxman, F.S., & Belenko, S. (2013). *Implementing evidence-based practices in community corrections and addiction treatment*. New York: Springer.
- Taxman, F.S., & Bouffard, J.A. (2003). Substance abuse counselors' treatment philosophy and the content of treatment services provided to offenders in drug court programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 75–84.
- Taxman, F.S., Perdoni, M.L., & Harrison, L.D. (2007). Drug treatment services for adult offenders: The state of the state. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(3), 239–254.
- Telep, C.W., Garner, J.H., & Visher, C.A. (2015, July 3). The production of criminological experiments revisited: The nature and extent of federal support for experimental designs, 2001–2013. *Journal of Experimental Criminology: Online*. doi:10.1007/s11292-015-9239-6

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

- Truman, J.L., & Langton, L. (2014). *Criminal victimization, 2013*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, U.S. Dept. of Justice. *Disponible en* <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/cv13.pdf>
- 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.
- Van Wormer, J. (2010). Understanding operational dynamics of drug courts (Doctoral dissertation, University of Washington). Retrieved from http://research.wsulibs.wsu.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/2376/2810/vanWormer_wsu_0251E_10046.pdf?sequence=1
- Waters, N.L., Cheesman, F.L., Gibson, S.A., & Dazevedo, I. (2010). *Mental health court performance measures: Implementation and user's guide*. Williamsburg, VA: National Center for State Courts.
- Wexler, H.K., Melnick, G., Lowe, L., & Peters, J. (1999). Three-year reincarceration outcomes for Amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *Prison Journal*, 79(3), 321–336.
- Wexler, H.K., Zehner, M., & Melnick, G. (2012). Improving drug court operations: NIATx organizational improvement model. *Drug Court Review*, 8(1), 80–95.
- 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.
- Yeaton, W., & Camberg, L. (1997). *Program evaluation for managers: A primer*. Boston: Management Decision and Research Center and Office of Research and Development, Dept. of Veterans Affairs. *Disponible en* <http://www.hsrd.research.va.gov/publications/internal/ProgEval-Primer.pdf>
- 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.
- Zarkin, G.A., Cowell, A.J., Hicks, K.A., Mills, M.J., Belenko, S., Dunlap, L.J., & Keyes, V. (2012, November 5). Lifetime benefits and costs of diverting substance-abusing offenders from state prison. *Crime & Delinquency: Online*. doi:10.1177/0011128712461904

APÉNDICE C

EVALUACIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Esta lista ofrece ejemplos de las herramientas empleadas para evaluar necesidades complementarias entre personas con problemas de uso de sustancias en el sistema de justicia penal. Se puede obtener más información sobre las herramientas de evaluación de necesidades en los siguientes sitios web:

Alcohol and Drug Abuse Institute Library at the University of Washington

<http://lib.adai.washington.edu/instruments/>

The National GAINS Center

<http://gainscenter.samhsa.gov/pdfs/disorders/ScreeningAndAssessment.pdf>

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE NECESIDADES CLÍNICAS

Addiction Severity Index (ASI)

http://www.tresearch.org/wp-content/uploads/2012/09/ASI_5th_Ed.pdf

Global Appraisal of Individual Needs (GAIN)

<http://www.gaincc.org/products-services/instruments-reports/>

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE NECESIDADES CRIMINÓGENAS

Correctional Offender Management Profiling for Alternative Sanctions (COMPAS)

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

Inventory of Offender Risk, Needs, and Strengths (IORNS)

<http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=IORNS>

Offender Profile Index (OPI)

<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/148829NCJRS.pdf>

Offender Screening Tool (OST)

<http://www.azcourts.gov/apsd/EvidenceBasedPractice/RiskNeedsAssessment/OffenderScreeningTool%28OST%29.aspx>

Ohio Risk Assessment System (ORAS)

http://www.ocjs.ohio.gov/ORAS_FinalReport.pdf

Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI)

[https://ecom.mhs.com/\(S\(0aqkan55ovozwq55w2oxt445\)\)/saf_om.aspx?id=Training](https://ecom.mhs.com/(S(0aqkan55ovozwq55w2oxt445))/saf_om.aspx?id=Training)

Static Risk and Offender Needs Guide (STRONG)

<https://www.assessments.com/purchase/detail.asp?SKU=5205>

EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL

Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

<http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000159/beck-depression-inventoryii-bdi-ii.html?Pid=015-8018-370&Mode=summary>

Beck Anxiety Inventory (BAI)

<http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000251/beck-anxiety-inventory-bai.html?Pid=015-8018-400&Mode=summary>

Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)

<http://gainscenter.samhsa.gov/pdfs/disorders/bjmhsform.pdf>

CJ-DATS Co-Occurring Disorder Screening Instrument (CJ-CODSI)

<https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/files/CJ-CODSI.pdf>

Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale (GAD-7)

<http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/GAD708.19.08Cartwright.pdf>

Global Appraisal of Individual Needs-Short Screener (GAIN-SS)

<http://www.gaincc.org/products-services/instruments-reports/>

Mental Health Screening Form-III (MHSF-III)

https://www.idph.state.ia.us/bh/common/pdf/substance_abuse/integrated_services/jackson_mentalhealth_screeningtool.pdf

Modified Mini-Screen (MMS)

<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/qi/qi-mms-scoringsht.pdf>

Mood Disorder Questionnaire (MDQ)— Bipolar Disorder

<http://www.integration.samhsa.gov/images/res/MDQ.pdf>

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

<http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000645/symptom-checklist-90-revised-scl90r.html>

ESCALAS DE TRAUMA Y TEPT

Acute Stress Disorder Structured Interview (ASDI)

[http://www.istss.org/assessing-trauma/acute-stress-disorder-structured-interview-\(asdi\).aspx](http://www.istss.org/assessing-trauma/acute-stress-disorder-structured-interview-(asdi).aspx)

Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)

<http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp>

Life Events Checklist

<http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/life-event-checklist-lec.pdf>

Posttraumatic Symptom Scale Interview (PSS-I)

<http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/pss-i.asp>

PTSD Checklist (PCL)

https://www.facs.org/~media/files/quality%20program/s/trauma/vrc%20resources/10_ptsd_checklist_and_scoring.ashx

PTSD Checklist—Civilian Version

http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/Abbreviated_PCL.pdf

Trauma History Screen

<http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/th.sas>

ESCALAS DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD

HIV Risk Assessment

<http://hivaidresource.org/hiv-testing/hiv-risk-assessment/>

Texas Christian University (TCU) HIV/AIDS Risk Assessment

<http://ibr.tcu.edu/wp-content/uploads/2014/07/HIV-AIDS-intake-ara.pdf>

University of Pennsylvania Risk Assessment Battery (RAB)

http://www.med.upenn.edu/hiv/rab_download.html

APÉNDICE C

Wisconsin AIDS/HIV Program: Client Assessment Survey

<https://wi-ew.lutherconsulting.com/Wisconsin/commonFiles/downloads/BehavioralRiskSurvey.pdf>

ESCALAS DE PENSAMIENTO DELICTIVO

Criminal Sentiments Scale

https://www.dpscs.state.md.us/publicservs/procurement/QA_5_ATTACHMENT_2_CRIMINAL_SENTIMENT_SCALE.pdf

Texas Christian University Criminal Thinking Scales (TCU-CTS)

<http://ibr.tcu.edu/forms/tcu-criminal-thinking-scales/>

Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS)

<http://asm.sagepub.com/content/9/3/278.short>

APÉNDICE D

SERVICIOS SOCIALES Y TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO BASADOS EN LA EVIDENCIA

Los siguientes sitios web ofrecen información sobre tratamientos y servicios sociales basados en la evidencia que abordan las necesidades complementarias de las personas con problemas de uso de sustancias en el sistema de justicia penal.

GESTIÓN DE CASO CLÍNICO

Case Management Society of America

<http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhoWeAre/tabid/22/Default.aspx>

Commission for Case Management Certification

<http://ccmcertification.org/>

National Treatment Accountability for Safer Communities

<http://nationaltasc.org/resources/>

Treatment Accountability for Safer Communities Crime and Justice Institute, Illinois

<http://www2.tasc.org/>

EDUCACIÓN PREVENTIVA BASADA EN LA EVIDENCIA

Bureau of Justice Assistance Naloxone Overdose Reversal Toolkit

<https://www.bjatrainng.org/tools/naloxone/Naloxone%2BBackground>

Centers for Disease Control and Prevention (CDCP), HIV/AIDS Prevention Programs

<http://www.cdc.gov/hiv/prevention/programs/index.html>

SAMHSA

Opioid Overdose Prevention Toolkit

<http://store.samhsa.gov/product/Opioid-Overdose-Prevention-Toolkit-Updated-2014/SMA14-4742>

TRATAMIENTO Y SERVICIOS SOCIALES BASADOS EN LA EVIDENCIA

The Campbell Collaboration Library of Systematic Reviews

<http://www.campbellcollaboration.org/lib/>

The Cochrane Collaboration

<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

CrimeSolutions.gov

National Institute of Justice (NIJ)

<http://www.crimesolutions.gov/Programs.aspx>

International Society for Traumatic Stress Studies

<https://www.istss.org/>

National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP)

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

<http://www.nrepp.samhsa.gov/>

APÉNDICE E

SISTEMAS DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN PARA LOS EVALUADORES DE TRIBUNALES DE TRATAMIENTO

Esta lista ofrece ejemplos de sistemas de información de gestión (MIS) desarrollados para apoyar en la evaluación de Tribunales de Tratamiento u otros tribunales de resolución de problemas. La información sobre los MIS adicionales puede encontrarse contactando al profesorado de NDCI u otras organizaciones que realizan evaluaciones a programas de Tribunales de Tratamiento.

Buffalo, NY, Sistema de Gestión de Casos de los Tribunales de Tratamiento (contactar a NDCI para más información)

<http://www.ndci.org/contact>

Advanced Computer Technologies Drug Court Case Management (DCCM) System

<http://www.actinnovations.com/solutions/cms.aspx>

Treatment Research Institute Court Evaluation Program (TRI-CEP)

<http://www.tresearch.org/tools/for-courts/tri-cep/demo/>

Criminal Justice—Drug Abuse Treatment Studies (CJ-DATS) eCourt System

<http://www.gmuace.org/documents/prod-pub/cjdats/cjdats-summary-ecourt.pdf>

Social Solutions

Adult Drug Court Performance Model, Efforts to Outcomes (ETO) Software

<http://www.socialsolutions.com/ad/>

Strength Based Digital Connections, LLC The Virtual File Case Management System for Tribal Courts

www.thevirtualfile.com