

**Mejora de la calidad de los tribunales de drogas:**  
*Prácticas basadas en pruebas*

Editores:

Carolyn Hardin, M.P.A

Jeffrey N. Kushner, M.A.

Abril de 2008

Mejora de la calidad de los tribunales de drogas: *Prácticas basadas en pruebas*

Redactado por el Instituto Nacional de Tribunales de Drogas, filial de educación, investigación y becas de la Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Drogas.

Copyright © 2008, National Drug Court Institute

## **INSTITUTO NACIONAL DE TRIBUNALES DE DROGAS**

*C. West Huddleston, III, Director Ejecutivo*

*Carolyn Hardin, Directora*

4900 Seminary Road, Suite 320

Alexandria, VA 22311

Tel. (703) 575-9400

Fax. (703) 575-9402

[www.ndci.org](http://www.ndci.org)

Este proyecto fue respaldado por el Acuerdo de Cooperación Número 2007-DC-BX-K001, otorgado por la Oficina de Asistencia Judicial, con el apoyo de la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas, Oficina Ejecutiva del Presidente. La Oficina de Asistencia Judicial forma parte de la Oficina de Programas de Justicia, que también incluye a la Oficina de Estadísticas Judiciales, al Instituto Nacional de Justicia, a la Oficina de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia, y a la Oficina para Víctimas del Delito. Los puntos de vista y opiniones expresados en este documento pertenecen a los autores y no representan la posición o las políticas oficiales del Departamento de Justicia de los Estados Unidos ni de la Oficina Ejecutiva del Presidente.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en sistemas de recuperación ni transmitirse, de ninguna forma ni a través de cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, mediante fotocopias, grabación u otro modo sin la autorización previa y por escrito del Instituto Nacional de Tribunales de Drogas.

Impreso en los Estados Unidos de América.

*Los tribunales de drogas realizan su tarea sin manifestar, mediante sus palabras o conductas, parcialidades ni prejuicios, incluidos, entre otros, los relacionados con la raza, sexo, nacionalidad, discapacidad, edad, orientación sexual, idioma o posición socioeconómica.*



## AGRADECIMIENTOS

El Instituto Nacional de Tribunales de Drogas (INTD) agradece a la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas de la Oficina Ejecutiva del Presidente y a la Oficina de Programas de Justicia, Oficina de Asistencia Judicial del Departamento de Justicia de los Estados Unidos por el apoyo brindado para hacer posible esta publicación.

El INTD agradece profundamente a los investigadores que se comprometieron a desarrollar los capítulos individuales con pleno conocimiento de que no percibirían ninguna remuneración. No fue necesario convencerlos para que aceptaran trabajar con nosotros en este documento. Sin lugar a dudas, todos ellos están orgullosos de la investigación que llevaron a cabo y están deseosos de compartirla para el beneficio los tribunales de drogas y nuestros participantes. Los investigadores participantes se dedicaron con seriedad al proyecto y esperaban lograr un resultado del que pudieran sentirse orgullosos. Asimismo, esperaban que fuera de utilidad para los tribunales de drogas de todo el país. Nuestro grupo de trabajo efectuó críticas a los capítulos de los demás participantes y, en consecuencia, se realizaron cambios que dieron como resultado un documento mejorado. Ellos son:

Adam C. Brooks, Ph.D., Treatment Research Institute (instituto de investigación de tratamientos)

Deni Carise, Ph.D., Treatment Research Institute (instituto de investigación de tratamientos)

Patrick M. Flynn, Ph.D., Universidad Cristiana de Texas

Christine Grella, Ph.D., Programas Integrados de Abuso de Sustancias, de la UCLA

James A. Hall, Ph.D., Universidad de Iowa

Kathryn A. Kelly, Universidad de Washington

Kevin Knight, Ph.D., Universidad Cristiana de Texas

G. Alan Marlatt, Ph.D., Universidad de Washington

Douglas B. Marlowe, J.D., Ph.D., Treatment Research Institute (instituto de investigación de tratamientos)

Thomas McLellan, Ph.D., Treatment Research Institute (instituto de investigación de tratamientos)

Charles O'Brien, M.D., Ph.D., Universidad de Pennsylvania

Andrew Osborne, National Development & Research Institutes, Inc.

George A. Parks, Ph.D., Universidad de Washington

Roger H. Peters, Ph.D., Universidad de Florida del Sur

Amanda R. Reedy, Universidad de Iowa

Charles R. Schuster, Ph.D., Universidad Loyola

D. Dwayne Simpson, Ph.D., Universidad Cristiana de Texas

Maxine L. Stitzer, Ph.D., Johns Hopkins Medicine

Julie K. Williams, Ph.D., Universidad de Iowa

Esta publicación no podría haberse concretado sin el valioso aporte, supervisión y trabajo editorial de las siguientes personas:

Chet Bell, Centro Stewart-Marchman

Alec Christoff, Instituto Nacional de Tribunales de Drogas

C. West Huddleston, III, Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Drogas/Instituto Nacional de Tribunales de Drogas

T. Ron Jackson, Universidad de Washington

El honorable Louis J. Prezenza, Philadelphia Municipal Court (tribunal municipal de Filadelfia)

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: ESTUDIOS DE LOS TRIBUNALES DE DROGAS Knight, Flynn, & Simpson	3
CAPÍTULO 2: EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS CONTRA LAS ADICCIONES McLellan	13
CAPÍTULO 3: TERAPIA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN DELINCUENTES TOXICÓMANOS Marlatt, Parks, & Kelly	23
CAPÍTULO 4: TRATAMIENTO CON SUPERVISIÓN DE MEDICAMENTOS PARA QUIENES PARTICIPAN EN LOS PROGRAMAS DE LOS TRIBUNALES DE DROGAS Schuster & O'Brien	33
CAPÍTULO 5: COMPETENCIA CULTURAL EN LOS TRIBUNALES DE DROGAS Osborne	43
CAPÍTULO 6: TRASTORNOS COEXISTENTES Peters	51
CAPÍTULO 7: SERVICIO DE TRATAMIENTOS DE DROGADICCIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA MUJERES Grella	63
CAPÍTULO 8: ADMINISTRACIÓN DE CASOS Y TRIBUNALES DE DROGAS Hall, Williams, & Reedy	75
CAPÍTULO 9: ENLACE ENTRE LOS PARTICIPANTES DE LOS TRIBUNALES DE DROGAS CON LOS SERVICIOS NECESARIOS Carise & Brooks	87
CAPÍTULO 10: INCENTIVOS DE MOTIVACIÓN EN LOS TRIBUNALES DE DROGAS Stitzer	97
CAPÍTULO 11: APLICACIÓN DE SANCIONES Marlowe	107
ANEXO: LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL DISEÑO DE TRIBUNALES DE	115

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS  
PARA ABORDAR LOS TRASTORNOS COEXISTENTES





## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, 22,6 millones de estadounidenses son consumidores de alcohol y/o drogas ilegales (SAMHSA, 2007). En el año 2005, más de 20.000 participantes "limpios", sobrios y respetuosos de la ley se graduaron en los tribunales de drogas de todo el país (Huddleston, Marlowe, y Casebolt, 2008).

En el gran esquema de las cosas, y dada la cantidad total de personas en el sistema de justicia penal con problemas de consumo de drogas, resulta de suma importancia incrementar la cantidad de tribunales de drogas. La investigación revela claramente que quienes se gradúan en los tribunales de drogas reinciden considerablemente menos que otras personas con problemas de drogadicción fuera y dentro del sistema de justicia penal (Belenko, 2001; Oficina de Responsabilidad Gubernamental, 2005).

Con todas las investigaciones y publicaciones relacionadas con los tribunales de drogas, casi no hay dudas de que los tribunales de drogas son eficaces, pero ¿pueden ser más eficaces? La respuesta es sí, siempre y cuando continuemos innovando y aprendiendo más sobre lo que da resultados y sobre lo que no da resultados. A medida que vamos incrementando la cantidad de tribunales de drogas geográficamente y en cuanto a su capacidad, ¿estamos también incrementando la calidad? ¿Estamos utilizando *todo* el material de las investigaciones disponibles para mantener a las personas dentro del proceso de los tribunales de drogas y para aumentar la cantidad de personas que se gradúan? Probablemente no.

Por este motivo, el Instituto Nacional de Tribunales de Drogas y un cuadro de líderes de los mejores investigadores del mundo desarrollaron *Mejora de la calidad de los tribunales de drogas: Prácticas basadas en pruebas*.

Ya contamos con casi 3.000 tribunales de drogas y otros tribunales de resolución de problemas en los Estados Unidos. Algunas Cortes Supremas estatales u Oficinas Administrativas de los Tribunales han ido a sus legislaturas con recomendaciones presupuestarias para dar lugar a un tribunal de drogas en cada distrito judicial de los estados. La literatura relacionada con este tema da cuenta de este nivel de esfuerzo.

Los diez elementos clave son las pautas para el movimiento de los tribunales de drogas. La comunidad de los tribunales de drogas está en deuda con el grupo que desarrolló ese documento en cuanto a la dirección y el estándar que estableció para nosotros. Sin embargo, para que existan muchos tribunales de drogas en el país, ya es hora de asegurar la fidelidad al modelo, garantizando que se implementen las prácticas basadas en pruebas. Esta monografía servirá como catalizador para los grupos que insistan en lograr estándares más elevados en el funcionamiento de los tribunales de drogas. Cada capítulo de esta monografía cuenta con información de investigaciones que pueden guiar a los tribunales de drogas en sus esfuerzos por aumentar los índices de retención y graduación de participantes que están de acuerdo con formar parte del proceso de los tribunales de drogas. Nuestro anhelo es que los tribunales de drogas que implementen las prácticas basadas en pruebas como las recomendadas en esta monografía puedan aumentar sus índices hasta un 10%.

Este es un trabajo importante no solo para los que trabajan en los tratamientos, sino para los jueces, fiscales, abogados defensores, agentes de libertad condicional, administradores de tribunales de drogas y demás miembros de los tribunales de drogas. Esperamos que esta monografía sirva como principio básico del movimiento de los tribunales de drogas.

## CÓMO UTILIZAR ESTE DOCUMENTO

El Instituto Nacional de Tribunales de Drogas está comprometido con la mejora del funcionamiento de *Mejora de la calidad de los tribunales de drogas:*

*Serie 9 de monografías*

los tribunales de drogas, colaborando con la inserción de las mejores prácticas basadas en pruebas. El presente documento está destinado a los grupos de los tribunales de drogas, y tiene la finalidad de ayudar a mejorar las prácticas de tratamientos. La finalidad de este documento se centra también en el enfoque de “aquello que funciona”, sobre la base de la ciencia y con recomendaciones para brindar asistencia a los tribunales en la implementación de las mejores prácticas para mejorar el funcionamiento de todo el programa. La orientación que brinda este documento tiene como fin la interpretación a escala local y estatal, de forma tal que permita a los grupos tomar en consideración sus limitaciones de recursos y las diversas necesidades de la población.

Los capítulos de este documento están organizados en cuatro áreas principales: introducción, desarrollo, recomendaciones y recursos. En cada capítulo, se presentan las recomendaciones de los investigadores según el orden de importancia. Además, cada capítulo brinda una extensa lista de recursos que permitirá a los grupos revisar más exhaustivamente los conceptos.

Esta monografía presenta una perspectiva general de la investigación sobre la forma efectiva de tratar al paciente en un tribunal de drogas. Además, dilucida las clases de problemas que los administradores y supervisores de los tribunales de drogas deben tener en cuenta al desarrollar las solicitudes de propuestas para los servicios de tratamiento y al identificar recursos adicionales para dar un mejor servicio a los que participan de los tribunales de drogas. Todos los miembros de los grupos de los tribunales de drogas deben leer este documento. Cada miembro juega un papel esencial para garantizar que se satisfagan las necesidades de los participantes de los tribunales de drogas. El enfoque en la mejora de la calidad, de modo de mejorar el compromiso, la retención y la graduación de más pacientes que participan en el proceso de los tribunales de drogas, requiere de la comprensión y utilización de las pruebas e investigaciones. Este documento puede proporcionar ese enfoque.

## REFERENCIAS

- Belenko, S. R. (2001). *Research on drug courts: A critical review 2001 update*. New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.
- Government Accountability Office. (2005). *Adult drug courts: Evidence indicates recidivism reductions and mixed results for other outcomes*. Washington, DC: Autor.
- Huddleston, C. W., Marlowe, D. B., & Casebolt, R. L. (2008). *Painting the current picture: A national report card on drug courts and other problem solving courts in the United States* (Vol. 2, No. 1). Alexandria, VA: Instituto Nacional de Tribunales de Drogas.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2007). *Resultados del estudio nacional sobre el consumo de drogas y salud del año 2006: Hallazgos nacionales* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-32, DHHS Publication No. SMA 07-4293). Rockville, MD: Autor.

# **ESTUDIOS DE LOS TRIBUNALES DE DROGAS**

**Kevin Knight, Ph.D.**  
**Patrick M. Flynn, Ph.D.**  
**D. Dwayne Simpson, Ph.D.**

Universidad Cristiana de Texas



## INTRODUCCIÓN

Los jueces de los tribunales de drogas no sólo deciden quiénes reúnen las condiciones para ingresar a sus tribunales, sino que además toman decisiones de derivación sobre cuáles son los servicios más adecuados. ¿Debería permitirse la admisión de delincuentes que cuentan con cualquier clase de historial de abuso de sustancias y actividad delictiva, o debería restringirse la admisión a aquellas personas con problemas de adicción que representan la mayor amenaza para la seguridad pública? ¿Es suficiente la derivación o ubicación en un programa de tratamiento de drogadicción ambulatorio o es más conveniente un nivel de cuidado más extenso e intensivo debido a las mayores necesidades y a la gravedad del problema?

Mientras que la eficacia potencial del modelo de los tribunales de drogas está bien documentada, los índices de finalización de muchos de ellos siguen siendo inaceptablemente bajos, entre el 27% y el 66% en los programas de los tribunales de drogas para adultos seleccionados (Oficina de Responsabilidad Gubernamental, 2005). Sin embargo, los porcentajes no sorprenden, porque las decisiones subjetivas y vagamente fundadas habitualmente llevan a admitir a candidatos inadecuados en los programas de los tribunales de drogas. Las ubicaciones sin garantías frecuentemente dan como resultado faltas de compromiso y deserción, lo que malgasta recursos valiosos que podrían asignarse a candidatos más adecuados.

Uno de los elementos clave para lograr resultados favorables es el uso objetivo de instrumentos de evaluación y estudio, basado en las pruebas, para dar información sobre el proceso de toma de decisiones. Cuando se los utiliza junto con información colateral (como resultados de pruebas de orina y registros de arresto), los datos reunidos en los estudios breves y en las evaluaciones clínicas más prolongadas pueden utilizarse para maximizar los recursos de los tribunales a través de la selección de pacientes óptimos y de la identificación de problemas que requieren intervención especializada (Miller & Shutt, 2001). Además, estas herramientas pueden utilizarse para definir un plan de tratamiento y para monitorear el progreso del paciente durante el tratamiento y durante el proceso del tribunal de drogas relacionado (Simpson, 2004). Los beneficios de este enfoque son claros: la investigación ha demostrado que las personas con múltiples problemas han logrado mejores resultados cuando se utiliza un protocolo de evaluación y estudio integrado para evaluar y asistir las decisiones de derivación (Kofoed, Dania, Walsh, & Atkinson, 1986).

En el nivel más básico, el estudio determina la **elegibilidad** y habitualmente tiene lugar poco después del arresto. La evaluación determina la **idoneidad** para clases específicas e intensidad de servicios, y ocurre frecuentemente luego de que se admite al delincuente en un programa de tribunales de drogas.

Independientemente de estos beneficios, muchos programas de tribunales de drogas aún deben adoptar el uso de instrumentos estandarizados para realizar el estudio y la evaluación (Cooper, 1997; Peyton & Gossweiler, 2001). Mientras que reconocen el valor de ese enfoque, algunos tribunales simplemente no saben qué pasos seguir para lograr ese objetivo. Por lo tanto, este capítulo se concentra en brindar una orientación práctica en cuanto a la selección y el uso de los instrumentos de *estudio* estandarizados.

## DESARROLLO

Aunque las palabras “estudio” y “evaluación” se utilizan frecuentemente una en lugar de la otra, cada una de ellas un sentido muy distinto con relación al proceso de los tribunales de drogas. En el nivel más básico, el estudio determina la *elegibilidad* y habitualmente tiene lugar poco después del arresto. La evaluación determina la *idoneidad* para clases específicas e intensidad de servicios, y ocurre frecuentemente luego de que se admite al delincuente en un programa de tribunales de drogas. El proceso de evaluación muestra un panorama dinámico, exhaustivo y más detallado de los problemas del paciente y ayuda a especificar en forma correcta las clases y niveles de servicios. Para un análisis detallado en relación con las evaluaciones de los tribunales de drogas, consulte Peters y Peyton (1998) y Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) Treatment Improvement Protocols (TIPs) 7, 11 y 44 (CSAT, 1994a, 1994b, 2005)

El estudio para determinar la elegibilidad en relación al ingreso a un tribunal de drogas supone, ante todo, dos elementos: 1) la verificación de requisitos legales (por ejemplo, los requisitos de residencia, la comprobación de la existencia o no de delitos violentos o sexuales, etc.), y 2) la determinación en cuanto a si es adecuado admitir a la persona o no, teniendo en cuenta su información clínica. Mientras que la verificación de los requisitos legales puede resultar sencilla, la determinación del estado clínico depende de la selección y el uso de instrumentos de estudio que pueden estar bien definidos o no. Dada la innumerable cantidad de instrumentos de estudio disponible en la actualidad, ¿qué es lo que se debería considerar al seleccionar instrumentos de estudio para los tribunales de drogas?

### **¿Qué deberían investigar los tribunales de drogas?**

La respuesta simple a esa pregunta es identificar qué clase de información se necesita para determinar la elegibilidad clínica y *seleccionar únicamente aquellos instrumentos que servirán para estudiar los criterios de inclusión clínica establecidos.*

Ante todo, es fundamental estudiar a las personas en relación con la *gravedad del consumo de sustancias*, es decir, lo que se da en llamar "drogadicción" en el caso de consumir drogas y "alcoholismo" en el caso de consumo de alcohol. Las investigaciones han demostrado claramente que los servicios de tratamiento intensivo deberían estar reservados para las personas que sufren los problemas más graves de consumo de drogas (Knight, Simpson, y Hiller, 1999; Simpson, 2002). Brindar servicios intensivos a aquellas personas cuyos problemas presentan una menor gravedad no sólo es una pérdida de recursos valiosos (en particular, porque esas personas suelen mostrar resultados favorables con intervenciones menos intensivas), sino que además puede ser que su problema de consumo de drogas empeore (Andrews, Bonta, y Hoge, 1990). Tal como Peters y otros (2000) concluyeron en su investigación más importante sobre los instrumentos de estudio utilizados en personas que consumen alcohol y drogas dentro del marco del sistema penitenciario, existen varios instrumentos que identifican correctamente a los delincuentes que son drogodependientes. Estos estudios incluyen la sección Escala de dependencia al alcohol/Índice de severidad de adicción a las drogas (McLellan y otros, 1992; Ross, Gavin, y Sinner, 1990; Skinner y Horn, 1984), el Instrumento de estudio simple (Center for Substance Abuse Treatment, 1994), y el Drug Screen II (estudio de drogas II) de la Universidad Cristiana de Texas (Knight, Simpson, y Hiller, 2002). Todos son relativamente breves, cuentan

con buenas propiedades psicométricas y, a excepción de la Escala de dependencia al alcohol, están disponibles en forma gratuita.

En segundo lugar, los tribunales de drogas deberían estudiar si existen **problemas graves de salud mental**, incluida la idea de suicidio. La identificación temprana de la existencia potencial de trastornos mentales permite al juez del tribunal de drogas evaluar la necesidad de recurrir a los servicios de tratamiento disponibles y la necesidad de una evaluación clínica posterior para determinar las clasificaciones de diagnóstico. Si no se los diagnostica ni trata, los participantes de los tribunales de drogas que tienen trastornos mentales, probablemente sufran graves dificultades para lograr resultados exitosos en el programa del tribunal y en la comunidad. En algunos casos, puede resultar más conveniente enviar a las personas con determinados tipos de trastornos mentales a otras clases de tribunales o servicios, como los Tribunales de salud mental. Para un análisis más profundo sobre este tema y para conocer las recomendaciones relacionadas con los instrumentos de estudio que es necesario tener en cuenta, consulte el Capítulo 6 sobre los trastornos coexistentes.

En tercer lugar, aunque la gravedad del consumo de drogas y los problemas de salud mental graves son los factores clínicos principales para determinar la admisión en un tribunal de drogas, algunos tribunales también tienen en cuenta la **motivación personal para realizar el tratamiento**. Las presiones legales juegan un papel importante a modo de motivación externa para que los delincuentes ingresen y permanezcan en el tratamiento (Knight, Hiller, Broome, & Simpson, 2000). Sin embargo, aquellos pacientes que están internamente motivados para realizar el tratamiento son los que tienen más probabilidades de comprometerse con el proceso de tratamiento (por ejemplo, asistirán a las sesiones, desarrollarán relaciones de comunicación y se mostrarán satisfechos) y de lograr mejores resultados en el largo plazo (Simpson & Joe, 2004). Los futuros participantes de tribunales de drogas que no reconozcan tener un problema de abuso de drogas, que no quieran ayudar o que simplemente crean no estar preparados para un tratamiento pueden recurrir a los servicios de aumento de la motivación (por ejemplo, una entrevista motivacional) antes de que se los centralice en un proceso de tribunales de drogas. Las escalas de motivación/necesidad de tratamiento encontradas en la Evaluación del paciente de la justicia criminal referente a sí mismo y al tratamiento, perteneciente a la Universidad Cristiana de Texas (CJ CEST, por sus siglas en inglés) es una herramienta fundada en pruebas que puede utilizarse en forma efectiva para evaluar la disposición del delincuente a la hora de participar en un tribunal de drogas (Garner, Knight, Flynn, Morey & Simpson, impreso). Entre otros instrumentos de estudio de la motivación gratuitos que resultan de utilidad se encuentran las escalas de circunstancias, motivación y disponibilidad (CMR, por sus siglas en inglés), (De Leon, 1993) y la escala de evaluación de cambios la Universidad de Rhode Island (URICA, por sus siglas en inglés), (Prochaska y DiClemente, 1983).

En cuarto lugar, puede ser que los tribunales de drogas decidan tener en cuenta los **patrones de pensamiento delictivo** del delincuente al tomar decisiones sobre la ubicación. Con el principal objetivo de determinar quiénes son los delincuentes de más "alto riesgo" para la admisión en el programa, los tribunales habitualmente establecen el riesgo delictivo examinando el tipo de delito cometido y los antecedentes penales del delincuente. Esta información puede complementarse con el uso de una herramienta de estudio que capta los errores de pensamiento más comunes de los delincuentes. Las escalas de pensamiento delictivo de la Universidad

Cristiana de Texas (Knight, Garner, Simpson, Morey, y Flynn, 2006) son un instrumento gratuito que examina los derechos, las justificaciones, la orientación de poder, la frialdad, la racionalización delictiva y la irresponsabilidad personal. Los individuos drogodependientes que obtienen los mayores puntajes en estas escalas "piensan como delincuentes" y representan una amenaza a la seguridad pública. Claramente, son buenos candidatos para participar de las intervenciones de los tribunales de drogas designados tanto para abordar los problemas de consumo de drogas como de delincuencia.

### **Factores a tener en cuenta al seleccionar instrumentos de estudio**

Además de las decisiones sobre la necesidad de información proveniente del proceso de estudio, se deben tener en cuenta otros factores al seleccionar un instrumento de estudio.

1. *Únicamente elija aquellos instrumentos que verdaderamente se utilizarán durante el proceso de toma de decisiones.*

Desafortunadamente, el proceso de estudio casi siempre da como resultado una recopilación de información que se archiva, nunca se la ve ni se la utiliza nuevamente. En estos casos, en lugar de reunir datos para brindar información que sirva para la toma de decisiones, el proceso de recopilación de información se convierte en el objetivo (por ejemplo, al completar los requisitos de auditoría). Por ende, es esencial mantener la vigilancia de los programas, reunir sólo la información necesaria para determinar la elegibilidad para los tribunales de drogas y asegurar que realmente se utilice la información durante el proceso de toma de decisiones (Knight y otros, 2002). Si bien puede ser necesaria una discusión sobre la administración de un set de instrumentos de estudio más completo, el tiempo adicional y los excesivos datos recogidos generarán demasiado trabajo (y dinero) si tenemos en cuenta que la información no se utilizará durante el proceso de toma de decisiones.

2. *Seleccione estudios que puedan ser fácilmente administrados y calificados, y que arrojen resultados clínicamente significativos sobre la base de las comparaciones con la información normativa.* Conforme al tercer elemento clave (Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Drogas, 1997), se debe identificar en forma temprana y ubicar rápidamente a los participantes elegibles en el programa de los tribunales de drogas. Dado que la presentación inicial ante el juez debe ocurrir poco después del arresto, es necesario realizar los estudios en forma oportuna si se los va a utilizar en el proceso de toma de decisiones. Para que esto ocurra, los estudios deben administrarse de manera sencilla, se deben obtener los resultados rápidamente y se debe obtener un resumen de los resultados para la determinación de la elegibilidad en los tribunales de drogas. Los estudios realizados en computadora o con escáner óptico son cada vez más frecuentes y facilitan este proceso mucho más que al utilizar lápiz y papel o métodos de anotación a mano. Además, debe encontrarse disponible la información normativa<sup>1</sup> basada en los resultados de una gran cantidad de delincuentes, de modo que se puedan efectuar las comparaciones clínicamente significativas (por ejemplo, el puntaje inicial sobre la "motivación personal para realizar el tratamiento" de un potencial participante se encuentra dentro del 10%

---

<sup>1</sup> Las reglas son como el par en un curso de golf. Para ser completamente informativo, el puntaje individual debe compararse con el puntaje de una persona promedio (par), así como también con los puntajes de las personas por debajo de la media (bogey) y con los puntajes de las personas por encima de la media (birdie).



más bajo, lo que lo hace un candidato ideal para recibir los servicios de aumento de la motivación).

3. *Elija instrumentos que tengan una buena clasificación general de precisión* y características psicométricas, particularmente de *fiabilidad y validez*.

Por último, el instrumento de estudio ideal debe ser altamente preciso (por ejemplo, su clasificación es casi idéntica a la de otro instrumento que haya obtenido una evaluación clínica de "estándar de oro"); sin embargo, ningún instrumento de estudio es 100% preciso. Por ejemplo, algunos instrumentos utilizados para el consumo de drogas suelen clasificar a algunas personas como drogodependientes cuando no lo son, mientras que otros instrumentos clasifican a algunas personas como no drogodependientes cuando en realidad sí lo son. En la terminología estadística, se conoce a estos elementos de precisión como "sensibilidad" y "especificidad". La sensibilidad es la probabilidad de que el resultado del estudio dé positivo y clasifique correctamente a un individuo como drogodependiente cuando padece el trastorno. La especificidad es la probabilidad de que el resultado del estudio dé negativo y clasifique correctamente a un individuo como no drogodependiente cuando no padece el trastorno. De este modo, un instrumento de estudio con sensibilidad y especificidad perfectas clasificaría correctamente al 100% de las personas como drogodependientes o no drogodependientes al efectuar las admisiones a los tribunales de drogas. Desafortunadamente, como se mencionó, aún no existe el instrumento ideal. Por consiguiente, parte de la decisión de elegir un instrumento de estudio viene a cuenta de si es más conveniente cometer el error de derivar a un paciente a un servicio que no necesita (es decir, especificidad imperfecta) o si es más conveniente cometer el error de no derivar a un paciente a un servicio que sí necesita (es decir, sensibilidad imperfecta). Mientras que a simple vista la primera opción puede parecer la más segura, llenar las vacantes de los servicios con delincuentes que no los necesitan puede dar como resultado la falta de disponibilidad de los servicios para aquellos que sí los necesitan. Otro de los aspectos a tener en cuenta es si el instrumento es fiable y válido. Esto se refiere a si los pacientes responden sistemáticamente (fiabilidad), en particular en relación a los diferentes géneros y razas/grupos étnicos, y si el estudio mide lo que afirma medir (validez). Para un análisis detallado de este tema, consulte la siguiente referencia: Knight, Simpson, y Hiller (2002).

4. *Tenga en cuenta el tiempo necesario para que el instrumento realice la medición.*

Según Peters y Peyton (1998), el proceso de estudio habitualmente lleva media hora; por ende, al seleccionar instrumentos de medición, se debe tener en cuenta el tiempo necesario para que el instrumento realice la medición. Cuando se necesitan realizar varios estudios, el problema del tiempo se torna aún más crítico. Si se trata de administrar demasiados instrumentos en un período de tiempo limitado, probablemente el resultado sea que el personal y los pacientes deban apurarse y que la información no sea fiable.

5. *Los estudios deben ser asequibles.*

Los costos del uso de determinados instrumentos pueden acumularse rápidamente, tanto económicamente como en cuanto a los recursos que necesita el personal. Contemple la posibilidad de utilizar instrumentos que se administran en forma rápida y gratuita, tales como los que se encuentran disponibles a través de la Universidad Cristiana de Texas.

6. *Revise los requisitos de capacitación y calificación del personal en relación a la administración.*

Varios estudios conocidos cuentan con muchas restricciones estrictas sobre quién está calificado para administrar el instrumento (por ejemplo, un licenciado en psicología). Algunos requieren una capacitación intensiva inicial y continua para mantener la condición de calificación. En la mayoría de los programas penitenciarios, estos requisitos simplemente no se pueden cumplir: por ejemplo, en lugares donde es frecuente la rotación de personal, las demandas de capacitación pueden resultar infranqueables. Es necesario que el personal existente realice el proceso de estudio, por ejemplo, el personal que trabaja en los servicios previos a los juicios, en los servicios de libertad condicional, en los organismos de Tratamientos Alternativos para una Comunidad Segura (TASC, por sus siglas en inglés), o en programas de tratamiento. Sin embargo, las personas que administran los estudios deben recibir capacitación sobre las habilidades básicas para realizar entrevistas, por ejemplo, el hecho de no mostrarse polémico y ser capaz de identificar respuestas declaradas que no son coherentes con los registros de los tribunales son habilidades y requisitos importantes para las prácticas de estudio exitosas.

## **RECOMENDACIONES**

En conclusión, los tribunales de drogas deben determinar la gravedad del consumo de drogas y los problemas de salud mental graves de los delincuentes. Además, puede resultar conveniente efectuar estudios complementarios de motivación para el tratamiento y “patrones de pensamiento delictivo” si son importantes para el plan general de los servicios disponibles. Sin embargo, en última instancia, la clave para el éxito de un proceso de estudios efectivo y eficaz depende de si se tienen en cuenta los siguientes factores: 1) cómo se utilizará la información; 2) la facilidad de la administración, puntaje e interpretación clínica; 3) precisión, fiabilidad y validez de la clasificación; 4) tiempo necesario para la administración; 5) asequibilidad y 6) requisitos de capacitación y calificación del personal.

Si bien el proceso de estudios es importante, se debe tener en cuenta que la recopilación de datos es diferente de la utilización de datos. Cuando se los utiliza correctamente, los instrumentos de estudio adecuados sirven como un medio esencial para cumplir un objetivo, lo que brinda a los jueces la información esencial necesaria para tomar las decisiones de admisión que, en última instancia, maximizan la efectividad de los protocolos y prácticas de los tribunales de drogas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los monitoreos de declaración son sólo parte del proceso. También es importante la recopilación de información accesorio, como los resultados de las pruebas de droga, para determinar si una persona es la indicada para formar parte de un programa en un tribunal de drogas.

## **RECURSOS**

- Escala de dependencia al alcohol: [www.camh.net](http://www.camh.net)
- Sección del Índice de severidad de adicción a las drogas: [www.tresearch.org](http://www.tresearch.org)
- Escalas de circunstancias, motivación y disponibilidad: [www.ndri.org](http://www.ndri.org)

- Protocolos para la Mejora de los Tratamientos 7, 11 y 44 del Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias : [www.treatment.org/Externals/tips.html](http://www.treatment.org/Externals/tips.html)
- *Guía para los tribunales de drogas sobre los estudios y la evaluación:* [www.ncjrs.gov/pdffiles1/bja/171143.pdf](http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/bja/171143.pdf)
- Universidad Cristiana de Texas, Instituto de Investigación de la Conducta: [www.ibr.tcu.edu](http://www.ibr.tcu.edu)
  - Drug Screen II (estudio de drogas II) de la Universidad Cristiana de Texas
  - Evaluación del paciente de la justicia criminal referente a sí mismo y al tratamiento, perteneciente a la Universidad Cristiana de Texas (CJ CEST)
- Instrumento de estudio simple: [ncadi.samhsa.gov](http://ncadi.samhsa.gov)
- Evaluación de cambios la Universidad de Rhode Island (URICA): [www.uri.edu/research/cprc/](http://www.uri.edu/research/cprc/)

## REFERENCIAS

- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Cooper, C. S. (1997). *1997 drug court survey*. Washington, DC: American University.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment), Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1994). *Screening and assessment for alcohol and other drug abuse among adults in the criminal justice system* (Treatment improvement protocol (TIP) Series 7). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment), Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1994). *Simple screening instruments for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases* (Treatment improvement protocol (TIP) Series 11). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment), Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Substance abuse treatment for adults in the criminal justice system* (Treatment improvement protocol (TIP) Series 44). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- De Leon, G. (1993). *Circumstances, motivation, and readiness (CMR) scales for substance abuse treatment*. New York: National Development and Research Institutes, Inc.
- Garner, B. R., Knight, K., Flynn, P. M., Morey, J. T., & Simpson, D. D. (2007). Measuring offender attributes and engagement in treatment using the Client Evaluation of Self and Treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 34(9), 1113-1130.
- Government Accountability Office. (2005). *Adult drug courts: Evidence indicates recidivism reductions and mixed results for other outcomes*. Washington, DC: Autor.
- 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.
- Knight, K., Hiller, M. L., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (2000). Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, 31(1/2), 101-115.
- Knight, K., Simpson, D. D., & Hiller, M. L. (1999). Three-year reincarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. *The Prison Journal*, 79(3), 337-351.
- Knight, K., Simpson, D. D., & Hiller, M. L. (2002). Screening and referral for substance-abuse treatment in the criminal justice system. In C. G. Leukefeld, F. M. Tims, & D. Farabee (Eds.), *Treatment of drug offenders: Policies and issues* (pp. 259-272). New York: Springer.
- Kofoed L., Kanis, J., Walsh, T. (1986). Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 867-872.
- McLellan A.T., Kushner H., Metzger D., Peters R., Smith I., Grissom G., et al. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Miller, J. M., & Shutt, J. E. (2001). Considering the need for empirically grounded drug court screening mechanisms. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 91-106.
- National Association of Drug Court Professionals. (1997). *Defining drug courts: The key components*. Washington, DC: Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.

- Peters, R. H., Greenbaum, P. E., Steinberg, M. L., Carter, C. R., Ortiz, M. M., Fry, B. C. et al. (2000). Effectiveness of screening instruments in detecting substance use disorders among prison inmates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(4), 349-358.
- Peters, R. H., & Peyton, E. (1998). *Guideline for drug courts on screening and assessment*. Washington, DC: Drug Courts Program Office, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Peyton, E. A., & Gossweiler, R. (2001). *Treatment services in adult drug courts: Report on the 1999 National Drug Court Treatment Survey* [executive summary]. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Ross, H. E., Gavin, D. R., & Skinner, H. A. (1990). Diagnostic validity of the MAST and the alcohol dependence scale in the assessment of DSM-III alcohol disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 506-513.
- Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 99-121.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 538-544.
- Simpson, D. D., & Joe, G. W. (2004). A longitudinal evaluation of treatment engagement and recovery stages. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 89-97.

**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA  
DE LOS TRATAMIENTOS CONTRA LAS ADICCIONES:**  
¿Qué debería buscar el personal de un tribunal de drogas en un sitio de derivación?

**A. Thomas McLellan, Ph.D.**

Instituto de Investigación de Tratamientos de la Universidad de Pennsylvania

Con el apoyo de los subsidios otorgados por el Instituto Nacional de Consumo de Drogas (NIDA), la Fundación Robert Wood Johnson (RWJF) y el Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (CSAT)



## INTRODUCCIÓN

Este trabajo analiza los conceptos subyacentes, los objetivos clínicos, la estructura actual y los hallazgos de resultado de los tratamientos actuales contra las adicciones. El documento está inspirado en ensayos clínicos controlados y aleatorizados, divulgados en publicaciones de investigación revisadas por expertos (como muestra del rigor científico) desde el año 1980.

Este trabajo se presenta en dos partes. La Primera parte analiza los problemas fundamentales de los tratamientos contra las adicciones, su estructura y los principios básicos de lo que podrían considerarse los criterios razonables para la eficacia en relación a los participantes derivados de los tribunales de drogas. La Segunda parte resume los elementos del tratamiento que han mostrado evidencias significativas de efectividad, en especial, con los participantes derivados de los tribunales.

## DESARROLLO

### **PRIMERA PARTE - ¿Qué significa “tratamiento efectivo” y cómo se lo puede reconocer?**

#### **¿Cuáles son los objetivos adecuados de los tratamientos contra las adicciones?**

Muchos sectores del sistema de justicia penal —y en particular, los tribunales de drogas— derivan a los consumidores de sustancias para que realicen tratamientos comunitarios contra las adicciones, como forma de ocuparse del problema delictivo “relacionado con las adicciones”. Estas derivaciones, habitualmente apuntan a tres objetivos de rehabilitación para el participante, que también son importantes para la salud pública y para los objetivos de seguridad de la sociedad:

1. *La eliminación o reducción del consumo de alcohol y drogas.* Este es el objetivo más destacado de todos los tratamientos de consumo de sustancias.
2. *La mejora en la salud y en las funciones.* Las mejoras en la salud médica y en la función social de los participantes con problemas de consumo de sustancias son claramente importantes desde una perspectiva social, pero además, las mejoras en estas áreas también están relacionadas con la prevención de las recaídas en cuanto al consumo.
3. *La reducción de las amenazas a la seguridad y a la salud públicas.* La comisión de delitos contra las personas o contra los bienes materiales con el objetivo de obtener drogas, y el uso peligroso de automóviles o equipos bajo los efectos del alcohol son ejemplos de las principales amenazas a la seguridad pública.

Estos tres objetivos conforman la base de las expectativas razonables en relación con la “efectividad de los tratamientos contra las adicciones”, ya que pertenecen al ámbito de los tribunales de drogas. De este modo, en el trabajo publicado a continuación, se han utilizado estas tres esferas de resultados como base para una evaluación sobre la eficacia de los programas de tratamiento contra las adicciones y de los elementos del tratamiento.

#### **¿Son razonables estas expectativas?**



A pesar de que en muchos aspectos estas expectativas puestas en los tratamientos contra las adicciones son razonables, resultan difíciles de lograr, dada la naturaleza compleja y habitualmente crónica de los problemas relacionados con el consumo de sustancias que presentan los delincuentes enviados desde los tribunales de drogas y que padecen estos problemas. No obstante, una publicación sobre las más de 1000 evaluaciones experimentales controladas actuales sobre los tratamientos contra las adicciones muestra que muchos elementos del tratamiento pueden creíblemente producir cambios duraderos (de seis meses o más) en uno o más aspectos de la evaluación que guardan relación, en gran medida, con la función de los tribunales de drogas (Hubbard y otros, 1989; McLellan y otros, 1994; Miller y Hester, 1986).

### **¿Qué es el estándar de prueba?**

Tal como en la sala de un tribunal, el campo de investigación tiene niveles de prueba, y el ensayo controlado y aleatorizado es el más fuerte y confiable. Esta clase de estudios experimentales son requisito de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), que no examinará ningún medicamento ni dispositivo médico nuevo a menos que existan, al menos, dos ensayos controlados y aleatorizados llevados a cabo por investigadores imparciales e independientes, que arrojen resultados significativamente mejores en la nueva intervención que los de un placebo o "tratamiento habitual" en un indicador de resultados relevante. Este es un estándar de prueba riguroso, pero parece particularmente adecuado para el presente trabajo, dados los problemas significativos relacionados con la salud y la seguridad públicas que se encuentran en juego en las intervenciones de los tratamientos de los tribunales de drogas derivados. De este modo, en el texto redactado a continuación, las únicas terapias, intervenciones y medicamentos tenidos en cuenta son aquellos que han mostrado resultados positivos en, al menos, dos ensayos experimentales.

### **¿Qué es un tratamiento?**

Un tratamiento contra las adicciones habitualmente se encuentra en los "programas de tratamiento" especializados. Estos programas pueden ser de internación, con un programa que ofrece entre 30 y 60 días de cuidados de rehabilitación durante 8 a 10 horas diarias, o pueden estar enfocados en la comunidad, con programas ambulatorios que ofrecen de 2 a 5 horas de cuidados de rehabilitación de 2 a 5 días a la semana durante un período de entre 30 a 120 días.

Independientemente de la programación o duración, estos programas son, en realidad, una combinación de varios ingredientes o elementos terapéuticos diseñados para superar la primera negativa y para promover el reconocimiento y la aceptación por parte del participante de que padece un problema de adicción importante que es capaz de abordar. A la par de este esfuerzo, el programa intenta promover la aceptación de y la preparación para la abstinencia total de consumo de alcohol y otras drogas, que es, empírica e históricamente, la mejor manera de asegurar la rehabilitación continua. Un tercer objetivo clínico es la evaluación de los llamados problemas sociales y de salud "relacionados con las adicciones" a los que puede haber llevado o puede haber dado como resultado el consumo de sustancias, pero que deben abordarse si el objetivo es la rehabilitación continua. Por último, los programas clínicos responsables tienen en cuenta que ningún tratamiento limitado contra las adicciones, independientemente de su clase, intensidad o contenido, puede curar la adicción. Por ello, los programas clínicos responsables apuntan a preparar a los participantes para las inevitables tentaciones e impulsos de volver a

consumir drogas que deberán enfrentar luego del tratamiento formal. Este objetivo final habitualmente se alcanza al intentar que el participante se comprometa con el apoyo mutuo y continuo para lograr los cambios de vida necesarios que ofrecen la asociaciones de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA).

Los mejores programas también preparan a los amigos y familiares de los participantes para ayudarlos en el proceso, mediante el apoyo y supervisión continuos, e intentan mantener un contacto con los participantes mediante llamadas telefónicas mensuales hasta un año después del alta.

### **¿De qué forma puede ayudar este trabajo en relación a la evaluación de los programas locales?**

Claramente, el programa es la unidad básica para llevar a cabo el tratamiento contra las adicciones, pero este trabajo no puede proporcionar una evaluación de los programas individuales. La calidad y eficacia de un programa tiene que ver, sustancialmente, con el manejo por parte de su personal, con las políticas, prácticas, recursos y, por supuesto, con los elementos del tratamiento. Desafortunadamente, la mayoría de estos aspectos relacionados con cuidados que se ajustan a un programa preconcebido son idiosincrásicos y están sujetos a cambios continuos.

El presente trabajo brinda una evaluación de revisión y resumen de los elementos importantes de los tratamientos que han probado ser eficaces. De ese modo, la capacidad de un programa local de brindar "elementos para el tratamiento basados en pruebas" ofrece un indicio importante, aunque imperfecto, de la calidad y la potencial eficacia de ese programa.

Se recomienda con insistencia a los tribunales de drogas que visiten e inspeccionen regularmente los potenciales sitios de programas de derivación. Las preguntas relacionadas con el tipo y la variedad de los "elementos basados en pruebas" pueden brindar información acerca de la inspección visual de las instalaciones y sobre los intercambios de opinión con el personal clínico, pero la visita brindará indicios mucho más minuciosos sobre la verdadera calidad y eficacia.

### **Segunda parte – ¿Qué es un tratamiento "basado en pruebas"?**

#### **Principios de un tratamiento eficaz**

**Se puede definir a un tratamiento como "efectivo" al considerar los principios descritos en la publicación del Instituto Nacional de Consumo de Drogas titulado *Principios del tratamiento contra la adicción a las drogas: Una guía con base científica*. Algunos ejemplos de estos principios de cuidado eficaz derivados de estos estudios científicos son:**

- **Ningún tratamiento es adecuado para todas las personas.**
- **Un tratamiento eficaz responde a las múltiples necesidades del individuo, no sólo al consumo de drogas.**
- **Permanecer en un tratamiento durante el tiempo correcto es esencial para la eficacia del tratamiento.**

- **La terapia (individual y/o grupal) y otras terapias conductuales son elementos esenciales de un tratamiento eficaz contra las adicciones.**
- **Los medicamentos son un elemento importante en el tratamiento de muchos pacientes.**

**Las visitas regulares por parte del personal de los tribunales de drogas, para inspeccionar en forma personal los cuidados ofrecidos por los programas locales, son un método práctico y acertado que sirve para tomar conocimiento de la calidad de los tratamientos brindados por los programas utilizados como fuente de derivación.**

### **Elementos del tratamiento basados en pruebas**

Otra forma rápida de conocer la adecuación de un potencial tratamiento es preguntar acerca de la naturaleza de los elementos o ingredientes que componen el régimen de tratamiento del programa. Los elementos o ingredientes del tratamiento, independientemente del marco o duración, pueden dividirse en tres clases: medicamentos, terapias y servicios. A continuación, presentamos un análisis resumido de los elementos específicos que, dentro de cada clase y según los criterios detallados anteriormente, han demostrado eficacia.

### **Medicamentos**

Los medicamentos han evolucionado considerablemente en los últimos cinco años, al punto que un “buen programa de tratamiento” debería tener la capacidad de evaluar y brindar medicamentos (consultar el capítulo 4). En la actualidad, existen medicamentos eficaces para el tratamiento de la dependencia a los opioides, alcohol y nicotina. Los medicamentos para tratar la adicción a la marihuana y a la cocaína están próximas a ingresar al mercado, pero aún no se encuentran disponibles. Todavía no hay medicamentos probados o promisorios para tratar la dependencia a las metanfetaminas.

Un dato importante que se debe tener en cuenta es que al menos el 50% de la población con problemas de adicción presenta simultáneamente problemas psiquiátricos importantes, como depresión, ansiedad y fobias, cuando la primera línea de tratamiento elegida es la de los medicamentos. Los medicamentos psicotrópicos funcionan bien tanto en participantes que padecen adicciones como en aquellos que no son adictos. Los “buenos programas de tratamiento” tendrán la capacidad de realizar una evaluación psiquiátrica profesional y de proporcionar los medicamentos adecuados.

Los medicamentos recetados para reducir los problemas de abuso de alcohol y drogas pueden tener una o más de las varias acciones, entre las que se encuentran, por ejemplo, la prevención del síndrome de abstinencia, la reducción del deseo de consumir luego al síndrome de abstinencia, la reducción o el bloqueo de los efectos de placer que provocan las sustancias y, finalmente, el "castigo" por volver a consumir una sustancia adictiva mediante la inducción de un efecto físico desagradable. Es importante saber que ningún medicamento funciona con todas las drogas, ningún medicamento tiene todos los efectos terapéuticos descriptos, y muy

Los **medicamentos** han evolucionado considerablemente en los últimos cinco años, al punto que un “buen programa de tratamiento” debería tener la capacidad de evaluar y brindar medicamentos a sus pacientes adictos.

pocos funcionan bien para la mayoría de la población afectada. Esto se debe, probablemente, a las interacciones con las características genéticas del metabolismo de los individuos. Teniendo en cuenta esta precaución importante, los siguientes medicamentos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los problemas de adicción designados y se encuentran disponibles en la actualidad para ser recetados:

- Adicción al alcohol - Disulfiram (Antabuse), Naltrexona (Revia o Vivitrol de liberación continua), Acamprosate (Campral)
- Adicción a los opioides - Metadona, Buprenorfina (Subutex, Suboxone), Naltrexona (Trexan)
- Adicción a la cocaína - Disulfiram (Antabuse)

### **Intervenciones de tratamiento**

Hay intervenciones de tratamientos conductuales que también han desarrollado una sólida base de pruebas durante los últimos 5 a 7 años. Todos los ejemplos que se citan a continuación cuentan con programas de entrenamiento de respaldo para garantizar que se apliquen con fidelidad y fuerza. Puede notarse que a muchos de ellos se los denomina “terapias”. Hay una diferencia entre “orientación” y “terapia”. La orientación individual es un elemento importante del tratamiento contra las adicciones, y una gran variedad de profesionales puede prestar ese servicio, incluso aquellos que cuentan con una breve capacitación formal. La orientación se centra en consejos y sugerencias para resolver problemas concretos de la vida real, por ejemplo, estrategias sobre cómo evitar amigos que consumen drogas, cómo postularse para un trabajo y qué decir acerca del problema de adicción, dónde conseguir alojamiento en viviendas libres de drogas, derivaciones para los servicios y reuniones de Alcohólicos Anónimos.

Es muy importante saber que la orientación relativa a la adicción a las drogas ha demostrado ser muy eficaz cuando se la ofrece individualmente, en situación de uno a uno. *La orientación grupal única ha demostrado no ser eficaz* y, aún así, es un elemento fundamental en la mayoría de los programas de adicción. Los programas que ofrecen únicamente orientación grupal sin orientación individual deberían evaluarse detenidamente antes de la derivación.

El servicio de terapia únicamente debería prestarse a través de una persona que haya recibido capacitación especializada (aunque no es necesario que cuente con un título de grado específico). Las terapias se centran en los problemas interpersonales e intrapersonales relacionados con los estados de ánimo, los impulsos y las relaciones. La mayoría de las terapias basadas en pruebas ayudan a los participantes a adquirir habilidades específicas, no se limitan simplemente a ayudar a reconocer y comprender el problema. Muchas terapias pueden enseñar habilidades útiles, como la prevención de recaídas, el equilibrio en las decisiones, habilidades de paternidad responsable, habilidades para relacionarse, etc., en 24 sesiones semanales o en menos tiempo. Ningún terapeuta puede llevar a cabo todas las terapias, y no todos los participantes se sienten cómodos ni responden de igual modo a todas las terapias. Por eso, un “buen programa de tratamiento” debería contar con varios terapeutas capacitados y competentes en diferentes terapias basadas en pruebas y con la capacidad de brindar orientación individual. A continuación se encuentran las terapias que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de problemas de

adicción al alcohol, cocaína y opioides, y que han llevado a la publicación de manuales para asegurar las técnicas.

**La orientación grupal ha demostrado no ser eficaz** y, aún así, es un elemento fundamental en la mayoría de los programas de adicción.

Los programas que ofrecen **únicamente** orientación grupal **sin** orientación individual deberían evaluarse detenidamente antes de la derivación.

- Entrevista motivacional y terapia de aumento de la motivación
- Reafirmación de muestras de orina libres de droga mediante un comprobante
- Terapia cognitivo-conductual
- Consolidación en la comunidad y capacitación familiar
- Terapia familiar multisistémica
- Terapia conductual de pareja
- Terapia de facilitación de 12 pasos

## Servicios sociales y de salud

Casi todas las personas que padecen adicciones tienen problemas médicos, psiquiátricos, de empleo, familiares y sociales. Estos problemas pueden complicar seriamente la recepción y los beneficios de los tratamientos contra las adicciones. Por eso, los “buenos programas de tratamiento” tendrán la capacidad de evaluar una gran cantidad de potenciales problemas sociales y de salud de los participantes, y de brindar los servicios necesarios ya sea en el sitio o a través de derivaciones a organismos comunitarios de cooperación.

### *Necesidad de servicios de importancia fundamental*

Entre los problemas más graves relacionados con las adicciones —los que afectan los resultados del tratamiento— se encuentran el empleo, la vivienda y las enfermedades psiquiátricas. Por eso, estos pueden ser algunos de los servicios coadyuvantes fundamentales para las personas con problemas de adicción, aunque el cuidado de niños, la capacitación sobre maternidad responsable y los servicios para tratar la violencia o abusos son particularmente importantes para las participantes mujeres.

### *Administración de casos clínicos*

A pesar de que la disponibilidad de servicios sociales y de salud en el sitio es óptima, la realidad muestra que muy pocos programas de tratamiento comunitarios, en especial, los programas ambulatorios, cuentan con el personal y la infraestructura administrativa necesarios para brindar, incluso, los servicios de ayuda más esenciales. Debido a esto, muchos programas han contratado y capacitado administradores de casos clínicos, cuyo trabajo es evaluar las necesidades de los participantes con problemas de adicción y realizar activamente las derivaciones (llevando a los participantes, y no simplemente llamando en nombre de ellos) a los organismos comunitarios adecuados para garantizar el enlace de los servicios. La administración de casos también implica un seguimiento posterior a la derivación, para garantizar el cumplimiento del plan de servicios del organismo de derivación y, en algunos casos, incluye también intervenciones activas para evitar o detectar recaídas tempranas (consultar el capítulo 3).

## RECOMENDACIONES

Los hallazgos basados en pruebas que se resumen en este trabajo indican que los mejores resultados se encuentran en los programas que tiene la capacidad de brindar o acceder a:

- a. la orientación *individual*, además de la orientación grupal, en casos de adicción a las drogas;
- b. los medicamentos adecuados (medicamentos contra la adicción y medicamentos para tratar trastornos psiquiátricos coadyuvantes);
- c. Servicios sociales complementarios para resolver problemas médicos, psiquiátricos y familiares;
- d. un compromiso activo en los programas de 12 pasos u otro tratamiento continuo de seguimiento del régimen de cuidados.

La conclusión más importante de este capítulo quizás sea que, como en todas las demás áreas de salud, los tratamientos contra las adicciones también cuentan con prácticas basadas en pruebas derivadas de los mismos diseños y métodos de evaluación que se utilizan para evaluar intervenciones médicas, educativas y farmacológicas. En segundo lugar, según estos métodos de evaluación y estándares de prueba, existen varios elementos de los tratamientos contra las adicciones que han demostrado ser eficaces, no sólo en cuanto a la reducción de las conductas de consumo de la sustancia objetivo, sino en cuanto a alcanzar metas más amplias de rehabilitación (Hubbard et al., 1989; Institute of Medicine, 1995, 1998; McLellan et al., 1994; McLellan, O'Brien, Lewis, & Kleber, 2000; Miller & Hester, 1986).

Al mismo tiempo, no todos los tratamientos son eficaces desde cualquier punto de vista, y algunas clases de tratamiento y algunos programas de tratamiento son mejores que otros (McLellan et al., 2000). Tal como reza el famoso dicho sobre política: todo tratamiento contra las adicciones "es local". La capacidad de un programa local de brindar muchas de las prácticas clínicas basadas en pruebas presentadas en este trabajo es un indicio bueno, aunque imperfecto, de la verdadera eficacia de un programa individual.

No hay sustituto para la inspección y el análisis personal y regular de los elementos de los tratamientos (prácticas basadas en pruebas) en relación a los programas de tratamiento que conforman los sitios de derivación más importantes para los participantes de los tribunales de drogas. Además, es importante que los jueces de los tribunales de drogas y los administradores de casos controlen la asistencia de los participantes a las citas programadas con los organismos comunitarios si van a obtener los beneficios de esa derivación.

## REFERENCIAS

- Alterman, A. I., McKay, J. R., Mulvaney, F. D., & McLellan, A. T. (1996). Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine dependent men. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 227-233.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Autor.
- American Society of Addiction Medicine. (2001). *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders* (3rd ed.) [ASAM PPC-II]. Chevy Chase, MD: The Society.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., & Gawin, F. H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 17, 229-247.
- Fleming, M. F., & Barry, K. L. (Eds.). (1992). *Addictive disorders*. St. Louis, MO: Mosby Yearbook Medical Publishers.
- Food and Drug Administration. (1980, October). *Compliance policy guidelines*, Associate Committee for Regulatory Affairs 21 CFR 310. Washington, DC: Autor.
- Gossop, M., Johns, A. & Green, L. (1986). Opiate withdrawal: Inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment. *British Medical Journal*, 293, 103-104.
- Holder, H. D., Longabaugh, R., Miller, W. R., & Rubonis, A. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcohol problems: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R. & Ginzburg, H. M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Institute of Medicine. (1995). *Federal regulation of methadone treatment*. Washington DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (1998) *Bridging the gap: Forging new partnerships in community-based drug abuse treatment*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kang, S.Y., Kleinman, P. H., Woody, G. E., & Millman, R. B. (1991). Outcomes for cocaine abusers after once-a-week psychosocial therapy. *American Journal of Psychiatry*, 148, 630-635.
- McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Rutherford, M. R., O'Brien, C. P., & Koppenhaver, J. (1997). Group counseling vs. individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: Initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 778-788.
- McKay, J. R., Cacciola, J., McLellan, A. T., Alterman, A. I., & Wirtz, P. W. (1997). An initial evaluation of the psychosocial dimensions of the ASAM criteria for inpatient and day hospital substance abuse rehabilitation. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3), 239-252.
- McLellan A. T., Alterman A. I., Metzger D. S., Grissom G., Woody G. E., Luborsky L. & O'Brien C. P. (1994) Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine and alcohol treatments: Role of treatment services. *Journal of Clinical Consulting and Psychology*, 62(6), 1141-1158.
- McLellan A. T. & Hunkeler E. (1998) Relationships between patient satisfaction and patient performance in addiction treatment. *Psychiatric Services*, 49(5): 573-575.

- McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Lewis, D. & Kleber, H. D. (2000) Drug addiction as a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance and evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.
- McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2005) Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100, 447-458.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986). The effectiveness of alcoholism treatment methods: What research reveals. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Process of change* (pp. 121-174). New York: Plenum Press.
- National Center for Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University. (1998). *Behind bars: Substance abuse and America's prison population*. New York: Autor.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rice, D. P., Kelman, S., & Miller, L. S. (1991). Estimates of the economic costs of alcohol, drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports*, 106(3), 281-292.
- Stewart, R. G. & Ware, L. G. (1989). *The medical outcomes study*. Santa Monica, CA: The Rand Corporation Press.



# **TERAPIA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS PARA DELINCUENTES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN**

Un resumen con recomendaciones para los tribunales de drogas

**G. Alan Marlatt, Ph.D.**

**George A. Parks, Ph.D.**

Centro de Investigación de Comportamientos Adictivos, Universidad de Washington

**Kathryn A. Kelly, B.A.**

Centro FASD de Recursos para Cuestiones Legales, Universidad de Washington



## INTRODUCCIÓN

Los estudios longitudinales han demostrado repetidas veces que los tratamientos por abuso de sustancias (en particular, los que tienen una duración de 90 días o más) están relacionados con importantes reducciones en el consumo de sustancias, problemas y costos para la sociedad (French et al., 2000, 2002a, 2002b; Hser et al., 2001a; Hoffman, Grella, & Anglin, 2001b; Hubbard et al., 1989; Salome et al., 2003; Sells, 1974; Simpson, Joe, & Roway-Szal, 1997a; Simpson et al., 1997b; Simpson, Joe & Brown, 1997c; Simpson, Joe, Fletcher, Hubbard, & Anglin, 1999). Sin embargo, la recaída posterior al alta y la readmisión son también el patrón (Godley, Godley, Dennis, Funk, & Passetti, 2002; Lash, Petersen, O'Connor, & Lehmann, 2001; McKay et al., 1997, 1998). Cada vez con más frecuencia se ve al abuso de sustancias como similar a los problemas de salud crónicos, tales como la diabetes, la hipertensión y el asma, en cuanto a su curso y resultado (Donovan 1998; O'Brien & McLellan, 1996). Aunque el mayor riesgo de recaída se da durante los primeros 3 a 6 meses luego de la iniciación de la abstinencia (Hunt, Barnett, & Branch, 1971), las personas con problemas de adicción en período de recuperación aún se encuentran en riesgo relativamente alto durante 2 años (Moos, Finney, & Cronkite, 1990) y, en alguna medida, el riesgo persiste luego de ese período de tiempo (Vaillant et al., 1983). A pesar de estas evidencias de cronicidad y de múltiples episodios de asistencia médica, se continúa caracterizando a la mayoría de los tratamientos contra las adicciones como episodios relativamente autoencapsulados y secuenciales de tratamiento agudo, con atención médica posterior al alta, habitualmente limitados a derivaciones pasivas a grupos de autoayuda (Dennis, Perl, Huebner, & McLellan, 2000; Godley et al., 2002; McLellan et al., 2000; White, 1996; Etheridge, Hubbard, Anderson, Craddock, & Flynn, 1997).

La preocupación acerca de estos problemas llevó a nuevos enfoques modelados luego del tratamiento de otras afecciones crónicas con niveles de recaída, readmisión u problemas coexistentes similares que complican el tratamiento. Se debe instar a los pacientes a que permanezcan con alguna clase de atención médica continua de menor intensidad, lo que se conoce como “reducción” de la atención o atención posterior al alta, luego de finalizar la fase inicial del tratamiento de mayor intensidad (American Society of Addiction Medicine, 1996; Brownell et al., 1986; Rawson et al., 1991; Washton, 1989). El objetivo principal de esta fase del tratamiento es mantener los logros alcanzados en la fase inicial de atención y de prevención de recaídas, reduciendo así la posibilidad de que ocurran nuevos episodios que requieran atención médica intensiva. Se considera que el cuidado permanente también es importante para el tratamiento de otras afecciones médicas. Por ejemplo, se alienta a los pacientes que sufren diabetes, hipertensión o asma a que cumplan con los regímenes de medicamentos, a que asistan a las visitas de seguimiento habituales y a que realicen cambios en su dieta y estilo de vida, de modo de mantener los avances que han logrado en las fases iniciales del tratamiento.

## DESARROLLO

### **Comportamientos adictivos y terapia de prevención de recaídas**

La terapia de prevención de recaídas es un enfoque cognitivo conductual del tratamiento de comportamientos adictivos que se centra, específicamente, en la naturaleza del proceso de recaída y sugiere imitar estrategias útiles para mantener los cambios de comportamiento

iniciados durante el tratamiento contra la adicción o durante el encarcelamiento en una institución (Marlatt & Donovan, 2005; Parks, Marlatt, & Anderson, 2003). La terapia de prevención de recaídas se basa en la idea de que los comportamientos adictivos ayudan a las personas a "sentirse bien" (aumento del placer) o a "sentirse mejor" (automedicación para el dolor físico o emocional) mientras dura el efecto de la droga.

La terapia de prevención de recaídas ve a los comportamientos adictivos desde un punto de vista *biopsicosocial*. *Biológicamente*, los químicos psicoactivos afectan la función cerebral y acotan la capacidad de una persona de experimentar placer a diferencia de lo que ocurre con el efecto de las drogas. *Psicológicamente*, los comportamientos adictivos dan como resultado pensamientos distorsionados, entre los que se incluyen la negación, la racionalización y la preocupación por adquirir y consumir drogas. *Socialmente*, los comportamientos adictivos pueden provocar conflictos interpersonales con la familia, amigos y compañeros de trabajo, y los vínculos con aquellas personas que consumen y venden drogas pueden dar como resultado actividades delictivas. Con el paso del tiempo, el ciclo del efecto que producen las drogas y la desintoxicación llevan a la tolerancia, a la dependencia y a numerosos peligros relacionados con las drogas, por ejemplo, enfermedades físicas, pérdidas económicas, problemas de relación y problemas con la ley. Desafortunadamente, el hábito de consumo de alcohol o drogas por parte de una persona no sólo se convierte en su única fuente de placer y alivio del dolor, sino en la forma habitual de lidiar con la vida en general.

### Un modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída

La terapia de prevención de recaídas se basa en un modelo cognitivo-conductual de prevención de recaídas desarrollado por Alan Marlatt y sus colegas, y se diseñó para que los pacientes con problemas de adicción puedan 1) evitar las recaídas, ayudándolos a sobrellevar más eficazmente las situaciones de alto riesgo, y 2) a manejar las recaídas, ayudándolos a sobrellevar los lapsos previos a un recaída total (Marlatt & Donovan, 2005). La terapia de prevención de recaídas comienza con una evaluación de los factores de riesgo particulares del paciente, que son los que aumentan la vulnerabilidad a la recaída. En la terapia de prevención de recaídas, estos escenarios de alto riesgo se definen como cualquier estado interno o circunstancia externa en la que al paciente le resulta difícil evitar el consumo de drogas o alcohol. Tres de los escenarios de alto riesgo más comunes son la presión social, las emociones negativas y los conflictos interpersonales.

Al momento de enfrentar un escenario de alto riesgo, la habilidad del paciente de utilizar estrategias de control eficaces para responder exitosamente a personas, lugares, pensamientos o sentimientos peligrosos reduce la posibilidad

***Biológicamente***, los químicos psicoactivos afectan la función cerebral y acotan la capacidad de una persona de experimentar placer a diferencia de lo que ocurre con el efecto de las drogas.

***Psicológicamente***, los comportamientos adictivos dan como resultado pensamientos distorsionados, entre los que se incluyen la negación, la racionalización y la preocupación por adquirir y consumir drogas.

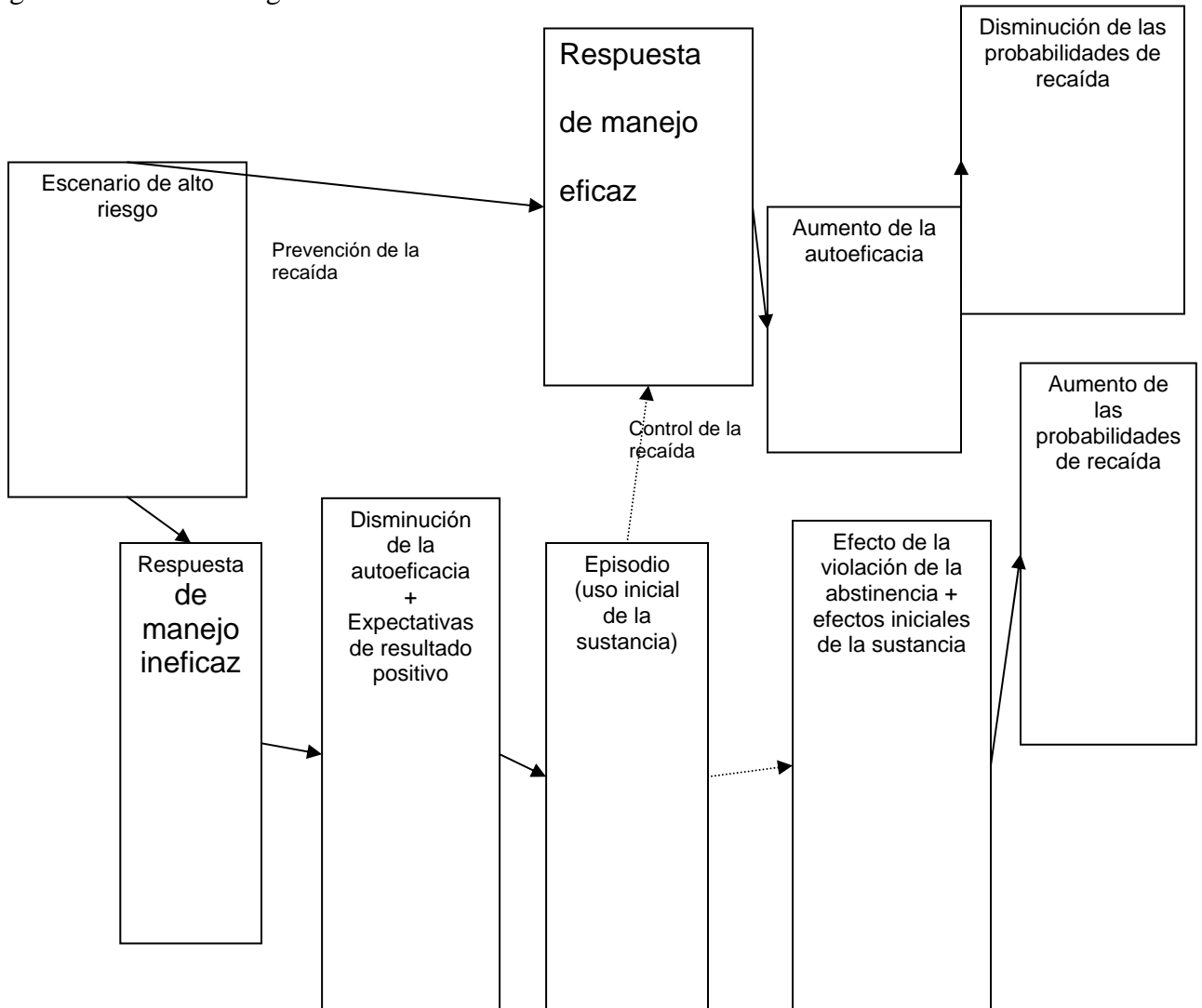
***Socialmente***, los comportamientos adictivos pueden provocar conflictos interpersonales con la familia, amigos y compañeros de trabajo, y los vínculos con aquellas personas que consumen y venden drogas pueden dar como resultado actividades delictivas.

de una recaída y permite al paciente evitar que se desencadene la recaída al no permitir que comience (Consultar “Prevención de la recaída” en la Imagen 1). La capacidad de control ineficiente disminuye la motivación del paciente y la autoeficacia. El paciente puede comenzar a pensar que no tiene sentido resistirse a la tentación y que simplemente no es capaz de manejar un escenario de alto riesgo sin consumir drogas (autoeficacia baja). Embriagarse o drogarse comienza a parecer una buena idea, a medida que las expectativas de resultado positivo en relación al consumo de sustancias comienzan a aumentar, y los motivos para no consumir caen presos de la negación y la racionalización (ver la Imagen 1).

El fracaso a la hora de sobrellevar los escenarios de alto riesgo, combinado con la creencia de que el alcohol o las drogas solucionarán el problema, puede dar como resultado una recaída o una instancia o episodio simple de consumo que puede o no llevar a una recaída. El hecho de que el episodio se transforme o no en una recaída depende de las reacciones emocionales y cognitivas posteriores al consumo de la sustancia. El efecto de la violación de la abstinencia, que consiste en pensamientos dicotómicos del estilo “blanco y negro” (por ejemplo: “Qué sentido tiene... Voy a seguir consumiendo, si de todas formas ya estoy perdido”) y en atribuir la causa del episodio a fallas personales (por ejemplo: “Soy un borracho y tengo que admitirlo”) aumentará las probabilidades de que la persona siga consumiendo luego de un desliz. Sin embargo, el manejo de las recaídas, incluidas las medidas de control de los daños, que le permiten al individuo retirarse anticipadamente y escapar de los escenarios de alto riesgo, es siempre otra opción que puede conducir a la instancia anterior a la recaída y a encaminarse nuevamente.

El modelo de la terapia de recaídas ve a estos episodios como una bifurcación en la ruta: un camino lleva hacia la recaída total, mientras que el otro lleva al control de las recaídas a través del control de daños y del retorno a la abstinencia, con un nuevo compromiso de mantenerse sobrio y recuperarse (Ver “Control de las recaídas” en la Imagen 1). Este análisis de la crisis generada por un episodio es coherente con la mirada de un escenario de mantenimiento de cambio de hábitos como un tiempo en el que se esperan las equivocaciones y pueden superarse con un esfuerzo renovado. Tal como reza el dicho: “De los errores se aprende”. Visto de este modo, un episodio es una crisis que implica tanto el peligro de una recaída como la oportunidad de aprender para evitar una recaída futura. En el caso de los pacientes de tribunales de drogas, el episodio puede incluir conductas delictivas o daños a víctimas y, por ende, se necesita un manejo tanto desde la perspectiva terapéutica como correccional que incluya varios tipos de sanciones. Tanto el personal del tribunal de drogas como el del tratamiento deben evaluar e informar el episodio, y luego actuar de manera tal que se conforme un equilibrio entre las sanciones y el tratamiento.

Imagen 1. Un modelo cognitivo-conductual de las recaídas: Factores determinantes inmediatos



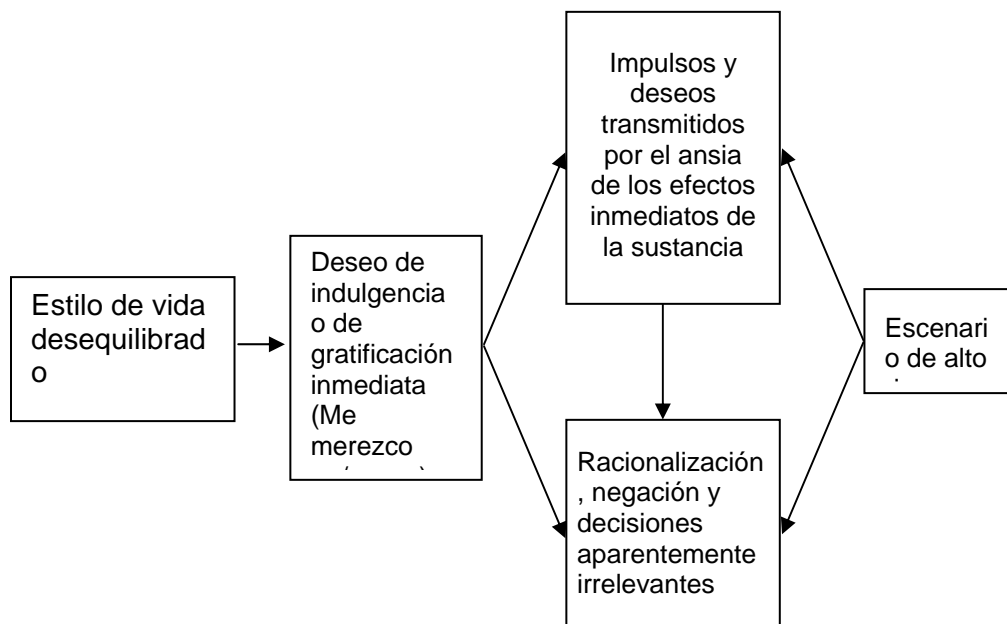
### Mecanismo de la recaída

En muchos de los episodios de recaída que hemos estudiado en nuestra investigación o con los que hemos trabajado en la supervisión de delincuentes o en las prácticas clínicas (quizás en la mayoría de ellos), el primer episodio que el paciente sufre está precedido por estados internos o circunstancias externas que el paciente no esperaba y/o para el que generalmente no estaba preparado para manejar en forma efectiva. Habitualmente, los pacientes informan encontrarse en escenarios que rápidamente se tornan de alto riesgo, a los cuales no pueden hacer frente en forma efectiva y regresan a su condición habitual de consumir sustancias. Al informar y analizar posteriormente el episodio o la recaída junto con el paciente, el episodio o la subsiguiente recaída

parecen ser el último eslabón de una cadena de eventos que precedían a la exposición del paciente a escenarios de alto riesgo, comenzando por un estilo de vida desequilibrado que llevaba a un deseo de indulgencia y ansias que algunos pensamientos distorsionados convirtieron en decisiones que condujeron al paciente a exponerse a ese escenario de alto riesgo, donde el episodio o la recaída finalmente ocurrieron (ver Imagen 2). Pareciera que, quizás sin saberlo, incluso, paradójicamente, algunos pacientes se predisponen a la recaída y, en los tribunales de drogas, se predisponen también a la reincidencia delictiva.

Las distorsiones cognitivas tales como la negación y la racionalización facilitan el establecimiento del propio episodio de recaída sin tener que asumir una responsabilidad personal. El paciente no sólo puede negar haber intentado retomar el consumo de drogas o alcohol, sino que también puede minimizar o descartar la gravedad de las consecuencias negativas de gran alcance en relación a sus acciones y decisiones personales. El proceso de recaída habitualmente comienza con una cantidad de antecedentes ocultos que, a través de una cadena de eventos y de decisiones aparentemente irrelevantes, llevan al paciente hacia un escenario de alto riesgo. Cuando las distorsiones cognitivas enmascaran intenciones verdaderas, los pacientes pueden negar toda responsabilidad luego de la recaída o del evento de reincidencia, diciendo: “No quería que pasara esto y yo no tuve la culpa”.

Imagen 2. Mecanismo de la recaída: Antecedentes ocultos de los escenarios de las recaídas



**Pruebas que respaldan la eficacia de la terapia de prevención de recaídas**Error! No bookmark name given.

Carroll (1996) realizó un informe sobre la eficacia de la terapia de prevención de recaídas como

tratamiento contra el abuso de sustancias. Con la incorporación de estudios sobre la terapia de prevención de recaídas para las adicciones al tabaco, alcohol, marihuana y cocaína, Carroll concluyó que la terapia de prevención de recaídas era más eficaz que los grupos de control sin tratamiento e igualmente eficaz que otros tratamientos activos. Sobre la base de los resultados cualitativos de Carroll, Irvin y sus colegas realizaron un metanálisis sobre la eficacia de las técnicas de la terapia de prevención de recaídas en cuanto a la mejora del abuso de sustancias y en cuanto a los resultados psicosociales (Irvin, Bowers, Dunn, & Wang, 1999). Los efectos del tratamiento completo demostraron que la terapia de prevención de recaídas era una intervención exitosa para reducir el consumo de sustancias y para mejorar la adaptación psicosocial. La terapia de prevención de recaídas fue igualmente eficaz en todas las modalidades diferentes del tratamiento: individual, grupal y conyugal.

El modelo cognitivo-conductual de prevención de recaídas de Marlatt también se ha utilizado como base para numerosos programas correccionales apoyados empíricamente, para tratar a delincuentes con problemas de adicción, aplicados habitualmente en cárceles, prisiones y en la comunidad (Pelissier et al., 2000; Peters, Kearns, Murrin, Dolente, & May, 1993; Porporino, Robinson, Millson & Weekes, 2002). Un estudio metanalítico reciente sobre la utilización de terapias de prevención de recaídas en los programas correccionales indicó que cuando los componentes de la terapia de prevención de recaídas se agregan a un programa de cambio del delincuente, el programa de rehabilitación tiene un mayor impacto en cuanto a la reducción de la reincidencia. Más elementos de la prevención de recaídas relacionados con una mayor eficacia (Dowden, Antonowicz & Andrews, 2003).

### **Terapia de prevención de recaídas en poblaciones especiales**

Al aplicar la terapia de prevención de recaídas en delincuentes que se encuentran en tratamiento por abuso de sustancias, puede que sea necesario adaptar las técnicas de intervención a las poblaciones especiales y a sus necesidades particulares y estilos de aprendizaje. Entre las poblaciones especiales se encuentran los delincuentes jóvenes y ancianos, las mujeres en tratamiento (también las mujeres con hijos en riesgo de daño cerebral debido al consumo de alcohol u otro tipo de exposición a drogas), delincuentes con problemas de salud mental o de adicciones coexistentes, distintos grupos étnicos (por ejemplo, los pueblos originarios de los Estados Unidos, los afroamericanos y la población hispana) y las personas con problemas múltiples de comportamiento adictivo (por ejemplo, quienes consumen drogas y los jugadores compulsivos).

Una población especial de los tribunales de drogas que necesitan técnicas especialmente adaptadas de la terapia de prevención de recaídas son, claramente, las personas que han estado expuestas al alcohol durante el período de gestación. El trastorno del espectro alcohólico fetal (FASD, por sus siglas en inglés) es un término preponderante que describe los defectos congénitos relacionados con esta exposición. El daño cerebral orgánico relacionado con el FASD provoca una cantidad de problemas cognitivos y conductuales graves. La incidencia/prevalencia del FASD es de aproximadamente 1 en 100 nacimientos (Sampson et al, 1997). Esta discapacidad se ve con bastante frecuencia en los tribunales de drogas. Streissguth y sus colegas (1996, 2004) hallaron en su estudio, destinado a los centros para el control de enfermedades, que el 30% de los adolescentes y adultos con FASD tienen problemas de abuso de drogas o alcohol.



El valor de los tribunales de drogas en cuanto a la identificación de esos acusados que pueden ser cognitivamente discapacitados es aplicar el enfoque más efectivo para lograr y mantener la abstinencia. En general, esas personas tienen un coeficiente intelectual promedio o límite, pero tienen muchas más dificultades en cuanto al manejo de sus vidas que aquellas personas con el mismo coeficiente intelectual y que no tienen daño cerebral. En el tribunal de drogas de King County (en el estado de Washington), el personal del tribunal de drogas utiliza una planilla de verificación de derivaciones para identificar a aquellas personas que pueden sufrir discapacidades debido a la exposición al alcohol por parte de sus padres. Esta planilla de verificación se encuentra disponible en la sección de Asuntos Legales del sitio web de la Unidad de Alcoholismo y Adicciones Fetales (Fetal Alcohol and Drug Unit): <http://depts.washington.edu/fadu/legalissues/>

Es probable que algunos elementos de la terapia de prevención de recaídas no sean efectivos para las personas FASD, aunque la discapacidad provocada por el FASD varía significativamente. En general, las personas que sufren esta discapacidad carecen del nivel de autoconciencia y madurez necesarios para comprender por qué algunos escenarios particulares conllevan un alto riesgo de generar una recaída. Asimismo, son incapaces de dominar estrategias de control abstractas y complejas. Varios enfoques alternativos parecen ser más eficaces para que las personas que padecen FASD puedan prevenir la recaída.

El tratamiento debería incluir la identificación de escenarios que podrían representar un alto riesgo de recaída y reglas concretas, simples y convenientes (por ejemplo, “No concurra al Bar de Pedro ni comparta salidas con Daniel, el vendedor de drogas”) que se les enseñan a los pacientes mediante la repetición. Las copias escritas de estas reglas fáciles de entender y limitadas en cuanto a su cantidad pueden resultar útiles. En cuanto a las reglas y a la representación de papeles, la repetición y la consolidación continua son clave. Debido a que las personas que padecen FASD generalmente responden bien a la autoridad de los tribunales, el juez puede tener un papel muy importante en cuanto a brindar una consolidación positiva y continua para alcanzar los objetivos de la prevención de recaídas.

## RECOMENDACIONES

Para alentar la utilización de las mejores prácticas en el área de la terapia de prevención de recaídas según las investigaciones, se ofrecen las siguientes recomendaciones, entre las que se encuentran varias sugerencias útiles de Kushner (2007):

1. Los tribunales de drogas deben *reconocer la naturaleza crónica y de potenciales recaídas de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias*. Las evidencias de la comunidad y de los programas de tratamiento contra las adicciones de los correccionales sugieren sólidamente que los tribunales de drogas deberían establecer la continuidad de la atención a largo plazo, incluidos los servicios estructurados de atención posterior al alta, por el tiempo que el mandato del tribunal permita, para reducir más eficazmente las recaídas y la reincidencia.
2. Los tribunales de drogas deben *dar forma a la administración de casos y a los servicios de tratamiento luego de la utilización de estrategias de atención a largo plazo para otras*

*Mejora de la calidad de los tribunales de drogas:*

*Serie 9 de monografías*

Instituto Nacional de Tribunales de Drogas

*enfermedades crónicas, como la diabetes, el asma y el cáncer, incluidos los monitoreos periódicos posteriores al alta médica, las reintervenciones necesarias y el manejo de la recuperación a largo plazo.* Este enfoque concuerda con las evidencias que sugieren que la recuperación estable de los trastornos por consumo de sustancias probablemente impliquen múltiples episodios en el tratamiento durante un período de tiempo prolongado.

3. Los tribunales de drogas deberían *instar a quienes brindan los tratamientos a que utilicen principios de tratamiento de prevención de recaídas basados en pruebas, tanto en sus servicios como en todos los niveles de atención, incluidos la intervención temprana, el tratamiento ambulatorio, el tratamiento ambulatorio intensivo y la residencia asistida.*
4. Los tribunales de drogas deben *alentar a quienes brindan los tratamientos a adaptar los servicios de la terapia de prevención de recaídas a las necesidades de las subpoblaciones especiales, por ejemplo, los delincuentes jóvenes y ancianos, las mujeres, los delincuentes con trastornos coexistentes, los delincuentes con discapacidades cognitivas y aquellos que pertenecen a los distintos grupos étnicos.* Además, todas las personas de los tribunales de drogas deberían recibir capacitación para mejorar su eficacia en el trabajo terapéutico que realizan con quienes pertenecen a estas poblaciones especiales.
5. Los tribunales de drogas deberían *alentar a quienes brindan los tratamientos a que ofrezcan servicios integrados de terapia de prevención de recaídas a participantes con trastornos mentales y de abuso de sustancias coexistentes, ya que la investigación muestra que un enfoque integrado es más eficaz que los tratamientos paralelos o secuenciales que fragmentan el servicio.*
6. Los tribunales de drogas deberían *exigir planes de prevención de recaídas sistemáticos, integrales y formalizados* para asistir a los participantes de los tribunales de drogas y ayudarlos a permanecer en estado de abstinencia. Los planes de prevención de recaídas son un elemento esencial para una terapia de prevención de recaídas efectiva. La identificación temprana de los problemas, a través del monitoreo de los planes de prevención de recaídas, permitirá al equipo del tribunal de drogas intervenir a tiempo y en forma adecuada y, a su vez, mejorar los resultados a largo plazo.
7. Los tribunales de drogas deberían *asegurar que el juez, los administradores de casos, el participante y todo el equipo del tribunal de drogas monitoreen en forma continua la efectividad del plan de prevención de recaídas que se está llevando a cabo.* Cuando haya evidencias de que existen problemas en mantener la sobriedad o en cumplir con el plan de prevención de recaídas, el equipo del tribunal de drogas debería solicitar a los participantes que efectúen cambios en el plan de prevención de recaídas, incluido el retorno al tratamiento o el aumento de nivel de atención del tratamiento vigente.
8. Los tribunales de drogas deberían *garantizar que los planes de prevención de recaídas tengan, como mínimo, los siguientes elementos:*
  - la identificación y el manejo de los signos de advertencia de la recaída,
  - el reconocimiento de “pistas” que disparan las ansias de consumir y el manejo de las ansias e impulsos,

- la identificación, impugnación y reemplazo de patrones de pensamiento que aumentan el riesgo de una recaída,
  - la anticipación de escenarios de alto riesgo de recaídas y el desarrollo de habilidades efectivas para hacerles frente,
  - la identificación y el aprendizaje para controlar estados emocionales negativos,
  - la identificación y la forma de hacer frente a las presiones sociales que instan al consumo,
  - el aprendizaje sobre el “control de daños” para interrumpir episodios en curso en forma temprana y regresar al tratamiento,
  - la mejora de las relaciones interpersonales y el desarrollo de un sistema de apoyo para la recuperación,
  - el desarrollo de habilidades de manejo financiero y laboral y
  - la diagramación de un estilo de vida más equilibrado.
9. Los tribunales de drogas deberían *contar con cuerpos legislativos, administrativos y de fondos que aporten estadísticas informativas y de apoyo para demostrar el valor del aumento del respaldo financiero para los servicios de atención posteriores al alta médica, incluidos la terapia de prevención de recaídas, la prueba de alcoholemia, el análisis de orina para detectar la presencia de drogas, el manejo de contingencia para alentar a la abstinencia de drogas, los monitoreos posteriores al alta médica, las reintervenciones necesarias y el manejo de la recuperación en curso y a largo plazo.*

## REFERENCIAS

- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Dowden, C., Antonowicz, D. & Andrews, D. A. (2003). The effective of relapse prevention with offenders: A meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(5), 516-528.
- Kushner, J. N. (2007). *Relapse prevention in the St. Louis Drug Court*. Unpublished manuscript.
- Marlatt, G. A. and Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Mitchell, K. J. (2006). Treatment strategies for working with clients with fetal alcohol spectrum disorders. *Curriculum for addiction professionals: Level 1*.
- Parks, G. A., Anderson, B.K. and Marlatt, G. A. (2003). *Relapse Prevention Therapy*. In N. Heather, and T. Stockwell (Eds.), *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 87-104). Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Parks, G. A. and Marlatt, G. A. (1999). Keeping "what works" working: Cognitive-behavioral relapse prevention therapy with substance abusing offenders. In E. Latessa (Ed.), *Strategic solutions: The International Community Corrections Association examines substance abuse* (pp. 161-233). Alexandria, VA: American Correctional Association.
- Pelissier, B., Rhodes, W., Saylor, W., Gaes, G., Camp, S. D., Vanyur, S. D., & Wallace, S. (2000). *TRIAD drug treatment evaluation: Project final report of three-year outcomes*. Washington, DC: Federal Bureau of Prisons, Office of Research and Evaluation.
- Peters, R. H., Kearns, W. D., Murrin, M. R., Dolente, A. S., & May, R. L. (1993). Examining the effectiveness of in-jail substance abuse treatment. *Journal of Offender Rehabilitation*, 19(3.4), 1-39.
- Porporino, F. J., Robinson, D., Millson, W. A., & Weekes, J. R. (2002). An outcome evaluation of prison-based treatment programming for substance abusers. *Substance Use and Misuse*, 37, 1047-2077.
- Sampson, P. D., Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Little, R. E., Clarren, S. K., Dehaene, P., Hanson, J. W., & Graham, J.M. (1997). Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. *Teratology*, 56(6), 317-326.
- Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., & Barr, H.M. (1996). *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE)* (Tech. Rep. No. 96-06). Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol & Drug Unit.
- Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Barr, H. M., Sampson, P. D., O'Malley, K., Kogan Young, J. (2004) Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(4), 228-238
- Wheeler, J. G., George, W. H. and Stoner, S. A. (2005). Enhancing the Relapse prevention model for sex offenders: Adding recidivism risk reduction therapy to target offenders' dynamic risk needs. In G. A. Marlatt and D. M. Donovan (Eds.), *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 333-362). New York: Guilford Press.

**TRATAMIENTO ASISTIDO CON MEDICACIÓN  
PARA PARTICIPANTES DE PROGRAMAS DE TRIBUNALES  
DE DROGAS**

**Charles R. Schuster, Ph.D.**

Instituto de Neurociencias, Universidad Loyola Chicago

**Charles O'Brien, M.D., Ph.D.**

Universidad de Pennsylvania/Centro Médico de Asuntos de Veteranos



## INTRODUCCIÓN

Los estudios modernos han demostrado que el cerebro tiene un papel preponderante en la etiología y persistencia de los trastornos por el consumo de sustancias. Las enfermedades psiquiátricas concurrentes, tales como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la depresión, el trastorno de estrés postraumático y la esquizofrenia son factores de riesgo de gran importancia para volverse adicto a las drogas. Los medicamentos adecuados para tratar estas enfermedades son esenciales para el éxito del tratamiento para el trastorno concurrente por abuso de sustancias. Del mismo modo, los medicamentos para tratar ciertos trastornos por abuso de sustancias son importantes si se intenta controlar el trastorno psiquiátrico concurrente. Además, la predisposición genética al alcoholismo está bien establecida, y estudios recientes han demostrado que la genética puede tener también un rol preponderante en relación a otras formas de adicción. De este modo, se ve a la dependencia/abuso de sustancias como un trastorno cerebral de recaídas crónicas que requiere un tratamiento integral si se desea lograr una rehabilitación exitosa. Un tratamiento integral comprende intervenciones conductuales, como los incentivos motivacionales y la orientación, o algún tipo de psicoterapia formal. Además, en cuanto al alcoholismo y a la dependencia de opioides, tal como se verá más adelante en este capítulo, los medicamentos utilizados en ensayos clínicos randomizados controlados con placebo han demostrado claramente que pueden mejorar aun más el resultado del tratamiento. El Instituto Nacional de Consumo de Drogas cuenta con un programa activo que trabaja sobre el desarrollo de medicamentos para el tratamiento de otras formas de dependencia y abuso de sustancias. De este modo, puede que en un futuro cercano se desarrollen nuevos medicamentos eficaces para el tratamiento de la adicción a las metanfetaminas y a la cocaína, y se los deberá tener en cuenta para integrarlos en los programas de los tribunales de drogas apenas cuenten con la aprobación de la FDA. Se debe tener en cuenta que, aunque existen algunos reclamos relacionados con la eficacia de ciertos medicamentos (o combinaciones de medicamentos) para el tratamiento de la adicción a las metanfetaminas y a la cocaína, en la actualidad no hay evidencias aceptables para tales reclamos, y ninguno de estos medicamentos está aprobado por la FDA para esas indicaciones. Los programas de los tribunales de drogas deberían consultar con la Administración de salud Mental y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos (SAMHSA)/Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) y con el Instituto Nacional de Consumo de Drogas (NIDA)/Institutos Nacionales de Salud (NIH) si están pensando en adoptar nuevos medicamentos como parte de sus tratamientos para determinar si hay suficientes pruebas de investigación para justificar la inclusión.

## DESARROLLO

### **Medicamentos para el tratamiento de los signos y síntomas de la abstinencia.**

En la mayoría de los programas, la primera etapa del tratamiento es la *desintoxicación*, en la que se elimina del cuerpo la sustancia de consumo (heroína, cocaína, alcohol) a través del metabolismo y no se la reemplaza por la toma continua de la droga. De ese modo, el cuerpo del paciente queda libre de la sustancia. Este procedimiento habitualmente se lleva a cabo en el hospital, según en tipo de droga o drogas involucradas. La abstinencia puede resultar desagradable (opioides) y, en algunos casos, puede poner en peligro la vida (alcohol,

barbitúricos). Los síntomas tienden a ser opuestos a los efectos iniciales de la droga. La heroína, por ejemplo, provoca constricción de la pupila y estreñimiento. En la abstinencia, hay dilatación de la pupila y diarrea o evacuaciones frecuentes. El alcohol deprime varias funciones cerebrales y, durante la abstinencia, la hiperactividad del cerebro puede llevar a convulsiones prolongadas que podrían ser fatales si no se las trata (O'Brien, 2006).

Se pueden utilizar medicamentos para calmar la incomodidad de la abstinencia y evitar eventos que podrían poner en riesgo la vida del paciente. Existen medicamentos para la abstinencia de los barbitúricos y del alcohol (benzodiazepinas) y para la abstinencia de los opioides (clonidina, lofexidina, buprenorfina y metadona) que se prescriben en dosis cada vez más pequeñas durante algunos días mientras el cuerpo se adapta a la ausencia de la droga. Por lo general, la abstinencia de estimulantes como la cocaína o las metanfetaminas no requieren de un tratamiento con medicamentos, a menos que el paciente sufra una depresión severa.

Los medicamentos son muy eficaces en la prevención o alivio de los signos y síntomas de la abstinencia, pero esta es sólo la primera etapa del tratamiento. Es esencial que luego de la desintoxicación tenga lugar la orientación, psicoterapia o intervención de rehabilitación correspondiente si se busca evitar la recaída.

### **Medicamentos para la prevención de las recaídas**

Además de las intervenciones psicoterapéuticas y conductuales mencionadas anteriormente, también hay medicamentos para ciertos problemas de abuso de sustancias que resultan de utilidad para prevenir las recaídas y que deberían emplearse para maximizar los resultados positivos del tratamiento en el largo plazo. Por ejemplo, el disulfiram es un medicamento que se ha utilizado durante muchos años para evitar la recaída en el consumo de alcohol. Interfiere en el metabolismo del alcohol, disminuyéndolo a la etapa de acetaldehído que produce efectos aversivos extremadamente tóxicos. Estos efectos tóxicos pueden poner en riesgo la vida de una persona que haya consumido una determinada cantidad de alcohol. Aunque este tratamiento es efectivo, la mayoría de las personas se niegan a tomar la medicación, o dejan de tomarla (Fuller et al., 1986). Por ello, la utilidad del disulfiram es limitada por su falta de adhesión y, además, es potencialmente tóxico si se consume alcohol. Recientemente, la antagonista de los opioides, la naltrexona, ha demostrado ser eficaz en la prevención de la recaída al abuso/dependencia al alcohol. Las personas tratadas con naltrexona han mostrado una reducción significativa en la cantidad de días de consumo de alcohol y menos consumo ocasional que aquellas personas a las que se les suministró un placebo. En particular, la naltrexona evita que el episodio en la etapa de abstinencia se convierta en una recaída a la dependencia del alcohol (Garbutt et al., 2005). El Acamprosate (Campral) es otro medicamento utilizado para tratar el abuso de alcohol y el alcoholismo. En los ensayos clínicos controlados, se ha demostrado que mantiene niveles más altos de abstinencia que el placebo por períodos mayores a un año (Lesch et al., 2001).

Los medicamentos son muy eficaces en la prevención o alivio de los signos y síntomas de la abstinencia, **pero esta es sólo la primera etapa del tratamiento**. Es esencial que luego de la desintoxicación tenga lugar la orientación, psicoterapia o intervención de rehabilitación correspondiente si se busca evitar la recaída.



Aunque la naltrexona se utiliza para tratar el alcoholismo, en realidad se trata de un antagonista de los opioides que puede evitar la recaída al consumo de heroína y otros opioides, literalmente evitando que esas drogas produzcan su efecto habitual, es decir, bloquean los receptores de los opioides en el cerebro por períodos de entre 48 y 72 horas. Desafortunadamente, la vasta mayoría de pacientes que anteriormente eran adictos a los opioides dejan de tomar naltrexona y recaen en el consumo. Aquellos que están muy motivados a mantenerse alejados de las drogas, sin embargo, han continuado positivamente con la toma de los antagonistas de los opioides. Se ha descubierto que son particularmente útiles para dos grupos de personas. Uno de los grupos es el más motivado, son los llamados “adictos profesionales”, por ejemplo, los médicos, enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales (O’Brien, Woody, & McLellan, 1986). Los médicos que deben trabajar con opioides en forma regular afirman que tener un antagonista en su cuerpo los previene de la tentación de consumir opioides. El segundo grupo que ha respondido muy bien a los antagonistas de los opioides es el conformado por personas que tienen un pasado de adicción a la heroína y que se los ha liberado de prisión y dejado en libertad condicional. Si la persona era adicta a la heroína antes de ir a la cárcel, existe una alta probabilidad de que recaiga en el consumo poco después de quedar en libertad. Se ha descubierto que la naltrexona resulta de utilidad en este tipo de población, ya que previene la recaída (Cornish, et al., 1997; O’Brien & Cornish, 2006). Es importante tener en cuenta que para evitar que se desencadene un síndrome de abstinencia intenso, el tratamiento con naltrexona no debería comenzar sino hasta cinco días después de haber finalizado el consumo de opioides de acción corta (heroína), o en un tiempo superior en el caso de los opioides de acción prolongada, como la metadona. Para asegurarse de que la persona ya no es físicamente dependiente de un opioide, se recomienda que ingiera, a modo de prueba, una dosis de naltrexona (Narcan), un antagonista de los opioides de acción corta. Si el paciente no muestra signos de abstinencia frente a esa prueba, se puede dar inicio al tratamiento con una dosis baja de naltrexona. Si el paciente no experimenta efectos adversos a la dosis baja de naltrexona, se puede aumentar la dosis a una que sea terapéutica y completa (Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 2005). Lo ideal sería que las personas que han ingresado a prisión y han dejado de consumir droga durante un determinado tiempo puedan iniciar la ingesta de naltrexona antes de salir en libertad, de modo de garantizar que no recaerán en el consumo de opioides antes de comenzar con el tratamiento ambulatorio.

Un estudio asignó aleatoriamente a individuos en libertad condicional federal a la ingesta de naltrexona (Revia®) y a otros individuos al tratamiento habitual. En un período de seis meses, el 57% del grupo de control fue enviado nuevamente a prisión. Del grupo aleatorizado para la ingesta de naltrexona, sólo el 27% volvió a prisión (Cornish et al., 1997). Desde hace poco tiempo, la naltrexona se encuentra disponible como preparación de depósito efectiva durante 30 días luego de una única inyección (Vivitrol®). Un estudio que se encuentra en progreso en Philadelphia está utilizando esta preparación de depósito en individuos que se encuentran en libertad condicional con resultados, hasta ahora, alentadores. Los participantes informan que el antagonista evita que sientan los efectos de la droga si se inyectan heroína y, ya que sólo tienen que regresar una vez al mes para colocarse la inyección, hay buena adhesión al programa del tratamiento. Los participantes del estudio de Philadelphia han ingresado al estudio en forma voluntaria; se ofrece el tratamiento con naltrexona a los individuos en libertad condicional, pero no se ejerce ningún tipo de presión para que acepten. Sin embargo, se ha propuesto que se ponga a disposición el tratamiento con naltrexona de depósito, a modo de opción en el convenio

declaratorio. Aquellos que se declaren culpables de delitos no violentos relacionados con las drogas podrían tener la opción de recurrir a la naltrexona de depósito o a un período en prisión, aumentando, de esa forma, las posibilidades de rehabilitación, ahorrando fondos públicos y ayudando en el problema de las cárceles superpobladas (Bonnie, 2006; Caplan, 2006).

### **Farmacoterapia para la adicción a los opioides**

Desde la década de 1970, la metadona se ha utilizado para el tratamiento a largo plazo de individuos dependientes de los opioides. Los ensayos clínicos controlados y aleatorizados, así como también el análisis de los datos de los tratamientos nacionales, han mostrado que el tratamiento con metadona, como parte de un programa de rehabilitación integral, disminuye el uso ilegal de opioides, normalizan los sistemas inmune y endócrino, disminuyen la propagación de enfermedades de transmisión sanguínea, como el SIDA y la hepatitis, disminuye la actividad delictiva y aumentan las actividades prosociales. Se debe tener en cuenta que la metadona no es una cura para la adicción a los opioides, pero mejora la retención y facilita la participación en los servicios de rehabilitación. Ya que para muchas personas la adicción a los opioides es un estado de enfermedad de recaída crónica, puede indicarse el tratamiento con metadona de por vida (Kreek, 1992). A diferencia del tratamiento con naltrexona, no es necesario que los pacientes adictos a los opioides se desintoxiquen antes de iniciar el tratamiento con metadona. Sin embargo, hay regulaciones federales que determinan las dosis que pueden utilizarse en el inicio del tratamiento con metadona. Están descritas en el Protocolo para la Mejora de los Tratamientos número 43 publicado por la SAMHSA/el CSAT (2005). El principio general es asegurarse, en primer lugar, que la persona no esté intoxicada con drogas ilegales para comenzar, entonces, el tratamiento con una dosis baja (30 mg), y posteriormente aumentarla lentamente durante la siguiente semana, hasta que la persona ya no muestre signos de abstinencia. El médico que prescribe la metadona regula la dosis de mantenimiento, para lograr la abstinencia a los opioides ilegales al mismo tiempo que se evitan los efectos secundarios perjudiciales. Se debe tener en cuenta que existen grandes diferencias individuales en el metabolismo de la metadona, y algunas personas necesitan dosis mucho mayores de metadona para permanecer libres de droga y en buen estado. Las regulaciones que arbitrariamente ponen límites a las dosis diarias máximas de metadona dejan de lado el beneficio para los pacientes.

En 2003, se introdujo la buprenorfina al tratamiento de la adicción a los opioides. A partir de la aprobación de la ley de tratamientos para el abuso de sustancias (Drug Abuse Treatment Act) del año 2000, los médicos que han recibido exenciones por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos pueden prescribir cualquier medicamento del Programa III, IV o V (Schedule III, IV or V) que la FDA haya aprobado para el tratamiento de la adicción a los opioides. En la actualidad, el único medicamento que cumple este requisito es la buprenorfina. Hay dos preparaciones de buprenorfina para el tratamiento de la adicción a los opioides, y los dos son de administración sublingual: Suboxone®, que es buprenorfina combinada con naloxona, el antagonista de los opioides, en una proporción de 4 a 1, y Subutex® (buprenorfina sola). Suboxone® es el preparado principalmente utilizado en los Estados Unidos para el tratamiento de la adicción a los opioides. La naloxona en Suboxone® no se absorbe bien cuando la medicación es de administración sublingual, tal como se indica. Sin embargo, si a una persona adicta a la heroína u otros analgésicos opioides fuertes se le aplica Suboxone® en forma intravenosa, la naloxona desencadenará un síndrome de abstinencia muy intenso. Por eso, el

agregado de nolaxona disminuye la posibilidad de desviación del uso de Suboxone® en la subcultura de las drogas. Se debe tener en cuenta, sin embargo, que el agregado de nolaxona no evita el abuso de Suboxone® por vía intravenosa por parte de los individuos que no son dependientes de los opioides fuertes (Fudala et al., 2003).

La buprenorfina tiene una gran afinidad con las partes del cerebro (receptores mu) donde los opioides ejercen su acción adictiva y sólo abandona a estos receptores lentamente. Una vez que ocupa estos receptores, produce un efecto como el de los opioides, pero en un límite mucho menor que el de las drogas como la heroína, la oxicodona o la metadona. Los efectos son suficientes, sin embargo, para satisfacer la necesidad del cuerpo en la mayoría de los adictos a los opioides. Este límite en los efectos de la buprenorfina, particularmente sobre la respiración, hace que la droga sea más segura. También supone que las personas que ingieren buprenorfina tienen un nivel menor de dependencia física y que pueden disminuir el consumo de drogas más fácilmente que en el caso de los opioides más fuertes. Resulta importante, debido a la gran afinidad y a la lenta disociación de la buprenorfina para los receptores opioides, que puede bloquear los efectos de otros opioides, como la heroína. Esto ha llevado a que algunos consideren a la buprenorfina como una mezcla de agonista y antagonista. Debido a estas propiedades, es importante iniciar el tratamiento con buprenorfina únicamente luego de que la persona adicta al opioide comience a mostrar signos de abstinencia. La administración de buprenorfina poco después de que la persona haya consumido heroína u otros opioides fuertes puede desencadenar signos y síntomas de abstinencia. Por otro lado, si la persona se encuentra en la etapa de abstinencia, los efectos opioides limitados de la buprenorfina producirán algún alivio. Si esto ocurre, se puede aplicar una segunda dosis. El inicio del tratamiento con buprenorfina está descrito en el Protocolo para la Mejora de los Tratamientos número 43 (CSAT, 2005).

## *Modelo comunitario*

### **Mantenimiento de la buprenorfina en una comunidad pequeña**

El programa de Lewistown, Pennsylvania ilustra la interacción ideal entre los líderes de la comunidad local, la profesión médica y el cumplimiento de las leyes. En 1998, varios líderes clave de la comunidad y varios residentes preocupados se reunieron para conversar sobre el aumento en el uso de la heroína. El resultado de este intercambio de ideas fue la fundación del “Mifflin County Heroin Task Group” (agrupación del condado de Mifflin para el problema de la heroína). Era claro para todos que hacía falta en forma urgente un tratamiento para la adicción a los opioides/heroína. Sin embargo, sabían que la FDA estaba evaluando una nueva medicación para la adicción a los opioides, la buprenorfina, y comenzaron a educar a la comunidad sobre la posibilidad de utilizar esta nueva medicación. Cuando en octubre de 2002 la FDA aprobó la buprenorfina para uso ambulatorio, el señor Ray Dodson, Director Ejecutivo de la Comisión contra el Abuso de Drogas y Alcohol del Condado Juniata Valley Tri-County (Juniata Valley Tri-County Drug and Alcohol Abuse Commission), brindó información y capacitación a los médicos en los casos más importantes de ocho condados. Además, organizó el curso de certificación para prescribir buprenorfina, de modo de tener un control local, e invitó no sólo a los médicos, sino también a los farmacéuticos, a los orientadores sobre el problema de consumo de alcohol y drogas, y a otros proveedores de servicios. La oficina de los miembros de la comisión del condado de Mifflin y la oficina del fiscal del distrito patrocinaron la capacitación, lo que permitió que todos los participantes pudieran asistir pagando una tarifa reducida. La capacitación se realizó en junio de 2003.

El programa recibió los primeros pacientes en septiembre de 2003 y ha completado su capacidad desde entonces. Un elemento clave es la presencia un psicólogo clínico que trabaja como coordinador del programa y mantiene un contacto directo con todos los pacientes durante la iniciación del tratamiento, y se encuentra disponible en caso de que surja algún problema. Este puesto también podría desarrollarlo un trabajador social que se encuentre capacitado en el uso de buprenorfina. Este programa fue un modelo de tratamiento con buprenorfina que ha recibido el aval del Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT) y de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos (SAMHSA).

Además, la escuela de graduados del servicio público de la Universidad de Nueva York (New York University Graduate School of Public Service), realizó un estudio sobre la buprenorfina en todo el país y recomendó al Departamento de Salud de Nueva York la adopción del Modelo de Lewistown para implementarlo en la ciudad de Nueva York (*NYU Capstone Report, 2004*). La cooperación del sistema de justicia penal, los líderes de la comunidad y los médicos del hospital local ha hecho posible este programa en una pequeña comunidad rural. Debería tomarse como modelo para otras comunidades que cuentan con tribunales de drogas, pero que tienen recursos limitados para brindar servicios de tratamiento para el abuso de sustancias.

En la actualidad, más de 7000 médicos han recibido la capacitación especial y la exención del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) para prescribir buprenorfina en el tratamiento contra la dependencia a los opioides. Esto significa que las comunidades más

pequeñas que no tienen programas de mantenimiento de la metadona pueden recurrir a médicos de la comunidad local para proporcionar la medicación.

Actualmente, se está realizando un estudio piloto en el condado de Wayne, Michigan, que utiliza Suboxone® para el tratamiento de individuos con problemas de adicción a los opioides y que han sido derivados por el tribunal de drogas del condado (Rhodes, Majeda, Smith, & Schuster, 2006). Los participantes del tribunal de drogas son delincuentes con un mínimo de tres delitos graves no violentos. Se les exige a los participantes que permanezcan en el tratamiento durante 1 año, con la fase de medicación durante un máximo de 9 meses. Inmediatamente luego de la ingesta, los participantes se someten a una orientación y a una evaluación psiquiátrica y psicosocial. El psiquiatra clínico evalúa a los pacientes con diagnóstico psiquiátrico vigente (36%) y los somete a un tratamiento. Todos los participantes de los tribunales de drogas asisten a una hora de terapia individual por semana y a una hora de terapia grupal por semana. Durante la fase inicial del tratamiento, todos los participantes asisten también a seis sesiones adicionales de terapia grupal psicoeducativa. Los participantes entregan semanalmente muestras de orina para realizar la prueba de drogas. Ocho participantes han completado la fase de medicación de este programa y seis se han mantenido libres de droga, según lo indicó la prueba semanal de drogas. Trece participantes todavía continúan ingiriendo Suboxone®, y la mayoría se abstienen del consumo de toda droga ilegal. Este estudio piloto sugiere contundentemente que el mantenimiento de Suboxone® en el corto plazo, en combinación con la orientación y otras intervenciones de rehabilitación, es un medio efectivo para tratar a personas derivadas por los tribunales de drogas con una larga historia de adicción a los opioides.

Frente a las múltiples opciones para tratar la adicción a los opioides, es importante que los programas de los tribunales de drogas reconozcan, como en todos los casos médicos, que la opción de un tratamiento depende de un gran número de variables. Si los individuos en cuestión son delincuentes con múltiples intentos de tratamiento, se debería evaluar la idea de intentar un nuevo enfoque. Por eso, las personas previamente asignadas a los programas libres de drogas de doce pasos que no han logrado la abstinencia a largo plazo deberían ser, definitivamente, candidatas a realizar tratamientos con medicación. En nuestra opinión, el primer medicamento que se debería utilizar es la naltrexona. Si la naltrexona se administra tal como se prescribe, es casi imposible que el paciente recaiga en la dependencia/abuso de opioides. Desafortunadamente, incluso en los mejores programas, algunos pacientes dejan de tomar naltrexona y recaen en el abuso de opioides. Se debería tener en cuenta a esos pacientes para la terapia con Suboxone (buprenorfina + naloxona). Si los pacientes logran llegar a la abstinencia a los opioides y otras drogas, el tratamiento con Suboxone debería continuar mientras el paciente se encuentra realizando otras formas de terapia y rehabilitación. Posteriormente, puede que los participantes estén en condiciones de que se les disminuya la dosis de Suboxone y, en ese escenario ideal, se los pueda transferir al tratamiento con naltrexona de depósito por un período de, al menos, tres meses. Durante este período crítico de transición, la naltrexona evitará la recaída incluso si el participante intenta consumir un opioide ilegal. Algunas investigaciones recientes han mostrado la factibilidad de este tratamiento secuencial con medicamentos (Comer et al., 2006).

Puede ser que las personas que han sido físicamente dependientes de los opioides en dosis altas durante un período de tiempo extenso necesiten un tratamiento con el agonista puro de los

opioides, la metadona. Por eso, se recomienda que los programas de los tribunales de drogas sean lo suficientemente flexibles para permitir que los médicos utilicen todos los medicamentos disponibles que han mostrado ser de utilidad en el tratamiento contra la adicción a los opioides. Las opciones deberían basarse en la historia de consumo de droga del paciente y en los éxitos y fracasos de los tratamientos anteriores. Del mismo modo que no hay un solo camino para la adicción, tampoco hay un solo camino hacia la abstinencia, y los programas deben ser lo suficientemente flexibles para hacer frente a las diferencias individuales y a las diferentes necesidades en los distintos momentos del proceso de recuperación.

## **RECOMENDACIONES**

1. Los equipos de los tribunales de drogas deberían recibir capacitación sobre los medicamentos para los tratamientos, y se deben tomar medidas para conocer lo que se encuentra disponible actualmente en la comunidad y lo que podría ponerse a disponibilidad para mejorar los resultados de los tratamientos y el éxito de los tribunales de drogas.
2. Los programas de los tribunales de drogas deberían adoptar el uso de medicamentos como parte de un programa de tratamiento integral, para el inicio de la abstinencia y la prevención de recaídas en individuos con un historial de dependencia al alcohol y a los opioides.
3. Se deberían tener en cuenta los acuerdos declaratorios para motivar a los individuos con un historial de dependencia al alcohol a que inicien y mantengan la ingesta de naltrexona, acamprosate o disulfiram por un período mínimo de un año.
4. Se deberían tener en cuenta los acuerdos declaratorios para motivar a los individuos con un historial de dependencia al alcohol a que inicien y mantengan la ingesta de naltrexona, acamprosate o disulfiram por un período mínimo de un año.
5. Se debería tener en cuenta el uso de buprenorfina para individuos adictos a los opioides.
6. Para los individuos con un historial de adicción a los opioides que no han tenido éxito en los tratamientos con naltrexona y/o buprenorfina, se debería recurrir a la opción de un tratamiento con metadona.

## **RECURSOS**

Las investigaciones y los años de experiencia clínica han demostrado que los medicamentos son una parte importante del tratamiento para la adicción al alcoholismo y a los opioides. Los medicamentos como la metadona, la buprenorfina y la naltrexona han demostrado que mejoran los resultados del tratamiento para la adicción a los opioides en la etapa de desintoxicación, y durante la orientación y los servicios de rehabilitación. Del mismo modo, la naltrexona, el acamprosate y el disulfiram han demostrado que mejoran el resultado del tratamiento para la adicción al alcohol. Los jueces de los tribunales de drogas deberían conocer esta información que claramente muestra una mejora en la efectividad de los programas de tratamiento y rehabilitación para las adicciones a los opioides y al alcohol, cuando los medicamentos se utilizan

correctamente. Los datos justifican claramente la conclusión de que los medicamentos deberían considerarse una parte integral en todos los programas de tratamiento de los tribunales de drogas. Teniendo en cuenta estos datos, el hecho de negar a los participantes de los tribunales de drogas la opción de recibir medicamentos para sus tratamientos es, en nuestra opinión, poco ético. La rentabilidad del uso de medicamentos para evitar nuevos encarcelamientos hace mucho más que compensar los costos adicionales por ofrecer los medicamentos. Se deben realizar esfuerzos para convencer a quienes hacen las leyes federales y estatales de que el uso de medicamentos para los tratamientos por abuso de sustancias no es sólo una cuestión humana sino también de rentabilidad.

## REFERENCIAS

- Bonnie, R. J. (2006). Judicially mandated naltrexone use by criminal offenders: a legal analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*; 31(2), 121-127.
- Caplan, A. L. (2006). Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*; 31(2), 117-120.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *Medication-assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programs*. (Treatment Improvement Protocol No. 43). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration Series. (DHHS Publication No. (SMA) 05-4048)
- Comer, S. D., Sullivan, M. A., Yu, E., Rothenberg, J. L., Kleber, H. D., Kampman, K., et al. (2006). Injectable, sustained-release naltrexone for the treatment of opioid dependence: a randomized, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 63(2), 210.
- Cornish, J. W., Metzger, D., Woody, G. E., Wilson, D., McLellan, A. T., Vandergrift, B., et al. (1997). Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 529-534.
- Fudala, P. J., Bridge, T. P., Herbert, S., Williford, W.O., Chiang, C.N., Jones, K., et al. (2003). Buprenorphine/naloxone collaborative study G: Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *New England Journal of Medicine*, 349(10), 949-958.
- Fuller, R. K., Branchey, L., Brightwell, D. R., Derman, R. M., Emrick, C. D., Iber, F. L., et al. (1986). Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration cooperative study. *Journal of the American Medical Association*, 256(11), 1449-1455.
- Garbutt, J. C., Kranzler, H. R., O'Malley, S. S., Gastfriend, D. R., Pettinati, H. M., Silverman, B. L., et al. (2005). Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293(13), 1617-1625.
- Kreek, M. J. (1992). Rationale for maintenance pharmacotherapy of opiate dependence. In C. P. O'Brien & J. H. Jaffe (Eds.), *Addictive states* (pp. 205-230). New York: Raven Press.
- Lesch, O. M., Riegler, A., Gutierrez, K., Hertling, I., Ramskogler, K., Semler, B., et al. (2001). The European acamprosate trials: Conclusions for research and therapy. *Journal of Biomedical Science*, 8(1), 89-95.
- O'Brien, C. P. (2006). Drug addiction and drug abuse. In L. Brunton, J. Lazo, & K. Parker (Eds.), *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics* (11<sup>th</sup> ed., pp. 607-627). New York: McGraw-Hill.
- O'Brien, C. P. & Cornish, J. W. (2006). Naltrexone for probationers and parolees. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 107-111.
- O'Brien, C. P., Woody, G. E., & McLellan, A. T. (1986). A new tool in the treatment of impaired physicians. *Philadelphia Medicine*, 82, 442-446.
- Rhodes, G. L., Majeda, P., Smith, T. D., & Schuster, C. R. (2006, June). *Buprenorphine-assisted treatment in a drug court program*. Sesión de afiches presentados en la reunión anual del College on Problems of Drug Dependence, Scottsdale, AZ.



# **COMPETENCIA CULTURAL EN LOS TRATAMIENTOS DE LOS TRIBUNALES DE DROGAS**

**Andrew Osborne, M.S.**  
National Development & Research Institutes, Inc.



## INTRODUCCIÓN

Cuando se designa un tribunal para el tratamiento de la adicción a las drogas o se pone en funcionamiento un tribunal para la resolución de problemas, los equipos aspiran a incorporar los diez componentes clave en los protocolos de sus tribunales. Fomentar las relaciones entre los tribunales de drogas, los organismos públicos y las organizaciones basadas en la comunidad genera respaldo a nivel local y mejora la eficacia de los programas de estos tribunales. Esto requiere un entendimiento de la cultura de los participantes y la capacidad del proveedor para combinar el mejor tratamiento. La Publicación de Asistencia Técnica 21 del Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (CSAT) establece que “Las experiencias de los pacientes en relación a la cultura preceden e influyen su interacción con los profesionales del tratamiento de abuso de sustancias” (2006, p.162). Para forjar las relaciones terapéuticas, que servirían para aumentar las probabilidades de un resultado positivo, los equipos deben fomentar los servicios de tratamiento culturalmente competentes. Los tribunales de drogas reúnen diversas culturas profesionales con diferentes objetivos, metas, habilidades y subculturas. La comunidad de los tratamientos abarca diferentes subculturas: la comunidad terapéutica, residencial, ambulatoria, la metadona, de la salud mental, de la salud pública, etc. La comunidad de la justicia penal también abarca diversas subculturas y disciplinas: la judicial, la del fiscal del distrito, la de la defensa, la de libertad condicional, la de la policía, la del período de prueba, etc. La combinación de estas culturas diferentes para lograr un objetivo acordado demanda un cierto nivel de competencia.

Se ha definido a la competencia cultural como un conjunto de conductas, actitudes y políticas congruentes que se aúnan como un sistema u organismo y que permiten que ese sistema u organismo funcione en situaciones interculturales. Se utiliza la palabra cultura porque supone un patrón de pensamientos, costumbres, creencias, instituciones y valores humanos pertenecientes a un grupo social, religioso, étnico o racial. Se elige la palabra competencia porque supone la capacidad de funcionar en forma efectiva (Cross, Barzon, Dennis, & Isaacs, 1989).

Esta combinación y compatibilidad pueden lograrse a través de la evaluación de las necesidades organizativas, de foros comunitarios y de los proveedores regularmente programados, de grupos de graduados, de capacitaciones interdisciplinarias, de asociaciones de investigación y de evaluaciones codiseñadas para determinar qué funciona bien y para quién. Al asignarle al participante el tratamiento individualizado más adecuado, el tribunal aumenta las probabilidades de lograr un resultado positivo.

Este resultado positivo requerirá varios cambios conductuales. Los participantes tienen conductas riesgosas, y los profesionales intentan llevarlos en forma continua a estar menos expuestos a esas conductas. Esto requiere evaluaciones de necesidades holísticas. Estas evaluaciones deben incluir información cultural para determinar con qué cultura se identifica cada participante, posibilitando la mejor combinación de tratamiento. La diversidad de participantes exhibe, a su vez, una diversidad cultural según la raza, etnia, género (consultar el capítulo 7), edad, clase, educación, vecindario, droga elegida, forma de consumo, grado de alfabetización y demás atributos.

Debido a que ningún tribunal de drogas es idéntico a otro, ni en lo profesional ni en cuanto a la diversidad de participantes, los profesionales deberían evaluar a todos los participantes para

determinar cómo sus culturas impactan en las conductas/creencias que los podrían alejar de los resultados satisfactorios. Algunos de los puntos que se deberían tener en cuenta son:

**Crianza de niños:** la mayoría de las culturas asignan la tarea de criar niños a las mujeres, abuelos, tíos, hombres o a la familia extendida. La evaluación debe establecer qué recursos se encuentran disponibles para el cuidado de niños. Cuando se brindan recursos para el cuidado de niños, la tasa de mujeres que se gradúan es mayor que la de los hombres.

**Salud mental:** en muchas culturas, este es un tema tabú. En otras culturas, el tema se discute abiertamente. Se debe conocer la percepción del participante en relación a este tema antes de realizar la derivación.

**Roles según el sexo:** se debe conocer qué roles ha asignado cada cultura al hombre y a la mujer en relación al empleo, a la administración del dinero, a la divulgación, a la toma de decisiones y a la educación.

**Cuidado de personas adultas:** se debe determinar si el participante es la persona designada para el cuidado de personas adultas.

**Disciplina:** los profesionales de los tribunales de drogas deberían conocer cuáles son las formas de disciplina culturalmente aceptables. Es necesario aconsejar a los participantes sobre las formas no permitidas en este país.

**Tratamiento:** los participantes de algunas culturas pueden mostrarse resistentes a la quimioterapia y a las cirugías. Podría resultar necesario establecer la derivación para disminuir la resistencia.

**Puntualidad:** durante todo el programa, se debe poner énfasis en el concepto de la puntualidad. Muchas culturas funcionan con la puntualidad.

**Matrimonio:** muchas culturas aprueban los matrimonios concertados por las familias de los contrayentes. Esta práctica se contrapone a las leyes de los Estados Unidos.

**Agonía y muerte:** muchas culturas practican el culto a los ancestros. La comunicación con los ancestros puede tener lugar más de una vez al año, lo que puede generar un conflicto con el protocolo del programa.

**Gobierno:** muchas personas vienen de países en los que se le teme al gobierno. También sienten miedo del gobierno cuando están en este país, en especial, después del 11 de septiembre. Esta situación limita la apertura y puede generar confusión sobre los términos legales. Además, el hecho de entregar dinero al tribunal se denomina "fianza" en este país. En otros países puede considerarse un soborno.

**Figuras de autoridad en la familia:** muchas culturas respetan a los ancianos. Si el participante pertenece a una cultura como esa, se podría generar un vínculo con el anciano de la familia para que brinde asistencia al individuo en el cumplimiento del programa.

**Hospitalidad:** Muchas culturas tienen reglas estrictas acerca de las personas que pueden ingresar al hogar. Se debe verificar ese dato antes de realizar una visita domiciliaria para disminuir la resistencia.

Esta lista comprende algunos de los comportamientos humanos sobre las culturas que generan impacto y moldean las creencias. Otros comportamientos que podrían requerir evaluación son los arreglos de vivienda, la vestimenta, la violencia doméstica y los medicamentos tradicionales. La naturaleza de esta lista refleja que no es posible ver la cultura, debemos hacer preguntas. Los tribunales de drogas deben designar a las personas mejor preparadas para reunir esta información. En la mayoría de los tribunales, esta tarea podría asignarse a aquellos profesionales que cuenten con habilidades para entrevistar. Se deben consultar los resultados de esta entrevista siempre que se deba ajustar el plan de tratamiento o el caso.

## DESARROLLO

Mientras reunimos información sobre el paciente en la evaluación de sus necesidades para preparar un plan más a su medida, deberíamos evaluar también la competencia organizativa de nuestros proveedores. Se puede observar que el 80% de todos los participantes declarados como homosexuales que fueron derivados a un proveedor para recibir servicios de vivienda no se graduaron. O que la cultura del participante realza la importancia de figuras de autoridad en la familia que pueden ser aliados en su recuperación. O que el tribunal puede ordenar a todos los participantes que asistan a las reuniones de Alcohólicos Anónimos. Un participante de 21 años puede no estar preparado para recibir correctamente el mensaje cuando las personas que emiten ese mensaje son mayores de 50 años y pertenecen a una cultura en la que la droga se ve de otro modo.

Para brindar asistencia a los equipos de los tribunales de drogas en la evaluación de las competencias culturales de ellos mismos y de sus proveedores, se encuentra a continuación un instrumento de evaluación de las necesidades de competencias culturales diseñado para comenzar a identificar los puntos fuertes y las áreas que se necesitan mejorar. Lo que debe tenerse en mente es que todos los tribunales de drogas son, al mismo tiempo, similares y distintos. Los tribunales de drogas sólo tienen una diversidad de participantes y proveedores; la combinación de ambos es diferente de tribunal en tribunal. Para algunos tribunales, ciertas preguntas no son relevantes. Por ejemplo, puede ser que el tribunal sólo tenga disponible un proveedor, lo cual elimina la diversidad profesional. Sin embargo, no todos los participantes son parecidos. Si lo que se intenta es lograr un cambio de comportamientos, cuanta más información descriptiva se tenga será mejor.

**La competencia cultural es un proceso continuo** que necesita ajustarse constantemente. No es inmodificable. Debe institucionalizarse.

Por último, la competencia cultural es un proceso continuo que necesita ajustarse constantemente. No es inmodificable. Debe institucionalizarse.

## Evaluación de las necesidades culturales de los tribunales de drogas

- ¿El tribunal ha realizado evaluaciones formales correspondientes a las necesidades de las poblaciones étnicas/minoritarias para las que trabaja durante los últimos 3 años?
- ¿Se compara la información reunida con la información comparable de la población en general?
- ¿Se compara la información reunida con la información comparable de la población carcelaria?
- ¿Se utiliza la información reunida en las estadísticas de la justicia penal o en el informe de las características de los delincuentes del Departamento de Correcciones?
- ¿Se utiliza la información reunida para realizar autoevaluaciones?
- ¿Se utiliza la información reunida para la planificación de la justicia penal, correccional e institucional?

### **Evaluación de las necesidades de capacitación**

- ¿Ha requerido el tribunal alguna capacitación para mejorar la competencia cultural de su equipo profesional durante los últimos 3 años?
- ¿Se ha entrenado a los evaluadores de los Tratamientos Alternativos para una Comunidad Segura, a los asistentes sociales que se ocupan del seguimiento de las personas en libertad condicional, a los funcionarios de los tribunales, a los administradores de los casos penales y a los miembros del equipo de los tribunales de drogas en relación a la competencia cultural durante los últimos 3 años?
- ¿Han recibido capacitación los proveedores de los tratamientos (todo el personal) durante los últimos 3 años, para mejorar la competencia cultural de sus profesionales y para dar apoyo al personal?

### **Estructura de personal**

- ¿Qué porcentaje del equipo del tribunal de drogas refleja la composición de la población minoritaria para la que trabaja?
- ¿Qué porcentaje del personal es bilingüe o políglota?
- ¿Qué porcentaje del personal ha recibido capacitación sobre conocimientos culturales?
- ¿Qué porcentaje de las minorías está representado por el comité directivo del tribunal de drogas y/o por el comité de planificación?
- ¿Qué porcentaje de las minorías está representado por alguna junta consultiva?
- ¿Qué porcentaje de las minorías está representado por los rangos judicial y/o administrativo?

### **Estructura previa al desempeño**

- ¿Hay vínculos con las organizaciones, iglesias y otras instituciones pertenecientes a los grupos minoritarios que trabajan en la comunidad para esos mismos grupos?
- ¿Hay adjudicaciones de contratos otorgados a los proveedores de servicios étnicos/raciales para cuestiones específicamente relacionadas con las minorías o con la población que tiene necesidades especiales? Si la respuesta es no, ¿por qué?
- ¿La declaración de objetivos del tribunal de drogas prevé los servicios y la capacitación culturalmente competentes?

- ¿El tribunal adapta los feriados para ajustarse a la diversidad cultural/religiosa?
- ¿La población meta evalúa el desempeño del tribunal? ¿Cuál es la percepción de la población meta acerca de la eficacia del tribunal?
- ¿El tribunal está ubicado en la comunidad para la que trabaja o cuenta con instalaciones con las que la población meta interactúa?
- ¿Los horarios de servicio se ajustan a la accesibilidad del participante?
- ¿Se tiene en cuenta la sensibilidad cultural en la combinación del tratamiento?
- ¿El entorno del tratamiento refleja la cultura de la población meta?
- ¿El tribunal distribuye materiales en los idiomas que la población meta domina? ¿Hay intérpretes aprobados por el tribunal que se encuentren disponibles para el equipo del tribunal de drogas y para los proveedores del tratamiento?
- ¿Los investigadores o el evaluador del tribunal de drogas han incluido preguntas en su diseño de investigación (además de lo relativo a la raza y a la etnia) formuladas para evocar prácticas culturales y/o idiosincrasias?
- ¿Ha analizado el investigador del tribunal de drogas los resultados del tratamiento según la raza, etnia o género?
- ¿El tribunal busca mejorar las relaciones entre las organizaciones culturalmente fundadas en toda la extensión de la comunidad?

## RECOMENDACIONES

1. **Evalúe a su tribunal y a los proveedores en relación a los puntos fuertes y débiles de su competencia cultural.**
2. **Siempre que sea posible, realice foros comunitarios y de los proveedores, grupos de graduados y capacitaciones interdisciplinarias.**
3. **Siempre que sea posible, fomente asociaciones de investigación y evaluaciones codiseñadas.**
4. **Designa a algunas personas para que identifiquen la cultura de los participantes.**

## RECURSOS

Capítulo 4 del Protocolo para la Mejora de los Tratamientos número 46 del Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias, *Abuso de sustancias: Administrative Issues in Outpatient Treatment* (Cuestiones administrativas de los tratamientos de los pacientes ambulatorios), (2006a), incluye recursos para la evaluación de programas y para la capacitación sobre competencias culturales.

Capítulo 10 del Protocolo para la Mejora de los Tratamientos número 47, *Abuso de sustancias: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment* (Cuestiones clínicas en los tratamientos intensivos de los pacientes ambulatorios), (2006b), aborda las implicancias clínicas de los tratamientos culturalmente competentes e incluye:

- una introducción sobre las investigaciones actuales que respaldan la necesidad de tratamientos individualizados que tengan en cuenta el elemento cultural,

- principios relativos a la prestación de servicios de tratamiento culturalmente competentes, y
- temas de interés especial, por ejemplo, **pacientes extranjeros, mujeres pertenecientes a otras culturas y consideraciones religiosas.**



## REFERENCIAS

- Center for Substance Abuse Treatment. (2006). *Substance abuse: Administrative issues in intensive outpatient treatment*. (Treatment Improvement Protocol No. 46). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration Series. (DHHS Publication No. (SMA) 06-4151)
- Center for Substance Abuse Treatment. (2006). *Substance abuse: Clinical issues in intensive outpatient treatment* (Treatment Improvement Protocol No. 47). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration Series. (DHHS Publication No. (SMA) 06-4182)
- Center for Substance Abuse Treatment. (2006). *Addiction counseling competencies: The knowledge, skills, and attitudes of professional practice* (TAP Series 21). Rockville, MD: Autor.
- Cross, T.L., Barzon, B.J., Dennis, K.W., & Isaacs, M.R. (1989). *Towards a culturally competent system of care (Vol. 1)*. Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.
- Epstein, L. G., Orlandi, M. A., & Weston, R. (Eds.). (1992). *Cultural competence for evaluators: A guide for alcohol and other drug abuse prevention practitioners working with ethnic/racial communities* (DHHS publication No. ADM 92-1884). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Finn, P. (1994). Addressing the needs of cultural minorities in drug treatment. *Journal of substance abuse treatment* 11(4), 325-337.
- Hengstler, G.A. & Foster, M. (Eds.). (1999, February). Race and the law [special report]. *ABA journal*, 85(2), 41-71.
- Vacc, N.A., Wittmer, J., & DeVaney, S.B. (Eds.). (1998). *Experiencing and counseling multicultural and diverse populations* (2<sup>nd</sup> ed.). Muncie, IN: Accelerated Development.

# TRASTORNOS COEXISTENTES

**Roger H. Peters, Ph.D.**

Department of Mental Health Law and Policy (departamento de leyes y políticas sobre salud mental), Universidad de Florida del Sur



## INTRODUCCIÓN

A medida que los tribunales de drogas se fueron expandiendo rápidamente en los Estados Unidos, se evidenció la necesidad de brindar enfoques especializados para tratar a las personas con problemas de abuso de sustancias y problemas de salud mental coexistentes (Peters & Osher, 2004). Entre el 10% y el 15% de los delincuentes tienen trastornos mentales (National GAINS Center, 2004; Teplin, 1996, 1997), y aproximadamente las tres cuartas partes tienen un diagnóstico de abuso de sustancias o trastorno de dependencia de por vida (Bureau of Justice Statistics, 2006; Peters, Greenbaum, Edens, Carter, & Ortiz, 1998); esas cifras tan altas exceden las de la población general (Robins & Regier, 1991). Un estimativo de un tercio de los participantes de los tribunales de drogas tienen trastornos coexistentes (Center for Court Innovation, 2001).

La presencia de trastornos coexistentes aumenta el riesgo de detención (Monahan et al., 2001, 2005), y una vez que ocurre la detención, aumentan las probabilidades de que las personas con trastornos coexistentes permanezcan en prisión mucho más tiempo que otros delincuentes (Bureau of Justice Assistance, 2006; Peters, Sherman, & Osher, 2008). Los delincuentes con trastornos coexistentes también tienden a circular rápidamente entre el sistema de justicia penal y otros sistemas de servicios sociales. Por lo general, estas personas tienen dificultades para obtener empleos, frecuentemente se trata de personas sin hogar, no cuentan con medios para transportarse, no tienen respaldo social ni económico y no es fácil ubicarlas en los servicios de residencia tradicionales ni en otros servicios de tratamientos intensivos (Chandler, Peters, Field, & Juliano-Bult, 2004; Osher, 2006a; Peters & Bekman, impreso). Los delincuentes con trastornos coexistentes no logran buenos resultados en los servicios de salud mental ni en los servicios de tratamiento del abuso de sustancias, y necesitan tratamientos especializados y enfoques de supervisión (Peters & Hills, 1997; Sacks et al., 2004; Sacks & Ries, 2005).

Los delincuentes con trastornos coexistentes se caracterizan por la gran diversidad de síntomas, aptitudes funcionales y su respuesta al tratamiento (Mueser et al., 2003). Puede que muchos participantes de los tribunales de drogas que presentan síntomas menos graves de trastornos mentales (por ejemplo, ansiedad leve o depresión) no necesiten intervenciones especializadas o inmediatas, como un tratamiento de diagnóstico dual integrado. Por ejemplo, muchos participantes de tribunales de drogas tienen uno o más elementos de trastornos de la personalidad, caracterizados por deficiencias largamente establecidas en las relaciones interpersonales. Aunque en general los trastornos de la personalidad no requieren intervenciones urgentes o centrales, afectan claramente la calidad de la participación en los tribunales de drogas, y se los debería tener en cuenta al desarrollar los planes de tratamiento, al moldear medidas correctivas

Los trastornos mentales que tienen un impacto más profundo sobre los tribunales de drogas son **el trastorno bipolar, el trastorno de depresión mayor y los trastornos psicóticos**.

Habitualmente, resulta difícil hacer ingresar en los tratamientos a los participantes de los tribunales de drogas que presentan estos trastornos, también tienen altas tasas de deserción en el entorno del tratamiento tradicional y pueden necesitar servicios intensivos en forma inmediata, por ejemplo, consultas psiquiátricas, monitoreos de la medicación, orientación continua sobre su salud mental y grupos de tratamiento para trastornos coexistentes.

efectivas o en otras áreas relativas a la prestación del servicio.

Los trastornos mentales que tienen un impacto más profundo sobre los tribunales de drogas son el trastorno bipolar, el trastorno de depresión mayor y los trastornos psicóticos. Habitualmente, resulta difícil hacer ingresar en los tratamientos a los participantes de los tribunales de drogas que presentan estos trastornos, también tienen altas tasas de deserción en el entorno del tratamiento tradicional y pueden necesitar servicios intensivos en forma inmediata, por ejemplo, consultas psiquiátricas, monitoreos de la medicación, orientación continua sobre su salud mental y grupos de tratamiento para trastornos coexistentes. En los monitoreos, evaluaciones, tratamientos y en la supervisión de los participantes de los tribunales de drogas se deberían tener en cuenta varios tipos de trastornos cognitivos y conductuales, y otras características particulares relacionadas con los trastornos mentales coexistentes. Por ejemplo:

- *Poca capacidad de juicio*
- *Dificultades para reconocer las consecuencias de sus conductas*
- *Dificultades para comprender, recordar e integrar la información*
- *Intervalos de atención breves y dificultades en la concentración*
- *Baja motivación para el tratamiento*
- *Respuesta escasa a la confrontación y a las situaciones estresantes*
- *Desorganización en las actividades más importantes de la vida*
- *Alteración en el comportamiento social*
- *Naturaleza interactiva de los trastornos en relación a los efectos sobre los síntomas y la recaída.*

## **DESARROLLO**

### **Identificación, monitoreo y evaluación**

Debido a las diferencias individuales en cuanto a la disfunción y a las capacidades para participar del tratamiento y cumplir con los demás requisitos del programa en forma efectiva, no todas las personas con trastornos coexistentes son buenas candidatas para los tribunales de drogas. Sin embargo, los tribunales de drogas no deberían restringir la admisión sobre la base de los trastornos coexistentes, sino que deberían evaluar en qué medida los trastornos llevan a un deterioro funcional que resta valor a una participación provechosa (Peters & Osher, 2004). Los tribunales de drogas también deberían examinar los recursos disponibles (el personal capacitado en salud mental, las potenciales asociaciones (o asociaciones ya existentes) con organismos de salud mental, los programas de tratamientos especializados de la comunidad) para distribuir a las personas con trastornos mentales de diferentes niveles de gravedad. Muchas personas con trastornos coexistentes se han graduado exitosamente de los tribunales de drogas, y muchos tribunales de drogas son excepcionalmente adecuados para implementar enfoques de equipos multidisciplinarios que han demostrado ser eficaces en el trabajo con esta población. Aunque muchas veces es difícil anticipar los efectos de los trastornos coexistentes en los tratamientos de los tribunales de drogas, varias de las áreas que suelen afectar los resultados de los tribunales de drogas son:

- La gravedad de la deficiencia cognitiva relativa a la atención, a la concentración, a la memoria, a los pensamientos abstractos y a la capacidad de planificación.

- La gravedad de los síntomas de salud mental relacionados con la depresión mayor, las conductas suicidas, las alucinaciones, las ideas delirantes, la paranoia, la ansiedad y el grado de estabilización sobre los medicamentos psiquiátricos.
- La capacidad para interactuar con el personal encargado del tratamiento, los jueces, el personal supervisor de la comunidad, para participar en las sesiones de tratamiento grupales y para manejar el estrés.
- La presencia de trastornos de la personalidad complicados, como el trastorno de la personalidad antisocial y el trastorno límite de la personalidad.

El monitoreo y la evaluación de los trastornos coexistentes dentro del ámbito de los tribunales de drogas deberían incluir un enfoque integrado que examine los indicadores clave de salud mental y del abuso de sustancias, la interacción de ambos trastornos, el criterio de elegibilidad del programa y la motivación y preparación para el tratamiento (Peters, Bartoi, & Sherman, 2008). Los trastornos mentales y por abuso de sustancias frecuentemente tienen síntomas que se superponen (por ejemplo, ansiedad, depresión, paranoia, trastornos del sueño), lo cual dificulta poder determinar si se necesita o no recurrir a los servicios de salud mental para asistir a los participantes de los tribunales de drogas. En general, los síntomas de enfermedades mentales graves y agudas (por ejemplo, las conductas suicidas) deben abordarse de inmediato, a pesar de que la evaluación, el diagnóstico y las recomendaciones de tratamiento deben reexaminarse luego de los 10 o 14 días de abstinencia continua, para determinar si esos síntomas estaban relacionados con el abuso de sustancias.

En varios de los Protocolos para la Mejora de los Tratamientos desarrollados por el Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT, 1994a, 1994b, 1994c, 1999, 2005a, 2005b), también se describen los enfoques de monitoreo y evaluación de los trastornos mentales y aquellos originados por el consumo de sustancias. Se encuentra disponible una gran cantidad de instrumentos para identificar trastornos mentales y de abuso de sustancias y, recientemente, se han desarrollado varios monitoreos especializados para los trastornos coexistentes. *El manejo de estos instrumentos prácticamente no requiere capacitación. Si el tiempo lo permite, se deberían realizar monitoreos adicionales en los tribunales de droga para detectar traumas/abusos y para verificar la motivación y la preparación para el tratamiento. La evaluación de los trastornos coexistentes en los tribunales de drogas debe proporcionar una cobertura detallada de la salud mental, del abuso de sustancias y de los problemas psicosociales relacionados. Se necesita una capacitación especializada para la administración y el manejo de los instrumentos de evaluación. Por ejemplo, el uso de instrumentos de evaluación psicológica generalmente requiere de una capacitación diplomada, relacionada con enfoques de evaluación y con otras cuestiones de medición y prueba. Los instrumentos de evaluación y monitoreo efectivos para su uso en los tribunales de drogas se describen en la sección de recomendaciones a seguir.*

**Los trastornos mentales y por abuso de sustancias frecuentemente tienen síntomas que se superponen**, lo cual dificulta poder determinar si se necesita o no recurrir a los servicios de salud mental para asistir a los participantes de los tribunales de drogas.

**En general, los síntomas de enfermedades mentales graves y agudas deben abordarse de inmediato**, a pesar de que la evaluación, el diagnóstico y las recomendaciones de tratamiento deben reexaminarse luego de los 10 o 14 días de abstinencia continua, para determinar si esos síntomas estaban relacionados con el abuso de sustancias.

### *Prácticas basadas en pruebas*

*Se han identificado varios principios de atención clave que reflejan las prácticas basadas en pruebas para los delincuentes con trastornos coexistentes (Peters & Hills, 1997; Peters & Osher, 2004). Estos principios pueden utilizarse para guiar el diseño e implementación de servicios para los participantes de los tribunales de drogas que tienen trastornos coexistentes. Los principios clave incluyen:*

- *Deberían esperarse trastornos coexistentes en una cantidad significativa de participantes de los tribunales de drogas. Se deben establecer monitoreos, evaluaciones, planificaciones de tratamiento y actividades de capacitación de los equipos de los tribunales de drogas para ajustarse a este supuesto (Minkoff, 2001; Osher, 2006b).*
- *El tratamiento, la supervisión y la administración de los participantes de los tribunales de drogas deben brindar un enfoque integrado para abordar tanto los trastornos mentales como los relacionados con el abuso de sustancias. Este enfoque combinado debería incorporarse al contenido, al formato, al personal, a la ubicación y a los resultados anticipados de los servicios relacionados con los trastornos coexistentes. Por ejemplo, los enfoques del Tratamiento Integrado de los Trastornos Duales incluyen intervenciones para que el personal con experiencia y capacitación en las áreas de salud mental y abuso de sustancias aborde ambos trastornos (Osher, 2006a).*
- *El tratamiento, la supervisión, las medidas correctivas y los incentivos deben estar diseñados individualmente para satisfacer las necesidades inmediatas, las fortalezas, las áreas de insuficiencia, la motivación y los estilos de aprendizaje de los participantes de los tribunales de drogas. Las intervenciones en etapas deben modelarse para relacionar en forma efectiva a los participantes de los tribunales de drogas con los servicios, teniendo en cuenta sus necesidades individuales.*
- *Las intervenciones de los tribunales de drogas deberían abordar la necesidad de un compromiso a largo plazo con el tratamiento y con los servicios de recuperación que tienen como meta ambos trastornos. Las intervenciones se basan en la necesidad de autogestión de los trastornos crónicos y en la necesidad de recurrir a controles periódicos realizados por los profesionales del tratamiento, con enfoques similares a los utilizados para la diabetes, afecciones cardíacas y otras enfermedades crónicas. Las intervenciones relevantes de los tribunales de drogas incluyen la planificación de la nueva entrada, la prevención de recaídas, el cuidado posterior y grupos de graduados, viviendas supervisadas orientadas a la recuperación, administración de casos y servicios ante crisis, y servicios de reevaluación.*

### *Adaptación de los tribunales de drogas para los trastornos coexistentes*

*Dada la gran cantidad de participantes que presentan trastornos coexistentes, los tribunales de drogas deberían tener la capacidad de modificar los servicios y programas según corresponda. Muchas de estas modificaciones no necesitan vastos recursos ni reestructuraciones*

*significativas de los servicios y programas. En una monografía reciente (Peters & Osher, 2004), se describe una serie de modificaciones para los trastornos coexistentes en los tribunales de drogas, y se encuentra disponible una lista de verificación (consultar el Anexo) para brindar asistencia a los tribunales de drogas en el diseño y la implementación de estas modificaciones. Las modificaciones clave para los trastornos coexistentes que deberían efectuarse en los tribunales de drogas también se describen en la sección de recomendaciones a seguir.*

*Recientemente, se han desarrollado varios programas de tribunales basados en tratamientos para abordar los trastornos coexistentes (Broner et al., 2003; Peters & Osher, 2004; Redlich et al., 2006; Sage, Judkins, & O'Keefe, 2004). Estos programas incluyen listas de casos de tribunales especializadas para personas que sufren trastornos coexistentes, y tribunales de drogas y tribunales de salud mental que incluyen elementos estructurales o "rastreos" de participantes con trastornos coexistentes. Las características clave de estos programas incluyen servicios de administración de casos con una capacidad de respuesta ante crisis durante las 24 horas, grupos de tratamiento que se concentran en proporcionar herramientas para hacer frente a los problemas de salud mental y abuso de sustancias, personal entrenado en trastornos coexistentes y participación en los grupos especializados de autoayuda/apoyo de colegas, como el "Doble problema". Los hallazgos preliminares de la evaluación de los programas de tratamiento especializados para los tribunales, correspondientes a los trastornos coexistentes, indican el potencial para la reducción de la hospitalización, de la reincidencia y del ahorro de gastos generales (Sage, Judkins, & O'Keefe, 2004). Se necesita una investigación adicional que ayude a identificar los modelos para los tribunales, de modo de abordar los trastornos coexistentes, examinar los resultados vinculados a esos modelos y detectar los elementos clave que contribuyen a generar resultados positivos.*

## **RECOMENDACIONES**

*1. Los tribunales de drogas deben esforzarse por incluir personas con trastornos mentales, tal como lo establece la declaración de su misión, los criterios de elegibilidad y las descripciones del programa.*

*2. Los monitoreos y las evaluaciones de los tribunales de drogas deberían abordar tanto los trastornos mentales como los relacionados con el abuso de sustancias.*

*3. Para el monitoreo de los trastornos coexistentes dentro del marco de los tribunales de drogas, se recomienda la siguiente combinación de instrumentos basados en pruebas (Peters, Bartoi, & Sherman, 2008):*

*A. Ya sea la Valoración General de las Necesidades del Individuo (GAIN-SS, por sus siglas en inglés) o bien el Formulario III de Monitoreo de Salud Mental (MHSF-III) para abordar los síntomas de enfermedades mentales,*

*y también*



***B. El Instrumento de Monitoreo Simple (SSI, por sus siglas en inglés), el Monitoreo de Drogas II de la Universidad Cristiana de Texas (TCUDS-II) o una combinación de la Escala de Dependencia al Alcohol (ADS, por sus siglas en inglés) y del Índice de Severidad de la Adicción (ASI, por sus siglas en inglés) a las Drogas. Utilice esta sección para abordar los síntomas del abuso de sustancias.***

**4. Para la evaluación de los trastornos coexistentes dentro del marco de los tribunales de drogas, se recomienda la siguiente combinación de instrumentos basados en pruebas (Peters, Bartoi, & Sherman, 2008):**

***A. La Entrevista de Investigación Psiquiátrica para los Trastornos Mentales y de Abuso de Sustancias (PRISM, por sus siglas en inglés)***

***o bien***

***A. Una combinación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota número 2 (MMPI-2), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon número 3 (MCMI-III), o bien el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) para examinar los trastornos mentales,***

***y también***

***El Índice de Severidad de la Adicción (ASI) para examinar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias***

**5. Las modificaciones clave en relación a los trastornos coexistentes que deberían llevarse a cabo dentro del marco de los tribunales de drogas abarcan:**

- La consulta psiquiátrica y el monitoreo de la medicación deben estar a disposición de todos los participantes de los tribunales de drogas.***
- Se debe brindar capacitación relativa a los trastornos mentales y al abuso de sustancias a todos los participantes de los tribunales de drogas.***
- Se deben establecer enlaces con profesionales y organismos de salud mental de la comunidad, y también con los proveedores de los servicios de vivienda permanente, transitoria y de emergencia. Los tribunales de drogas deben considerar la posibilidad de hacer participar al personal de salud mental en las reuniones del equipo y en las actividades de planificación del tratamiento.***
- Las medidas correctivas y los incentivos de los graduados deben aplicarse en forma flexible, para evaluar los efectos de los trastornos mentales en las conductas sancionables y las dificultades a la hora de alcanzar la abstinencia continua, y también para alentar pequeños cambios positivos en las conductas y en la participación continua en los servicios de salud mental.***

- *Los tribunales de drogas deben coordinar con los proveedores de los tratamientos residenciales y con los servicios de salud mental el servicio de entrega de los medicamentos, de modo de garantizar que los participantes de los tribunales de drogas destinados a tratamiento residencial o a la cárcel tengan acceso a los medicamentos que previamente recibían y que sigan participando de los servicios, para evitar la desestabilización de los síntomas de salud mental.*
- *Las audiencias judiciales deben concentrarse en los problemas de salud mental, lo cual incluye el cumplimiento de la toma de medicamentos y otros requisitos del tratamiento de salud mental.*
- *Siempre que sea posible, se debe destinar a los administradores de casos especialmente entrenados, que tengan tareas exclusivas y un número reducido de casos asignados a la asistencia de los participantes de los tribunales de drogas que presentes trastornos coexistentes.*
- *Se deben adaptar los servicios clínicos para brindar sesiones de tratamiento grupales más cortas, para dedicar más tiempo a la retroalimentación y a las prácticas, para analizar modelos (Bellack, 2006; Peters & Hills, 1997; Sacks & Ries, 2005), y para incluir actividades de desarrollo de habilidades centradas tanto en los trastornos mentales como en el abuso de sustancias.*
- *Los tiempos para transitar por las fases del programa de los tribunales de drogas hacia la graduación deberían ser más flexibles y deberían tener en cuenta períodos de tratamiento más extensos, monitoreos de los tribunales y supervisión.*

## RECURSOS

El centro para el tratamiento de trastornos coexistentes *Co-Occurring Center for Excellence (COCE)* fue establecido en el año 2003 por la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) y sirve como recurso nacional en el área de los trastornos de salud mental coexistentes y el abuso de sustancias. El centro COCE ha desarrollado informes técnicos e investigaciones, brinda asistencia técnica y capacitaciones, cuenta con un sitio en Internet, realiza reuniones y conferencias, y ha desarrollado medidas de desempeño para el otorgamiento de subsidios mediante su trabajo en el área de trastornos coexistentes. Para comunicarse telefónicamente con el centro COCE, llame al (301) 951-3369, o para comunicarse vía correo electrónico, escriba a la siguiente dirección: [coce@samhsa.hhs.gov](mailto:coce@samhsa.hhs.gov), o visite su sitio de Internet: [coce.samhsa.gov/](http://coce.samhsa.gov/).

El centro nacional GAINS del sistema de justicia (*National GAINS Center in the Justice System*) funciona desde el año 1995 con el apoyo federal y representa un recurso nacional para la recopilación y difusión de información sobre las prácticas eficaces para personas con trastornos coexistentes que están en contacto con el sistema judicial. El centro nacional GAINS ha desarrollado una amplia variedad de materiales disponibles en su sitio de Internet, brinda

capacitación y asistencia técnica, realiza reuniones y conferencias, y colabora activamente con organizaciones públicas y privadas para abordar las necesidades de planificación y coordinación. El centro nacional GAINS también controla al centro de análisis de políticas y asistencia técnica (TAPA, por sus siglas en inglés) para la derivación carcelaria (Technical Assistance and Policy Analysis Center for Jail Diversion). Para comunicarse telefónicamente con el centro nacional GAINS, llame al (800) 311-4246 (Centro TAPA: (866) 518-8272), o para comunicarse vía correo electrónico, escriba a la siguiente dirección: [Gains@prainc.com](mailto:Gains@prainc.com), o visite su sitio de Internet: [gainscenter.samhsa.gov/html/about](http://gainscenter.samhsa.gov/html/about).

La Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Drogas, perteneciente al Instituto Nacional de Tribunales de Drogas, y el centro nacional GAINS desarrollaron una monografía titulada *Co-Occurring Disorders and Specialty Courts (Trastornos coexistentes y tribunales especializados)*, (Peters & Osher, 2004). Este documento fuente brinda al personal de los tribunales de droga una perspectiva general de las personas con trastornos coexistentes y describe las mejores prácticas relacionadas con el tratamiento, la supervisión y el manejo de los trastornos coexistentes en los tribunales de drogas. La monografía se encuentra disponible mediante su solicitud al centro nacional GAINS (ver la información detallada anteriormente), o a través del siguiente sitio de Internet: <http://gainscenter.samhsa.gov/pdfs/courts/CoOccurringSpecialty04.pdf>.

El Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (CSAT) ha desarrollado varios *Protocolos para la Mejora de los Tratamientos* que describen las prácticas eficaces relacionadas con los delincuentes que sufren trastornos coexistentes. Se pueden obtener copias gratuitas de los Protocolos para la Mejora de los Tratamientos, a través del Centro Nacional de Información sobre Alcohol y Drogas (NCADI, por sus siglas en inglés), llamando al (800) 729-6686 o a través de su sitio de Internet [www.ncadi.samhsa.gov](http://www.ncadi.samhsa.gov). Entre los Protocolos para la Mejora de los Tratamientos de gran utilidad, relacionados con los trastornos coexistentes en los tribunales de drogas, se encuentran: el número 42, *Tratamiento para el abuso de sustancias en personas con trastornos coexistentes (2005a)* y el número 44, *Tratamiento para el abuso de sustancias en adultos dentro del ámbito del sistema de justicia penal (2005b)*.

## REFERENCIAS

- Bellack, A. S., Bennett, M., & Gearon, J. (2006). *Behavioral treatment for substance abuse in people with serious and persistent mental illness: A handbook for mental health professionals*. New York: Routledge Publishers.
- Broner, N., Nguyen, H., Swern, A., & Goldfinger, S. (2003). Adapting a substance abuse court diversion model for felony offenders with co-occurring disorders: Initial implementation. *Psychiatric Quarterly*, 74(4), 361-385.
- Bureau of Justice Statistics (2006). *Special report: Mental health problems of prison and jail inmates*. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Center for Court Innovation (2001). *Rethinking mental illness and the courts: A look at mental illness in the courts*. New York: Autor.
- Center for Substance Abuse Treatment (1994a). *Screening and assessment for alcohol and other drug abuse among adults in the criminal justice system*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 7. DHHS Publication # (SMA) 94-2076. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment (1994b). *Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse*. Tratamiento Improvement Protocol (TIP) Series 9. DHHS Publication # (SMA) 94-2078. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment (1994c). *Simple screening instruments for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 11. DHHS Publication # (SMA) 94-2094. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Screening and assessing adolescents for substance use disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 31. DHHS Publication # (SMA) 99-3282. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment (2005a). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. DHHS Publication # (SMA) 05-3992. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment (2005b). *Substance abuse treatment for adults in the criminal justice system*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 44. DHHS Publication # (SMA) 05-4056. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- 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 and the Law*, 22(4), 431-448.
- Minkoff, K. (2001). Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 52(5), 597-599.
- Monahan, J., Steadman, H., Robbins, P., Appelbaum, P., Banks, S., Grisso, T., Heilbrun, K., et al. (2005). An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatric Services*, 56(7), 810-815.
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., Roth, L., et al. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.

- 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 GAINS Center for People with Co-Occurring Disorders in the Justice System (2004). *The prevalence of co-occurring mental illness and substance use disorders in jails*. Delmar, NY: Autor.
- Osher, F. C. (2006a). *Integrating mental health/substance abuse services for justice-involved persons with co-occurring disorders*. Delmar, NY: The National GAINS Center.
- Osher, F. C. (2006b). *Integrated mental health/substance abuse responses to justice-involved persons with co-occurring disorders*. Trabajo presentado en el National GAINS Center for Evidence-Based Programs in the Justice System: Integrated MH/SA treatment expert panel meeting. Delmar, New York: The National GAINS Center.
- Peters, R. H., Bartoi, M. G., & Sherman, P. B. (2008). *Screening and assessment of co-occurring disorders in the justice system*. Delmar NY: The National GAINS Center.
- Peters, R. H., & Bekman, N. M. (impreso). Treatment and reentry approaches for offenders with co-occurring disorders. In R. B. Greifinger, J. Bick, & J. Goldenson (Eds.), *Public health is public safety: Improving public health through correctional health care*. New York: Springer Publishers.
- Peters, R. H., Greenbaum, P. E., Edens, J. F., Carter, C. R., & Ortiz, M. M. (1998). Prevalence of DSM-IV substance abuse and dependence disorders among prison inmates. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 573-587.
- Peters, R. H., & Hills, H. A. (1997). *Intervention strategies for offenders with co-occurring disorders: What works?* Delmar NY: The National GAINS Center.
- Peters, R. H., & Osher, F. C. (2004). *Co-occurring disorders and specialty courts*. Delmar, NY: The National GAINS Center.
- Peters, R. H., Sherman, P. B. & Osher, F. C. (2008). Treatment in jails and prison. In K.T. Mueser & D.V. Jeste (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 354-366). New York: Guilford Press.
- Redlich, A. D., Steadman, H. J., Monahan, J., Robbins, P. C., & Petrila, J. (2006). Patterns of practice in mental health courts: A national survey. *Law and Human Behavior*, 30, 347-362.
- Robins, L. N., & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study*. New York: Free Press.
- Sacks, S., & Ries, R. K. (2005) (Eds.). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Center for Substance Abuse Treatment, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. DHHS Publication No. (SMA) 05-3922. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sacks, S., Sacks, J. Y., McKendrick, K., Banks, S., & Stommel, J. (2004). Modified TC for MICA offenders: Crime outcomes. *Behavioral Sciences and the Law*, 22(4), 477-501.
- Sage, M. J., Judkins, B. C., & O'Keefe, K. A. (2004). Butler County SAMI Court: A unique approach to treating felons with co-occurring disorders. *Capital University Law Review*, 32(4), 951-966.
- Teplin, L. A., Abram, K. M., & McClelland, G. M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women - I. Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 505-512.

Teplin, L. A., Abram, K. M. & McClelland, G. M. (1997). Mentally disordered women in jail: Who receives services? *American Journal of Public Health*, 87, 604-609.

**SERVICIOS DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS CON  
PERSPECTIVAS DE GÉNERO PARA MUJERES:**

Un resumen de investigaciones y recomendaciones actuales para los programas de los tribunales  
de drogas

**Christine Grella, Ph.D.**

Programas integrados de abuso de sustancias de la UCLA





## INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 20 años, nuevos fondos e iniciativas de políticas han aumentado la disponibilidad de servicios de tratamiento para el abuso de sustancias desarrollados específicamente para mujeres, lo que permitió a los investigadores y evaluadores estudiar los procesos y resultados de los tratamientos con perspectivas de género (Blumenthal, 1998; Greenfield, et al., 2007). Tradicionalmente, los hombres han accedido más que las mujeres a los tratamientos por abuso de sustancias a través del sistema de justicia penal. Sin embargo, las mujeres con problemas de abuso de sustancias están ingresando en forma creciente al sistema de justicia penal y, en consecuencia, se las está derivando a los tratamientos con la supervisión de los tribunales (Grella & Greenwell, 2004). Los tribunales de drogas pueden construir sobre esta base de investigación acerca de las necesidades del tratamiento, los procesos y los resultados de las mujeres, para mejorar las posibilidades de éxito del tratamiento y los resultados de los tribunales de drogas.

## DESARROLLO

### **Perfil de las mujeres delincuentes con problemas de abuso de sustancias**

Las mujeres delincuentes habitualmente necesitan tratamientos/servicios complejos, debido a los múltiples problemas y a las barreras que deben traspasar para acceder a los servicios que necesitan (Alemagno, 2001; Freudenberg, Wilets, Greene, & Richie, 1998). En general, las mujeres delincuentes se presentan al tratamiento con problemas coexistentes de salud mental o de abuso de sustancias, habilidades laborales e historial de trabajo limitados, y repetidas interacciones previas con el sistema de justicia penal (Greenfield & Snell, 1999; Grella & Greenwell, impreso; Messina, Burdon, & Pendergast, 2003; Owen & Bloom, 1995; Teplin, Abram, & McClelland, 1996). Una gran cantidad de investigaciones muestran que las mujeres delincuentes con problemas de abuso de sustancias han estado expuestas a abusos, traumas o violencia durante su niñez y/o en su adultez (Browne, Miller, & Maguin, 1999; Green, Miranda, Daroowalla, & Siddique, 2005; Greene, Haney, & Hurtado, 2000; Grella, Stein, & Greenwell, 2005; Zlotnick, 1997). Muchas (si no la mayoría) de las mujeres con problemas de abuso de sustancias que ingresan al sistema de justicia penal han sido separadas de sus hijos, ya sea a través de acuerdos informales con miembros de su familia o por la necesidad de ubicar a sus hijos bajo cuidado tutelar a través del sistema de bienestar infantil (Bogart, Stevens, Hill, & Estrada, 2005; Grella & Greenwell, 2006; Goldberg, Lex, Mello, Mendelson, & Bower, 1996). Muchas mujeres con problemas de abuso de sustancias sufren problemas de salud físicos que tienen su origen en las consecuencias del abuso de sustancias, y están relacionados con conductas riesgosas y no saludables, que se agravan por el hecho de no tener acceso a los servicios de atención médica Messina & Grella, 2006; Staton, Leukefeld, & Logan, 2001). Además, las mujeres delincuentes suelen tener problemas sociales y familiares más graves, tienen tasas más altas de trastornos mentales coexistentes, en particular, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, y tienen menos posibilidades de desarrollar habilidades laborales viables o un historial de empleo en comparación con los hombres (Langan & Pelissier, 2001; Pelissier & Jones, 2005; Sacks, 2004; Weitzel et al., 2007). Por ello, en los últimos años, se ha prestado cada vez más atención al diseño de intervenciones de tratamiento para abordar las necesidades clínicas y de servicio de las mujeres delincuentes, a diferencia de lo que ha ocurrido con los hombres.

## Características de los programas de tratamiento con perspectiva de género

Los programas y servicios de tratamiento por abuso de sustancias especializados para mujeres, generalmente se centran en el perfil psicosocial de las mujeres con estos problemas y en sus necesidades de recibir servicios integrales, en particular, en relación al embarazo y a la maternidad, a los problemas de salud físicos y mentales, al empleo y a la vivienda, y a su historial de trauma y victimización. Además, los tratamientos por abuso de sustancias para mujeres generalmente emplean “apoderamiento” y enfoques de apoyo al tratamiento, y no enfoques polémicos que originalmente se desarrollaron para los pacientes hombres (Brown, Sanchez, Zweben, & Aly, 1996; Hodgins, el-Guebaly, & Addington, 1997; Strauss & Falkin, 2000). Algunas investigaciones sugieren que puede ocurrir que las mujeres respondan mejor al tratamiento dentro de las instalaciones o grupos de tratamiento exclusivos para mujeres, porque se sienten menos intimidadas o menos preocupadas por el hecho de que se las estigmatice en esos ámbitos, por un deseo de obtener servicios específicos para satisfacer sus necesidades (por ejemplo, el embarazo o la maternidad) o porque encuentran un refugio para protegerse de la violencia que sus parejas ejercen sobre ellas (Dahlgren & Willander, 1989; Green, 2006; Jessup, Humphreys, Brindis, & Lee, 2003). Se ha caracterizado a estos enfoques de tratamiento emergentes como “sensibles al género” o “con perspectiva de género” (Bloom, Owen, & Covington, 2003; Luthar & Walsh, 1995). Sin embargo, según la información de las encuestas nacionales, menos de la mitad de los programas de tratamiento por abuso de sustancias en los Estados Unidos que aceptan pacientes mujeres ofrecen servicios o grupos específicamente para mujeres (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2006).

La literatura cada vez más abundante ha examinado las características de esos programas de abuso de sustancias que brindan servicios para mujeres. Estos programas habitualmente brindan una amplia variedad de servicios diseñados para satisfacer las necesidades de tratamiento específicas de las mujeres (Grella, Polinsky, Hser, & Perry, 1999; Uziel-Miller & Lyons, 2000). Algunos estudios indican que las mujeres que reciben tratamiento en programas especializados, habitualmente tienen problemas más graves, más necesidades y menos recursos, en comparación con las mujeres de los programas que incluyen hombres y mujeres (Copeland, Hall, Didcott, & Buiggs, 1993; Reed & Leibson, 1981). Sin embargo, a pesar de tener perfiles de problemas más graves, varios estudios revelan que las mujeres que realizan tratamientos exclusivos para mujeres tienen más probabilidades de completar el tratamiento, en comparación con las mujeres que reciben tratamientos en programas que incluyen a ambos sexos (Grella, 1999; Niv & Hser, 2007). De igual modo, en un estudio que utilizó una muestra de tratamiento nacional, se evidenció que las mujeres embarazadas o con hijos que recibían tratamientos en programas residenciales

Algunas investigaciones sugieren **que puede ocurrir que las mujeres respondan mejor al tratamiento dentro de las instalaciones o grupos de tratamiento exclusivos para mujeres**, porque se sienten menos intimidadas o menos preocupadas por el hecho de que se las estigmatice en esos ámbitos, por un deseo de obtener servicios específicos para satisfacer sus necesidades o porque encuentran un refugio para protegerse de la violencia que sus parejas ejercen sobre ellas. Se ha caracterizado a estos enfoques de tratamiento emergentes como “sensibles al género” o “con perspectiva de género”.

en los que había una mayor proporción de otras mujeres en igual situación tenían estadías más extensas dentro del tratamiento; las estadías más extensas, a su vez, resultaron positivas en relación con las tasas más altas de abstinencia posterior al tratamiento (Grella, Joshi, & Hser, 2000).

## **Resultados de los programas de tratamiento con perspectiva de género**

Las investigaciones sobre los tratamientos con perspectiva de género han mostrado que los servicios de tratamiento para tratar el abuso de sustancias enfocados en las necesidades de las mujeres tienen resultados prometedores. Varios estudios han demostrado que las mujeres tienen tasas más altas de finalización del tratamiento y mejores resultados cuando los programas residenciales de tratamiento cuentan con espacio para que sus hijos puedan vivir allí (Hughes, Coletti, Neri, & Urmann, 1995; Stevens & Patton, 1998; Szuster, Rich, Chung, & Bisconer, 1996; Wobie, Eyler, Conlon, Clarke, & Behnke, 1997), cuando el tratamiento ambulatorio incluye terapia familiar (Zlotnick, Franchino, St Claire, Cox, & St John, 1996), orientación individual (Volpicelli, Markman, Monterosso, Filing, & O'Brien, 2000) y servicios para la familia (Wingfield & Klempler, 2000), y cuando el tratamiento incluye servicios de apoyo integral, como la administración de casos, los servicios relativos al embarazo, capacitación/clases sobre maternidad, cuidado de niños, capacitación vocacional y cuidado posterior al alta médica (Brindis, Berkowitz, Clayson, & Lamb, 1997; Camp & Finkelstein, 1997; Howell, Heiser, & Harrington, 1999; Lanehart, Clark, Bollings, Haradon, & Scrivner, 1996; Strantz & Welch, 1995; Weisdorf, Parran, Graham, & Snyder, 1999). Además, los estudios revelan que las mujeres en tratamiento por abuso de sustancias que reciben más servicios sociales y de salud logran mejores resultados y mayor satisfacción con el tratamiento (Sanders, Trinh, & Sherman, 1998), en particular, cuando los servicios se combinan con las necesidades de los pacientes (Marsh, D'Aunno, & Smith, 2000; Smith & Marsh, 2002). Una publicación de 38 estudios mostró que los siguientes elementos de los tratamientos influyeron para lograr mejores resultados entre las mujeres: cuidado de niños, cuidado prenatal, admisiones exclusivas para mujeres, servicios complementarios y talleres sobre temas centrados en la mujer, servicios de salud mental y programas integrales (Ashley, Marsden, & Brady, 2003). De estos elementos, el cuidado de niños parece ser uno de los factores más importantes para incrementar la retención de las mujeres en los tratamientos (Brady & Ashley, 2005). En términos generales, los hallazgos de las investigaciones recopiladas demuestran los beneficios de los servicios de tratamiento para el abuso de sustancias que están especialmente diseñados para satisfacer las necesidades de las mujeres y, además, respaldan el uso de servicios de tratamiento específicos de género o con perspectiva de género (Orwin, Francisco, & Bernichon, 2001).

## **Enfoques de tratamiento basados en pruebas para mujeres con problemas de abuso de sustancias**

En los últimos años, se ha puesto gran énfasis en la incorporación de enfoques de tratamiento que han recibido apoyo empírico por parte de las investigaciones científicas sobre la eficacia y los resultados de los tratamientos. Varios enfoques de tratamiento surgieron como las principales prácticas de tratamiento basadas en pruebas dentro del campo de los tratamientos por adicciones. Entre ellas se incluyen: la prevención de las recaídas, las intervenciones motivacionales, la

administración de contingencias y las intervenciones de trauma informado. Estos enfoques de tratamiento han sido modificados, o son potencialmente modificables, para abordar las necesidades de tratamiento específicas de las mujeres. A continuación se encuentra una breve descripción de estos enfoques.

#### *Prevención de la recaída*

Los enfoques de prevención de recaídas se concentran en enseñar a los pacientes a reconocer “pistas” o “disparadores” para el consumo de sustancias y estrategias para evitar la recaída en esas situaciones. Las investigaciones han demostrado que diferentes factores están vinculados a las recaídas en el consumo de sustancias luego del tratamiento de hombres y mujeres. En el caso de los hombres se incluyen: el hecho de vivir solo, el afecto positivo y las presiones sociales, mientras que en las mujeres, la recaída se relaciona con el hecho de no vivir con el hijo propio, la depresión, tener un matrimonio estresante y la presión de consumir por parte de sus parejas sexuales (Rubin, Stout, & Longabaugh, 1996; Saunders, Baily, Phillips, & Allsop, 1993; Walitzer & Dearing, 2006; Zywiak, et al., 2006).

#### *Intervenciones motivacionales*

Las intervenciones motivacionales utilizan estrategias terapéuticas para incrementar la toma de consciencia por parte de los individuos acerca de su problema de abuso de sustancias y para que se comprometan a llevar a cabo un cambio de conducta. Este enfoque puede ayudar en lo relacionado con los problemas que son centrales para motivar a las mujeres a que aborden sus problemas de abuso de sustancias, particularmente los relacionados con su identidad, autoestima, salud, la relación con sus hijos, con los otros integrantes de la familia y con sus amigos. Aún son pocos los estudios que, en realidad, se han centrado en las diferencias de género en los enfoques motivacionales (Vasilaki, Hosier, & Cox, 2006). Por ejemplo, se utilizó una intervención motivacional breve para tratar sobre el uso de alcohol en mujeres embarazadas en los entornos de atención médica primaria. Se brindó información acerca de los efectos sobre la salud a causa del consumo de alcohol durante el embarazo, con el fin de motivar a las mujeres en su deseo de proteger la salud de su hijo (Handmaker, Miller, & Manicke, 1999).

#### *Manejo de contingencias*

Los enfoques de manejo de contingencias emplean un programa de recompensas para fortalecer la práctica de conductas deseadas (por ejemplo, la abstinencia). Estas recompensas pueden ser pequeños obsequios, dinero en efectivo o vales, que pueden acumularse según la duración de la abstinencia alcanzada y pueden revertirse en el caso de una recaída. Estos enfoques han sido exitosos en los programas de reducción de consumo de tabaco para mujeres embarazadas que se encontraban en tratamiento por consumo de drogas (Donatelle, et al., 2004). Un enfoque creativo para el manejo de contingencias utilizó un programa de asistencia comunitaria que solicitaba donativos de artículos domésticos o de higiene personal a los comerciantes o empresas locales. Luego, esos artículos se almacenaban en una "tienda" dentro del sitio, y las mujeres podían elegir sus "premios" tras de alcanzar ciertos logros de abstinencia (Amass & Kamien, 2004).

#### *Intervenciones de traumas informados*

Se han desarrollado varias intervenciones para incorporar tratamientos por exposición a traumas previos dentro del contexto del tratamiento por abuso de sustancias. Estos enfoques de tratamiento se conocen con el nombre de "traumas informados" (McHugo, et al., 2005). Algunos ejemplos de estos enfoques son: *La búsqueda de la seguridad*, que integra estrategias cognitivo-conductuales con psicoterapia grupal, para abordar tanto el trastorno de estrés postraumático como los trastornos por abuso de sustancias (Najavits, 2002); *Más allá del trauma*, una currícula que se desarrolló específicamente para mujeres delincuentes y que emplea la "teoría relacional" para trabajar constructivamente sobre la importancia de las relaciones para el bienestar emocional de las mujeres (Covington, 2003); y el *Modelo de fortalecimiento y recuperación de traumas*, que utiliza la terapia grupal para promover las habilidades de recuperación y el funcionamiento social (Fallot & Harris, 2002).

## RECOMENDACIONES

Sobre la base de la investigación de los resultados clínicos y de los tratamientos para mujeres con problemas de abuso de sustancias, surgen varias recomendaciones para el tratamiento de mujeres dentro del contexto de los tribunales de drogas. Entre ellas se incluyen:

1. Los tribunales de drogas deberían *derivar a las mujeres a programas de tratamiento que se concentren exclusivamente en pacientes mujeres o que brinden servicios específicamente diseñados para satisfacer las necesidades de las mujeres*. Es de suma importancia la derivación de mujeres con hijos pequeños a programas residenciales que cuenten con programas certificados de cuidado de niños y capacidad para colocar camas para sus hijos, o bien que se pueda derivar a esas mujeres a programas ambulatorios que tengan acceso a programas de cuidado de niños mientras su madre se encuentra cumpliendo el tratamiento. Es esencial que los programas brinden un entorno seguro y de respaldo tanto a las mujeres como a sus hijos, para que las mujeres puedan abordar su problema, que impacta muy fuertemente en su recuperación.
2. Debido al gran predominio de trastornos mentales coexistentes sumados a los trastornos por abuso de sustancias que habitualmente padecen las mujeres delincuentes, los tribunales de drogas *deberían asegurarse de que se realicen monitoreos y evaluaciones de salud mental a todas las mujeres y, cuando así se indique, el tratamiento de salud mental se deberá integrar al tratamiento por adicción*. Es preferible la prestación de los servicios del tratamiento en un único sitio, que incluya orientación individual y grupal, acceso a los medicamentos con la administración de medicamentos y grupos de apoyo psicosocial. Los programas ideales son aquellos cuyo personal está específicamente capacitado en las "mejores prácticas" para atender a personas con trastornos coexistentes.
3. Debido a las altas tasas de exposición a traumas en esta población, los tribunales de drogas *deberían asegurarse de que los programas de tratamiento evalúen a las mujeres en relación a su historial de traumas y a los efectos en curso de su exposición al trauma, a la violencia y a la victimización*, incluidos los trastornos de estrés postraumático. Los enfoques de tratamiento integrados deberían utilizarse para abordar estos problemas dentro del contexto del tratamiento por abuso de sustancias. El uso de enfoques de tratamiento empíricamente

respaldados centrados en traumas mejoran la probabilidad que esos enfoques resulten eficaces.

4. Debido a los bajos niveles de habilidades laborales e historial de empleo que habitualmente presentan las mujeres delincuentes, los tribunales de drogas deberían *garantizar que los programas de tratamiento brinden servicios que se concentren en la capacitación y en las habilidades para el trabajo de las mujeres*. Por ejemplo, monitoreos y evaluaciones para detectar la necesidad de alfabetización, servicios prevocacionales, preparación para la búsqueda de empleo (incluida la redacción del currículum vitae, la competencia informática y la preparación para la entrevista), así como también las derivaciones de empleo.
5. Debido a la alta probabilidad de que las mujeres delincuentes ingresen a los tribunales de drogas con problemas relacionados con la crianza de sus hijos, los tribunales de drogas deberían *asegurar que se evalúen las necesidades relacionadas con la crianza de los hijos y, si corresponde, que se coordine el tratamiento con los servicios de bienestar infantil*. Esto puede incluir teleconferencias con trabajadores sociales, servicios de reunificación familiar, educación sobre la crianza de los hijos y capacitación para adquirir habilidades, y visitas supervisadas a los hijos que viven con las personas designadas para su cuidado.
6. Los tribunales de drogas deberían *derivar a las mujeres a programas de tratamiento que controlan los problemas de salud encontrados entre las mujeres que consumen sustancias*, incluidas las enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis C u otras enfermedades de transmisión sexual), problemas de salud crónicos que no se han tratado (por ejemplo, hipertensión, diabetes) y necesidades o problemas relacionados con la salud reproductiva.
7. Siempre que sea posible, los tribunales de drogas deberían *utilizar los programas de tratamiento que incorporan enfoques de tratamiento basados en pruebas*, por ejemplo, los que se detallan en esta monografía (es decir, la administración de casos, las terapias cognitivo-conductuales, la prevención de recaídas, la farmacoterapia y el manejo de contingencias), y esos enfoques deben modificarse, según corresponda, para aumentar su relevancia y aplicación en mujeres con necesidades de tratamiento específicas.

## REFERENCIAS

- Alemagno, S. A. (2001). *Women in jail: Is substance abuse treatment enough?* *American Journal of Public Health, 91*(5), 798-800.
- Amass, L., & Kamien, J. (2004). A tale of two cities: Financing two voucher programs for substance abusers through community donations. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 12*(2), 147-155.
- Ashley, O. S., Marsden, M. E., & Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29*(1), 19-53.
- Bloom, B., Owen, B., & Covington, S. (2003). *Gender-responsive strategies: Research, practice, and guiding principles for women offenders*. Washington, DC: National Institute of Corrections, US Department of Justice.
- Blumenthal, S. J. (1998). Women and substance abuse: A new national focus. In C. L. Wetherington & A. B. Roman (Eds.), *Drug addiction research and the health of women* (pp. 197-222). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Bogart, J. G., Stevens, S. J., Hill, R. J., & Estrada, B. E. (2005). Criminally involved drug-using mothers: The need for system change. *The Prison Journal, 85*(1), 65-82.
- Brady, T. M. & Ashley, O. S. (Eds.). (2005). *Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)* (DHHS Publication No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.
- Brindis, C. D., Berkowitz, G., Clayson, Z., & Lamb, B. (1997). California's approach to perinatal substance abuse: Toward a model of comprehensive care. *Journal of Psychoactive Drugs, 29*(1), 113-122.
- Brown, V. B., Sanchez, S., Zweben, J. E., & Aly, T. (1996). Challenges in moving from a traditional therapeutic community to a women and children's TC model. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*(1), 39-46.
- Browne, B., Miller, B., & Maguin, E. (1999). Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women. *International Journal of Law and Psychiatry, 22* (3-4), 301-322.
- Camp, J. M., & Finkelstein, N. (1997). Parenting training for women in residential substance abuse treatment: Results of a demonstration project. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*(5), 411-422.
- Copeland, J., Hall, W., Didcott, P., & Biggs, V. (1993). A comparison of a specialist women's alcohol and other drug treatment service with two traditional mixed-sex services: Client characteristics and treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence, 32*(1), 81-92.
- Covington, S. S. (2003). *Beyond trauma: A healing journey for women: Facilitator's guide*. Center City, MN: Hazelden.
- Dahlgren, L., & Willander, A. (1989). Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 13*(4), 499-504.
- Donatelle, R. J., Hudson, D., Dobie, S., Goodall, A., Hunsberger, M., & Oswald, K. (2004). Incentives in smoking cessation: Status of the field and implications for research and practice with pregnant smokers. *Nicotine & Tobacco Research, 6*(Suppl. 2), 163-179.
- Fallot, R. D., & Harris, M. (2002). The trauma recovery and empowerment model (TREM): Conceptual and practical issues in a group intervention for women. *Community Mental Health Journal, 38*(6), 475-485.

- Freudenberg, N., Willets, I., Greene, M. B., & Richie, B. E. (1998). Linking women in jail to community services: Factors associated with rearrest and retention of drug-using women following release from jail. *Journal of the American Medical Women's Association*, 53(2), 89-93.
- Goldberg, M. E., Lex, B. W., Mello, N. K., Mendelson, J. H., & Bower, T. A. (1996). Impact of maternal alcoholism on separation of children from their mothers: Findings from a sample of incarcerated women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 228-238.
- Green, B. L., Miranda, J., Daroowalla, A., & Siddique, J. (2005). Trauma exposure, mental health functioning, and program needs of women in jail. *Crime & Delinquency*, 51(1), 133-151.
- Green, C.A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research & Health*, 29(1), 55-62.
- Greene, S., Haney, C., & Hurtado, A. (2000). Cycles of pain: Risk factors in the lives of incarcerated mothers and their children. *The Prison Journal*, 80(1), 3-23.
- Greenfield, L. A., & Snell, T. L. (1999). *Women offenders* (Special report, NCJ 175688). Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, K., et al. (2007). Substance abuse treatment entry retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1-21.
- Grella, C. E. (1999). Women in residential drug treatment: Differences by program type and pregnancy. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 10(2), 216-229.
- Grella, C. E., & Greenwell, L. (2004). Substance abuse treatment for women: Changes in settings where women received treatment and types of services provided, 1987-1998. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(4), 367-383.
- Grella, C. E., & Greenwell, L. (2006). Parental status and attitudes toward parenting among substance-abusing female offenders. *The Prison Journal*, 86(1), 89-113.
- Grella, C. E., & Greenwell, L. (impreso). Treatment needs and completion of community-based aftercare among substance-abusing women offenders. *Women's Health Issues*.
- Grella, C. E., Joshi, V., & Hser, Y. I. (2000). Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. *Evaluation Review*, 24(4), 364-383.
- Grella, C. E., Polinsky, M. L., Hser, Y., & Perry, S. M. (1999). Characteristics of women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1), 37-44.
- Grella, C.E., Stein, J.A., & Greenwell, L. (2005). Associations among childhood trauma, adolescent problem behaviors, and adverse adult outcomes in substance-abusing women offenders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 43-53.
- Handmaker, N. S., Miller, W. R., & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(2), 285-287.
- Hodgins, D. C., el-Guebaly, N., & Addington, J. (1997). Treatment of substance abusers: Single or mixed gender programs? *Addiction*, 92(7), 805-812.
- Howell, E. M., Heiser, N., & Harrington, M. (1999). A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(3), 195-219.



- Hughes, P. H., Coletti, S. D., Neri, R. L., & Urmann, C. F. (1995). Retaining cocaine-abusing women in a therapeutic community: The effect of a child live-in program. *American Journal of Public Health, 85*(8), 1149-1152.
- Jessup, M. A., Humphreys, J. C., Brindis, C. D., & Lee, K. A. (2003). Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *Journal of Drug Issues, 33*(2), 285-304.
- Lanehart, R. E., Clark, H. B., Rollings, J. P., Haradon, D. K., & Scrivner, L. (1996). The impact of intensive case-managed intervention on substance-using pregnant and postpartum women. *Journal of Substance Abuse, 8*(4), 487-495.
- Langan, N. P., & Pelissier, B. M. M. (2001). Gender differences among prisoners in drug treatment. *Journal of Substance Abuse, 13*(3), 291-301.
- Luthar, S. S., & Walsh, K. G. (1995). Treatment needs of drug-addicted mothers: Integrated parenting psychotherapy interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 12*, 341-348.
- Marsh, J. C., D'Aunno, T. A., & Smith, B. D. (2000). Increasing access and providing social services to improve drug abuse treatment for women with children. *Addiction, 95*(8), 1237-1247.
- McHugo, G.J., Kammerer, N., Jackson, E.W., Markoff, L.S., Gatz, M., Larson, M.J., et al. (2005). Women, co-occurring disorders, and violence study: Evaluation design and study population. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(2), 91-107.**
- Messina, N., Burdon, W., & Prendergast, M. (2003). Assessing the needs of women in institutional therapeutic communities. *Journal of Offender Rehabilitation, 37*(2), 89-106.
- Messina, N., & Grella, C.E. (2006). Childhood trauma and women's health outcomes in a California prison population. *American Journal of Public Health, 96*(10), 1842-1848.
- Najavits, L. M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York, NY: Guilford Press.
- Niv, N., & Hser, Y. (2007). Women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs: Service needs, utilization and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 87*(2-3), 194-201.
- Orwin, R., Francisco, L., & Bernichon T. (2001). *Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: A meta-analysis* (NEDS analytic summary series No 21). Fairfax, VA: Caliber Associates.
- Owen, B., & Bloom, B. (1995). Profiling women prisoners: Findings from national surveys and a California sample. *The Prison Journal, 75*(2), 165-185.
- Pelissier, B., & Jones, N. (2005). A review of gender differences among substance abusers. *Crime & Delinquency, 51*(3), 343-372.
- Reed, B. G., & Leibson, E. (1981). Women clients in special women's demonstration drug abuse treatment programs compared with women entering selected co-sex programs. *International Journal of the Addictions, 16*(8), 1425-1466.
- Rubin, A., Stout, R. L., & Longabaugh, R. (1996). Gender differences in relapse situations. *Addiction, 91*(Suppl.), 111-120.
- Sacks, J. Y. (2004). Women with co-occurring substance use and mental disorders (COD) in the criminal justice system: A research review. *Behavioral Sciences Law, 22*(4), 449-466.

- Sanders, L. M., Trinh, C., & Sherman, B. R. (1998). Assessment of client satisfaction in a peer counseling substance abuse treatment program for pregnant and postpartum women. *Evaluation and Program Planning, 21*, 287-296.
- Saunders, B., Baily, S., Phillips, M., & Allsop, S. (1993). Women with alcohol problems: Do they relapse for reasons different to their male counterparts? *Addiction, 88*(10), 1413-1422.
- Smith, B. D., & Marsh, J. C. (2002). Client-service matching in substance abuse treatment for women with children. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*(3), 161-168.
- Staton, M., Leukefeld, C., & Logan, T.K. (2001). Health service utilization and victimization among incarcerated female substance users. *Substance Use & Misuse, 36*(6 & 7), 701-716.
- Stevens, S. J., & Patton, T. (1998). Residential treatment for drug addicted women and their children: Effective treatment strategies. *Drugs & Society, 13*(1-2), 235-249.
- Strantz, I. H., & Welch, S. P. (1995). Postpartum women in outpatient drug abuse treatment: Correlates of retention/completion. *Journal of Psychoactive Drugs, 27*(4), 357-373.
- Strauss, S. M., & Falkin, G. P. (2000). The relationship between the quality of drug user treatment and program completion: Understanding the perceptions of women in a prison-based program. *Substance Use & Misuse, 35*(12-14), 2127-2159.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006). *Facilities offering special programs or groups for women: 2005*. Fecha: 7 de diciembre de 2006. Fuente <http://www.oas.samhsa.gov/dasis.htm>
- Szuster, R. R., Rich, L. L., Chung, A., & Bisconer, S. W. (1996). Treatment retention in women's residential chemical dependency treatment: The effect of admission with children. *Substance Use & Misuse, 31*(8), 1001-1013.
- Teplin, L. A., Abram, K. M., & McClelland, G. M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry, 53*(6), 505-512.
- Uziel-Miller, N. D., & Lyons, S. S. (2000). Specialized substance treatment for women and their children: An analysis of program design. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 355-367.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism, 41*(3), 328-335.
- Volpicelli, J. R., Markman, I., Monterosso, J., Filing, J., & O'Brien, C. P. (2000). Psychosocially enhanced treatment for cocaine-dependent mothers: Evidence of efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*(1), 41-49.
- Walitzer, K.S., & Dearing, R. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review, 26*, 128-148.
- Weisdorf, T., Parran, T. V. J., Graham, A., & Snyder, C. (1999). Comparison of pregnancy-specific interventions to a traditional treatment program for cocaine-addicted pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*(1), 39-45.
- Weitzel, J.A., Nochajski, T.H., Coffey, S.F., & Farrell, M.G. (2007). Mental health among suburban drug court participants. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 33*(3), 475-481.
- Wingfield, K., & Klempner, T. (2000). What works in women-oriented treatment for substance abusing mothers. In M. P. Kluger & G. Alexander (Eds.), *What works in child welfare* (pp. 113-124). Washington, DC: Child Welfare League of America, Inc.

- Wobie, K., Eyler, F. D., Conlon, M., Clarke, L., & Behnke, M. (1997). Women and children in residential treatment: Outcomes for mothers and their infants. *Journal of Drug Issues, 27*(3), 585-606.
- Zlotnick, C. (1997). Posttraumatic stress disorder (PTSD), PTSD comorbidity, and childhood abuse among incarcerated women. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(12), 761-763.
- Zlotnick, C., Franchino, K., St. Claire, N., Cox, K., & St. John, M. (1996). The impact of outpatient drug services on abstinence among pregnant and parenting women. *Journal of Substance Abuse Treatment, 13*(3), 195-202.
- Zywiak, W. H., Stout, R. L., Trefry, W. B., Glasser, I., Connors, G. J., Maisto, S. A., et al. (2006). Alcohol relapse repetition, gender, and predictive validity. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30*(4), 349-353.

# ADMINISTRACIÓN DE CASOS Y TRIBUNALES DE DROGAS

**James A. Hall, Ph.D., LISW**  
**Julie K. Williams, Ph.D., LMSW**  
**Amanda R. Reedy, LMSW**  
Universidad de Iowa



## INTRODUCCIÓN

Durante la última década, se ha despertado el interés por la administración de casos en el ámbito del abuso de sustancias, dado que los profesionales e investigadores comenzaron a ver el abuso de sustancias como un problema multifacético más que como un fenómeno simple (Ridgely, 1994). La administración de casos tiene el potencial de abordar las múltiples necesidades de los participantes con problemas de abuso de sustancias y de individualizar enfoques de tratamiento para satisfacer las necesidades de pacientes específicos (Cellini, 2003; Mehr, 2001; Siegal, Rapp, Fisher, Cole, & Wagner, 1993; Sullivan, Wolk, & Hartmann, 1992). La administración de casos también ofrece la posibilidad de coordinar la atención de personas que tienen necesidades que una sola agencia no puede satisfacer.

Se han publicado varios informes sobre los programas de los tribunales de drogas y sobre evaluaciones de la eficacia de los tribunales de drogas (Cooper, 1995; Prendergast & Maugh, 1995). Sin embargo, ninguna publicación sobre la literatura de investigación ha podido identificar la descripción o evaluación de un programa sobre la administración de casos en el ámbito de los tribunales de drogas. Aunque los tribunales de drogas se concentran principalmente en el consumo de sustancias, reconocen que los participantes pueden tener necesidades biopsicosociales complejas. Por eso, la administración de casos puede ser conveniente para los pacientes de los tribunales de drogas y puede mejorar la utilización del servicio y los resultados. El objetivo de este capítulo es describir cómo la administración de casos puede integrarse a los programas de los tribunales de drogas.

## DESARROLLO

### ¿Qué es la administración de casos?

**La administración de casos** es la coordinación de la atención y los servicios para ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y a lograr metas específicas.

En los estudios sobre la eficacia de la administración de casos con personas que padecen problemas de adicción, la administración de casos se ha relacionado con la retención mejorada en los tratamientos por abuso de sustancias, mayor uso de la atención primaria y otros servicios médicos, y menos problemas de empleo.

La administración de casos es la coordinación de la atención y los servicios para ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y a lograr metas específicas. En los estudios sobre la eficacia de la administración de casos con personas que padecen problemas de adicción, la administración de casos se ha relacionado con la retención mejorada en los tratamientos por abuso de sustancias (Laken & Ager, 1996; Mejta, Bokos, Mickenberg, Maslar, & Senay, 1997; Rapp, Siegal, Li, & Saha, 1998; Siegal, Rapp, Li, Saha, & Kirk, 1997), mayor uso de la atención primaria y otros servicios médicos (Knowlton et al., 2001; McCoy, Dodds, Rivers, & McCoy, 1992; Schlenger, Kroutil, & Roland, 1992), y menos problemas de empleo (McLellan et al 2003; Siegal et al., 1996). Se ha demostrado que la administración de casos mejora el funcionamiento familiar (Loudenburg & Leonardson, 2003; McLellan et al 2003; (Sharlin & Shamai, 1995) y reduce el consumo de sustancias en los padres, lo que también reduce los factores de riesgo familiar e individual relacionados, que el consumidor de sustancias lleva al entorno del hogar (Kerson, 1990; Lanehart, Clark, Dratochvil, Rollings, & Fidora, 1994).

A pesar de la gran cantidad de aplicaciones que tiene la administración de casos en varios problemas y poblaciones, las definiciones operativas de la administración de casos son, frecuentemente, imprecisas. Los modelos de administración de casos generalmente se describen según los métodos empleados o según la filosofía que subyace a los modelos. Ross (1980) distingue los modelos de administración de casos según los niveles de amplitud: mínima, coordinada (es decir, intermediación) e integral. Los *modelos mínimos* de administración de casos implican una supervisión y derivación mínimas. Los *modelos de intermediación* intentan combinar recursos según las necesidades de los pacientes y se caracterizan por un mayor trabajo administrativo, contactos telefónicos y por un mayor número de casos, con el proceso del sistema de administración de casos por intermediación relativo a la evaluación, derivación y seguimiento (es decir, evaluación). Los *modelos integrales* de administración de casos, por ejemplo, la Administración de Casos de Iowa (Iowa Case Management; Hall et al., 1999) se caracterizan por un mayor refuerzo de servicios, incluidos los servicios terapéuticos, y una menor cantidad de casos.

Los estudios muestran que la administración de casos integral es una intervención efectiva para las personas con problemas de abuso de sustancias (Kutchins & Kirk, 1997; Rapp, Kelliher, Fisher, & Hall, 1994; Sullivan et al., 1992). A pesar de que en el campo hay un predominio de la administración de casos en su modalidad de intermediación, pocos estudios se han centrado en esta modalidad (Ridgely, 1994) y menos estudios aun han comparado esta modalidad con la administración de casos integral. En tres estudios localizados, los investigadores encontraron que la modalidad integral generaba mejores resultados en comparación con los modelos de intermediación (Bond, Miller, Krumweid, & Ward, 1988; Morse et al., 1997; Wolff et al., 1997).

El Instituto Nacional de Consumo de Drogas, en su guía basada en investigaciones denominada *Principios del tratamiento contra la adicción a las drogas para las poblaciones de la justicia penal* (*Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations*; National Institutes of Health, 2006) ya ha recomendado la administración de casos para el tratamiento de delincuentes encarcelados. La guía reconoce que los adictos a las drogas habitualmente tienen otros problemas, por ejemplo, de salud física y mental, de familia y de pareja, en la crianza de los hijos, educativos y vocacionales. En la actualidad, Prendergast y Cartier (2004) se encuentran evaluando el impacto de la Administración de Casos Transitoria (según el modelo de Administración de Casos de Iowa; Hall et al., 1999) en adictos a las drogas encarcelados que se están reinsertando en la sociedad. Hasta ahora, los administradores de casos de la Administración de Casos Transitoria han informado que la reinsertión en la sociedad es posible, pero que resulta muy complicado trabajar con múltiples proveedores y sistemas (M. Prendergast, comunicación personal, 16 de diciembre de 2006).

## **Dimensiones de la administración de casos**

La administración de casos tiene varias formas diferentes que pueden adaptarse a las necesidades de los pacientes y a la cultura de un tribunal de drogas específico. Para comprender los programas de administración de casos en relación con las necesidades de los tribunales de drogas, es necesario identificar y comparar las características únicas de los programas de administración de casos (Hall et al. 2002). Las similitudes y diferencias pueden examinarse

utilizando las once dimensiones continuas descritas por Ridgely y Willenbring (1992) y las 12 dimensiones expandidas (agregando el *tipo de servicio*) descritas por Hall et al. En la tabla 1, se comparan tres modelos de administración de casos según las doce dimensiones de administración de casos, incluido un modelo de baja intensidad (por ejemplo, el de intermediación), un modelo de alta intensidad (por ejemplo, el PACT) y el modelo de Administración de Casos de Iowa, que es un modelo de administración de casos integral que utiliza orientación basada en los puntos fuertes.

El *PACT* es un modelo de administración de casos de alta intensidad que se ha utilizado en forma exhaustiva en pacientes con enfermedades mentales crónicas e historiales extensos de utilización de servicios médicos. Este modelo utiliza un equipo de tratamiento multidisciplinario para mantener la supervisión de todas las necesidades de tratamiento del paciente. El modelo PACT suele requerir los mayores esfuerzos dentro de cada dimensión de la administración de casos, lo cual refleja la intensidad de los servicios que brinda. El *modelo de intermediación* es un modelo de administración de casos de baja intensidad que brinda muchos menos servicios y coordinación comparado con el PACT. El modelo de baja intensidad más importante es el modelo de administración de casos habitualmente utilizado por las compañías de seguros para administrar costos. En comparación, el modelo de Administración de Casos de Iowa ocupa un terreno neutral en la mayoría de estas dimensiones y refleja una intensidad más limitada (en comparación con el PACT) y la falta de una estrategia de contención de costos (sin autoridad financiera). Además, el enfoque del modelo de Administración de Casos de Iowa proporciona orientación directa hacia los pacientes, deriva a los pacientes a otros servicios necesarios de la comunidad, mantiene el contacto con los organismos de la comunidad y está orientada al paciente.

De cualquier modo, los tribunales de drogas que consideren la implementación de la administración de casos o la revisión del modelo vigente deberían trabajar sobre estas dimensiones para determinar el tipo de sistema necesario. Puede consultarse cada una de estas dimensiones mediante la modalidad de preguntas para tomar la decisión. Por ejemplo, con relación a la *duración*, el equipo de planificación podría preguntar: "¿Durante cuántas semanas o meses (o incluso años) es necesario que brindemos los servicios de administración de casos?". O, en cuanto al *tipo de servicio*, el equipo podría preguntar: "¿Qué clases de servicios deberían brindar nuestros administradores de casos?". En cuanto a la *autoridad del administrador de casos*, el equipo podría preguntar: "¿Cuánta autoridad pueden y deben tener nuestros administradores de casos?". Desde luego, esta última pregunta será de mucha relevancia para los tribunales de drogas que consideren la posibilidad de utilizar administradores de casos independientes y que brinden servicios a través de organizaciones de servicios humanos, en contraste con los funcionarios encargados de la libertad condicional que brindan servicios de administración de casos.

### **Funciones de los administradores de casos**

En general, un administrador de casos tiene seis funciones importantes durante el proceso de administración de casos: la evaluación, la planificación, el enlace, el monitoreo, el soporte y la capacitación, que se traducen en el sistema de los tribunales de drogas (Johnson & Rubin, 1983). En el sistema de los tribunales de drogas, el equipo de administración de casos debería comenzar



con la *evaluación* (la valoración inicial y continua de las necesidades, deseos, fortalezas y recursos del paciente) al determinar si el participante potencial se amoldará bien o no al proceso de los tribunales de drogas. Las evaluaciones deberían ser integrales y deberían abordar la salud mental, la salud física, el historial de traumas, los recursos personales y ambientales, el consumo y abuso de sustancias, los problemas legales, los factores de riesgo, el apoyo personal y social, y las áreas educativa y vocacional. Si fuera posible (y con el permiso del participante), las evaluaciones también deberían incluir información adicional (por ejemplo, de amigos y familiares, empleadores, etc.).

Si todos los miembros del equipo (incluido el participante) decidieran proceder con el proceso del tribunal de drogas, se dará inicio al proceso de *planificación*. Según la información proveniente de la evaluación, y mediante la colaboración del participante y otros miembros del equipo, el participante y el administrador de casos idearán un plan de atención formal que describirá metas realistas y mensurables e incluirá un plan específico paso a paso y orientado a la tarea, para lograr cada objetivo. El *plan de atención* formal identificará quién será el responsable de cada una de las tareas dentro del plan, cómo se realizará cada tarea, a quién consultar en caso de problemas y una línea cronológica tanto para las tareas paso a paso como para los objetivos en general. El documento del plan de atención debe estar firmado por todos los miembros del equipo de administración de casos, y se debe revisar y examinar el plan en forma regular para identificar problemas y para celebrar el éxito de cada tarea cumplida.

Otra responsabilidad importante del administrador de casos del tribunal de drogas es el *enlace* del participante con los recursos necesarios, tal como se identifica en el plan. Por ejemplo, un administrador de casos en un tribunal de drogas realizará el enlace con el oficial de libertad condicional, el juez, los abogados, y también con otros recursos, como los relativos a la vivienda, al desarrollo de habilidades laborales, a la atención médica para la salud física, a los tratamientos de salud mental y a la orientación familiar. Por lo tanto, un administrador de casos debe estar dispuesto a, y ser capaz de brindar asistencia a los participantes fuera del área del tratamiento por abuso de sustancias. De esa forma, un administrador de casos proporciona un punto único de contacto entre el participante y otros organismo y servicios (Siegel, 1998). Debido a que las necesidades de los participantes cambian con el tiempo, la evaluación, planificación y enlace deberían ser un proceso continuo.

Tabla 1. Comparación de los modelos de administración de casos según la dimensión

<b>Dimensión</b>	Baja intensidad (intermediación)	<b>Administración de Casos de Iowa</b>	<b>Alta intensidad (PACT)</b>
<i>Duración</i>	Tiempo limitado	Hasta un año	Indefinida
<i>Intensidad: frecuencia de contacto</i>	Infrecuente (contacto trimestral)	Variada (desde semanal hasta mensual)	Frecuente (contacto diario)
<i>Número de casos: proporción de personal</i>	Alto (1:75)	Rango medio (1:15 para servicios intensivos; 1:30 para servicios mínimos)	Bajo (1:10)

<b>Dimensión</b>	<b>Baja intensidad (intermediación)</b>	<b>Administración de Casos de Iowa</b>	<b>Alta intensidad (PACT)</b>
<i>Enfoque del servicio</i>	Acotado; excluyente	Definido en sentido amplio	Amplio; global
<i>Tipo de servicio</i>	Administración de servicios brindados por terceros	Principalmente, la administración de servicios brindados por terceros	La prestación de todos los servicios
<i>Disponibilidad</i>	Horario de oficina	Días hábiles y por la tarde	Las 24 horas
<i>Lugar de la administración de casos</i>	Únicamente en las oficinas	Variado (en oficinas y en la comunidad)	In vivo
<i>Dirección del paciente</i>	Dirigido profesionalmente	Establecimiento, planificación y realización de objetivos dirigidos al paciente	Dirigido al paciente
<i>Soporte/Guardián</i>	Guardián de los sistemas (encuentra alternativas a los servicios requeridos)	Soporte para el paciente	Soporte para el paciente (para obtener el acceso a los servicios)
<i>Capacitación para la administración de casos</i>	Capacitación en el lugar de trabajo	Maestría en trabajo social u otra profesión de ayuda	Título de profesional avanzado
<i>Autoridad de la administración de casos</i>	Sin autoridad, únicamente persuasión	Sin autoridad, únicamente persuasión	Autoridad amplia, control administrativo
<i>Estructura del equipo de administración de casos</i>	Administrador primario de casos con número individual de casos	Número individual de casos/supervisión del equipo	Modalidad de equipo completo: Todos los administradores comparten todos los casos

Referencias: Ridgely y Willenbring (1992), y Hall, et al. (2000)

Entre las funciones de un administrador de casos también se encuentra el *monitoreo* de esos enlaces. A través del monitoreo, el administrador de casos se asegura de que el participante pueda acceder a los recursos necesarios sin inconvenientes y que los participantes perciban a los servicios brindados como eficaces. Si a través del monitoreo, el administrador de casos y el participante reconocen que el servicio ideado no funciona, el equipo de administración de casos puede volver a las funciones de planificación y enlace para buscar un servicio diferente que ayude al participante (Monchick, Scheyett y Pfeifer, 2006). Los enlaces de monitoreo *no* están vinculados con los resultados de monitoreo del participante en un enfoque de seguimiento de

“enjuiciamiento y encarcelamiento” (Clear, 2005, p. 176). De hecho, para mantenerse como un recurso de confianza para el participante, el administrador de casos debe eximirse de “acusaciones” o de actividades que provoquen sanciones.

En algunas circunstancias puede ser necesaria la *defensa*. Por ejemplo, si a un participante se le deniegan los servicios para los cuales es elegible, un administrador de casos puede utilizar sus habilidades para defender al participante y garantizar que pueda acceder a los servicios que necesita (Monchick, Scheyett y Pfeifer, 2006). En otros casos, puede ocurrir que el administrador de casos tenga que defender al participante en un tribunal de drogas o, incluso, dentro del equipo de administración de casos. En estas instancias, la defensa puede requerir que el administrador de casos sea un *educador* (formal e informal) para brindar información a los miembros de su equipo sobre los distintos problemas y cuestiones. Además de estas funciones específicas, los administradores de casos deberían ser flexibles, estar familiarizados con la comunidad, orientarse a los participantes y basarse en los puntos fuertes. En total, el administrador de casos debe ser capaz y tener la voluntad de trabajar con terceros como parte de un equipo y de brindar apoyo al participante durante el proceso de recuperación.

Por eso, la administración de casos es conveniente para los tribunales de drogas, y la provisión de los servicios de la administración de casos se está convirtiendo en una práctica aceptada en varias localidades dentro del sistema de los tribunales de drogas. El objetivo de la próxima sección es describir algunos desafíos de la integración de las prácticas de administración de casos de alta calidad en los programas de los tribunales de drogas.

### **El desafío de integrar la administración de casos en los tribunales de drogas**

Con un equipo multidisciplinario altamente colaborador, se debe prestar atención a la división de responsabilidades de los miembros del equipo. Si no se presta atención, los tribunales de drogas pueden encontrarse con consecuencias catastróficas en su misión implícita de ayudar a las personas de abandonar el consumo de alcohol y drogas, y la actividad delictiva relacionada.

Pueden surgir muchos problemas al combinar mal las tareas individuales de los miembros del equipo para alcanzar las metas. De hecho, los roles duales y opuestos sólo sirven para aislar al participante del equipo y para negarle el acceso a la amplia gama de recursos dentro del equipo. Por ejemplo, si se espera que un miembro del equipo asuma roles duales y opuestos, como el rol de orientador y *el de* informante del tribunal sobre las violaciones en relación al consumo de sustancias, uno de estos roles quedará anulado (es decir, el último invalidará al primero, inhibiendo el desarrollo de confianza entre los miembros del equipo y el participante). Los funcionarios encargados de la libertad condicional de los que se espera que asuman el rol de administradores de casos también se encontrarán con este problema, en detrimento de la relación administrador-participante. Por eso, a excepción de informar sobre la sospecha de abuso o desatención de un menor o de un anciano y de la responsabilidad de advertir, las responsabilidades de un administrador de casos no deberían incluir la tarea de informar al tribunal de drogas sobre las violaciones a la libertad condicional, de modo que el administrador de casos pueda construir una relación de trabajo con el participante, sobre la base de la confianza y la franqueza. En lugar de ello, los informes sobre las violaciones a la libertad condicional deberían ser responsabilidad del funcionario encargado de la libertad condicional asignado al

participante o de otro miembro del equipo al que se le asigne esta responsabilidad. Para evitar el conflicto de roles, el administrador de casos debería encargarse de alinear las tareas de los miembros del equipo dentro de sus respectivos ámbitos.

## **Conclusión**

La administración de casos es un sistema de mejora del servicio multidimensional que puede integrarse a casi cualquier sistema de tribunales de drogas. Los administradores de casos ayudan a los participantes a identificar sus necesidades personales, fijan metas, establecen enlaces entre los participantes y los servicios que necesitan y realizan un seguimiento de los participantes para evaluar la utilización y eficacia del servicio. Aunque la integración de la administración de casos con el sistema de los tribunales de drogas parece ser muy prometedora, las investigaciones futuras deberían evaluar la implementación real de varios modelos de administración de casos en varias localidades. Únicamente en ese momento se dispondrá de la información para ayudar a comprender los costos y beneficios, y si es conveniente o no utilizar la administración de casos en estos ámbitos.

## **RECOMENDACIONES**

1. Los sistemas de tribunales de drogas deberían *elegir un modelo de administración de casos adecuado para sus necesidades y servicios*. Se pueden utilizar las dimensiones de la administración de casos para ayudar a tomar esta decisión.
2. *Los administradores de casos deberían tener una capacitación formal sobre el modelo de administración de casos y sobre las tareas y funciones de un administrador de casos.*
3. El compromiso con la administración de casos debería *comenzar con la evaluación de un futuro participante* del sistema de los tribunales de drogas.
4. Para evitar el conflicto de roles, *el administrador de casos debería encargarse de alinear las tareas de los miembros del equipo dentro de sus respectivos ámbitos.*
5. A excepción de informar sobre la sospecha de abuso o desatención de niños o ancianos y la responsabilidad de advertir, *entre las responsabilidades del administrador de casos no se debería incluir el hecho de informar al tribunal de drogas sobre las violaciones a la libertad condicional.*
6. La integración de varios modelos de administración de casos dentro del sistema de los tribunales de drogas debería incluir *la evaluación formal, rigurosa y continua del proceso de implementación y de los resultados del participante.*

## **RECURSOS**

El Instituto Nacional de Tribunales de Drogas publicó la monografía titulada *Drug Court Case Management* (Administración de casos en los tribunales de drogas): en el año 2006. Se la puede solicitar al INTD, o se puede acceder a ella a través de la página de publicaciones del sitio web del INTD.

## REFERENCIAS

- Bond, G., Miller, R., Krumweid, R., & Ward, R. (1988). Assertive case management in three CMHCs: A controlled study. *Hospital and Community Psychiatry, 39*, 411-418.
- Cellini, H. R. (2003). Origins, case management, and treatment of the substance-abusing offender. In B. Schwartz (Ed.), *Correctional psychology: Practice, programming, and administration*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Clear, T. R. (2005). Places not cases?: Rethinking the probation focus. *The Howard Journal, 44*(2), 172-184.
- Cooper, C. S. (1995). *Drug courts: An overview of operational characteristics and implementation issues*. Washington, DC: Drug Court Resource Center.
- Fast, B. & Chapin, R. (2000). *Strengths-based care management for older adults*. Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Hall, J., Vaughan, M., Vaughn, T., Block, R., Huber, D., & Schut, A. (1999). Iowa case management for rural drug abuse: Preliminary results. *Journal of Case Management, 1*(4), 232-243.
- Hall, J. A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D., & Jampoler, J. (2002). Iowa Case Management: Innovative Social Casework. *Social Work, 47*(2), 132-141.
- Havassy, B. E., Shopshire, M. S., Quigley, L. A. (2000). Effects of substance dependence on outcomes of patients in a randomized trial of two case management models. *Psychiatric Services 51*(5), 639-644.
- Johnson, P., & Rubin, A. (1983). Case management in mental health: A social work domain? *Social Work, 1*, 49-55.
- Kerson, T. S. (1990). Targeted adolescent pregnancy substance abuse project. *Health and Social Work, 15*(1), 73-74.
- Knowlton, A. R., Hoover, D. R., Chung, S., Celentano, D., Vlahov, D., & Latkin, C. A. (2001). Access to medical care and service utilization among injection drug users with HIV/AIDS. *Drug and Alcohol Dependence 64*(1), 55-62.
- Kutchins, H., & Kirk, S. A. (1997). *Making us crazy: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: Free Press.
- Lanehart, R. E., Clark, H. B., Dratochvil, D., Rollings, J. P., & Fidora, A. F. (1994). Case management of pregnant and parenting female crack and polydrug abusers. *Journal of Substance Abuse, 6*, 441-448.
- Loudenburg, R., & Leonardson, G.R. (2003). A multifaceted intervention strategy for reducing substance use in high-risk women. *Neurotoxicology and Teratology, 25*(6), 737-744.
- McCoy, V., Dodds, S., Rivers, J., & McCoy, C. (1992). Case management services for HIV seropositive IDU's. In R. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management* (Vol. 127). Rockville: USDHHS, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
- McLellan, A. T., Gutman, M., Lynch, K., McKay, J. R., Ketterlinus, R., Morgenstern, J., & Woolis, D. (2003). One-year outcomes from the CASAWORKS for families intervention for substance abusing women on welfare. *Evaluation Review 27*(6), 656-680.
- Mehr, J. (2001). Case Management: A review with implications for services for concurrent severe mental illness and alcoholism or substance abuse. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 5*(1), 80-107.

- Monchick, R., Scheyett, A., & Pfeifer, J. (2006) *Drug court case management: Role, function, and utility*. Alexandria, VA: National Drug Court Institute.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L., Gerber, F., Smith, R., et al. (1997). An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services*, 48(4), 497 - 503.
- National Association of Drug Court Professionals. (1997). *Defining drug courts: The key components*. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- National Institutes of Health (2006). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations (NIH publication no: 06-5316)*. Washington, DC: National Institutes of Health.
- Prendergast, M. & Maugh, T.H. (1995). Drug courts: Diversion that works. *Judges' Journal*, 34(10-15), 46-47.
- Prendergast, M. & Cartier, J. (2004) *Transitional case management study: Intervention manual*. Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles.
- Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Fisher, J. H., & Hall, F. J. (1994). Strengths-based case management: A role in addressing denial in substance abuse treatment. *Journal of Case Management*, 3(4), 139-144.
- Rapp, R. C. (1997). The strengths perspective and persons with substance abuse problems. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (2nd ed., pp. ). White Plains, NY: Longman.
- Ridgely, M. S. (1994). Practical issues in the application of case management to substance abuse treatment. *Journal of Case Management*, 3(4), 132-138.
- Ridgely, M. S., & Willenbring, M. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: Overview of models and research issues. In R. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management*, (Vol. 127, pp. 12-33). Rockville: USDHHS, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
- Ross, H. (1980). *Proceedings of the conference on the evaluation of case management for persons who are homeless and mentally ill* (Vol. 1). Unpublished manuscript.
- Schlenger, W. E., Kroutil, L. A., & Roland, E. J. (1992). Case management as a mechanism for linking drug abuse treatment and primary care: Preliminary evidence from the ADAMHA/HRSA linkage demonstration. In R. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management* (Vol. 127, pp. ). Rockville: USDHHS, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
- Sharlin, S. A., & Shamai, M. (1995). Intervention with families in extreme distress. *Marriage and Family Review*, 21(1/2), 91-122.
- Siegal, H., Rapp, R., Fisher, J., Cole, P., & Wagner, J. (1993). Treatment dropouts and non-compliers: Two persistent problems and a programmatic remedy. In J. Inciardi, F. Tims & B. Fletcher (Eds.), *Innovative approaches in the treatment of drug abuse: Program models and strategies* (Vol. 39, pp. 109-122). Westport, CT: Greenwood Press/Greenwood Publishing Group, Inc.
- Siegal, H. A., Fisher, J. H., Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Wagner, J. H., O'Brien, W. H., et al. (1996). Enhancing substance abuse treatment with case management: It's impact on employment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(2).
- Siegal, H. A. (1998). *TIP 27: Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment* Retrieved February 1, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Books&cmd=search&term=tip+27+comprehensive+case+management>.

- Siegal, H. A., Rapp, R. C., Li, L., & Saha, P. (2001). Case management in substance abuse treatment: Perspectives, impact, and use. F.M. Tims, C.G. Leukefeld, & J.J. Platt (Eds.) *Relapse and recovery in addictions* (pp.253-274). New Haven: Yale University Press.
- Siegal, H. A., Rapp, R. C., & Lane, D. T. (2002). Corrections-based case management and substance abuse treatment programming. In C. Leukefeld, F. Tims, D. Farbee (Eds). *Treatment of drug offenders: Policies and issues*. New York, NY: Springer Publishing Co.
- Sullivan, W., Wolk, J., & Hartmann, D. (1992). Case management in alcohol and drug treatment: Improving client outcomes. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 73, 195-203.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.
- Wolff, N., Helminiak, T. W., Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., & Trusty, M. L. (1997). Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 341-348.





**ENLACE DE LOS PARTICIPANTES DE LOS TRIBUNALES DE DROGAS  
CON LOS SERVICIOS QUE NECESITAN:**

Trasfondo, estrategia y recomendaciones

**Deni Carise, Ph.D.**

**Adam C. Brooks, Ph.D.**

Instituto de Investigación de Tratamientos de la Universidad de Pennsylvania



## INTRODUCCIÓN

Dentro del documento *Defining Drug Courts: The Key Components* (en español, “Definiendo a los tribunales de drogas: elementos clave”; ANPTD, 1997), el cuarto elemento clave de un tribunal de drogas eficaz implica brindar acceso constante a los servicios de tratamientos para el alcoholismo, la adicción a las drogas y otros servicios de rehabilitación relacionados". Los aspectos clave para brindar el acceso a los participantes de los tribunales de droga delineados en este elemento incluyen la evaluación inicial, la administración de casos continua y receptiva, el enlace de las necesidades de los participantes con los servicios integrales y especializados adecuados, la garantía de que los servicios sean accesibles y asequibles para los participantes, y el monitoreo de la calidad y de la responsabilidad de los organismos que brindan servicios a los participantes de los tribunales de drogas. Con este elemento de base, los tribunales de drogas tienen el potencial para generar un puente entre el sistema legal y los servicios de salud necesarios (Wenzel, Longshore, Turner, & Ridgely, 2001).

Desafortunadamente, ha quedado a la vista que resulta dificultoso llevar a cabo los beneficios potenciales del enlace entre los participantes de los tribunales de drogas y los servicios necesarios (Bull, 2005; Wenzel, Turner, & Ridgely, 2004). Wenzel, Turner y Ridgely (2004) exploraron la naturaleza de las relaciones de colaboración entre los tribunales de drogas y los proveedores de servicios. Encontraron que, aunque las relaciones de “enlace” entre los tribunales de drogas y los proveedores de servicios sociales parecían ser sólidas o moderadamente sólidas, los servicios que distintos de los tratamientos por abuso de alcohol y drogas sólo se brindaban en forma intermitente a través de los tribunales de drogas. También encontraron numerosas barreras en el camino hacia una mejor colaboración con los proveedores de otras clases de servicios, por ejemplo, limitaciones de financiación y problemas con el personal. Notablemente, los casos de estudio de los participantes de los tribunales de drogas, en cuanto a la interacción con el juez del tribunal, revela que aquello que el participante refiere e informa acerca de las complicaciones y barreras corresponde al resultado real del tribunal de drogas, y que los participantes tienden a referir los problemas relacionados con los servicios sociales, el empleo, la educación y el sistema legal (Wolf & Colyer, 2001).

Es importante apuntar que la derivación de los participantes de los tribunales de drogas a instalaciones de tratamiento para el abuso de alcohol o drogas no garantiza que se aborden las demás necesidades psicosociales de los participantes. Se reconoce una brecha entre lo que se conoce como una *práctica clínica efectiva* desde el punto de vista de la literatura científica y la *práctica habitual en condiciones "reales"* (Lamb, Greenlick, & McCarty, 1998). Aunque hubo un progreso significativo en el desarrollo de nuevos medicamentos, terapias, intervenciones y procedimientos durante la última década, no hubo una *entrega* para los programas de tratamiento de la comunidad. Como analizaremos en este capítulo, esta brecha puede abarcar la administración de casos efectiva y la derivación de pacientes.

Para garantizar que los participantes tengan acceso a los servicios que necesitan, los administradores de los tribunales de drogas deben estar al tanto de los problemas económicos, políticos, tecnológicos y prácticos que enfrenta la comunidad de los tratamientos para el abuso de sustancias. Por ejemplo, para nuestro propio trabajo nos contactamos con 127 programas de tratamiento elegidos al azar para que participen de otro estudio nacional. El 20% ni siquiera

tenía correo de voz, el 90% no tenía acceso a servicios médicos y el 75% no contaba con psicólogos NI con trabajadores sociales (McLellan, et al., 2003a & 2003b). Estas indicaciones sobre la degradación de la infraestructura de los tratamientos nacionales de adicción representan un desafío real para trasladar las intervenciones “científicamente respaldadas”, y resulta claro que se necesita *aplicar las investigaciones* para desarrollar nuevos métodos de mejora de la difusión de información y de la innovación de las intervenciones probadas (Backer & David, 1995).

## DESARROLLO

Tal vez la primera oportunidad para enlazar al participante con los servicios sea durante la evaluación del participante y las reuniones de planificación. La evaluación adecuada del paciente, que fomenta la capacidad de los administradores de casos y de los proveedores de tratamiento para satisfacer las necesidades de los pacientes, puede ser uno de los elementos más importantes, aunque poco acentuado, de los tratamientos contemporáneos contra las adicciones. La lógica clínica subyacente a este proceso de planificación de servicios y evaluaciones es directa y totalmente aplicable al modelo de los tribunales de drogas. Si los problemas de los participantes se evalúan de forma integral y precisa, el participante siente que su administrador de casos lo escucha, y eso puede llevar, potencialmente, al desarrollo de una relación de comunicación y a una alianza de ayuda (Barber et al., 1999, 2001; Luborsky et al., 1996; Luborsky, Crits-Cristoph, McLellan, & Woody, 1986). Si este proceso de evaluación y reconocimiento lleva a un plan conjunto de acción posible y determinado para abordar los problemas identificados, allí está el potencial del administrador de casos/proveedor del tratamiento para mostrarse servicial y para que el paciente confíe en el proceso de intervención del tribunal.

Más aun, si además de la evaluación y el reconocimiento de problemas, la administración de casos ofrece servicios potencialmente efectivos, disponibles y accesibles para los problemas identificados, allí se encuentra la potencial ayuda para esos problemas y, junto con ello, aumenta el optimismo en relación a la confianza en el proceso y se incrementan las posibilidades para continuar participando (retención) (Azrin, 1976; Higgins et al., 1994, 1995; Meyers & Smith, 1995). Existe una amplia justificación conceptual clínica para la premisa de que la fase de planificación del problema de evaluación/servicio inicial es importante para atraer a los pacientes al proceso de cuidado propio y para iniciar la todavía poco comprendida secuencia de esfuerzos, con el fin de mejorar el problema de reconocimiento, aliviar el problema, construir la confianza del paciente e incrementar la posibilidad de una participación continua en el tratamiento.

**La planificación de servicios eficaz comienza con una evaluación adecuada y detallada. Es importante evaluar a los participantes de los tribunales de drogas en varios campos para que el administrador de casos colabore con ellos en relación a los servicios que ayuden a abordar los problemas de la vida.** Existen numerosos instrumentos que pueden combinarse para este fin. Como alternativa, los planificadores de los tratamientos pueden utilizar una

**La planificación de servicios eficaz comienza con una *evaluación adecuada y detallada*. Es importante evaluar a los participantes de los tribunales de drogas en varios campos para que el administrador de casos colabore con ellos en relación a los servicios que ayuden a abordar los problemas de la vida.**

herramienta de evaluación multidominio, como el Índice de Severidad de la Adicción (ASI). El ASI es una entrevista de evaluación de problemas derivada de la investigación, que tiene en cuenta el alcance integral de los problemas de los pacientes al momento de la admisión en el tratamiento. La entrevista del ASI proporciona una medición válida y confiable de la naturaleza y severidad de los problemas de los pacientes (Mc Lellan et al., 1992a; McLellan, Luborsky, O'Brien & Woody, 1980; McLellan, et al., 1985). Las investigaciones muestran que se lo puede utilizar en forma eficaz como base para prestar servicios de tratamiento adecuados y a la medida de cada participante, y que los pacientes que reciben servicios para sus problemas identificados tienen mayores probabilidades de permanecer en el tratamiento y de lograr resultados durante el tratamiento y luego de su finalización (Hser et al., 1999; Kosten, Rounsaville & Kleber, 1986; McLellan, Alterman, Cacciola, Metzger, & O'Brien, 1993b; McLellan et al., 1997). El ASI fue ampliamente adoptado en los Estados Unidos y en otros países, ya que dos décadas de hallazgos de investigaciones muestran que la evaluación de problemas y la planificación de servicios con el ASI son confiables, válidas y provechosamente aplicadas por los investigadores y clínicos en grandes cantidades de poblaciones de pacientes y en entornos de tratamiento.

A pesar del amplio uso del ASI, las investigaciones han demostrado que el instrumento habitualmente se utiliza porque así lo dispusieron el estado, el contado o los administradores de programas, y no porque el personal al que se le pide que lo utilice lo valora por su funcionamiento práctico (Crevecoeur, Finnerty & Rawson, 2002; McLellan, et al., 2003a, 2003b). Este hallazgo es importante, porque el quid de brindar enlaces de servicios de tratamiento/evaluación eficaces está basado en el compromiso de los administradores de casos con la evaluación perceptiva de las necesidades de los participantes y en la derivación a servicios accesibles. Desafortunadamente, una encuesta reciente de una muestra nacionalmente representativa de los programas de tratamiento indica que la mayor parte del personal de esos programas de tratamiento consideraba a la fase de planificación de la evaluación/servicio del problema como un trabajo meramente “administrativo” sin ningún valor clínico inherente (McLellan, et al., 2003a, 2003b). La mayoría de las personas con problemas de dependencia tienen múltiples y serios problemas para comprometerse y beneficiarse con el tratamiento contra las adicciones, y la mayoría de los programas, en general, no brindan los servicios necesarios para abordar estos problemas. Nuestros veinte años de experiencia sugieren que las frustraciones de los administradores de casos se agravan por el hecho de que el proceso de encontrar servicios adecuados es inherentemente difícil y lleva mucho tiempo, la mayoría de los administradores de casos y orientadores no están capacitados para realizar este tipo de actividad y no cuentan con tiempo disponible para capacitarse.

En cuanto a los esfuerzos por ampliar y ajustar los servicios ofrecidos a los participantes de los tribunales de drogas, es importante asegurar el compromiso de los administradores de casos para evaluar y personalizar en forma adecuada las derivaciones a organismos externos. Este compromiso se garantiza al poner el énfasis en la capacitación durante esta fase crucial de la intervención de los tribunales de drogas y reforzando la tarea de los administradores de casos con herramientas que facilitan ampliamente el arduo trabajo de encontrar derivaciones adecuadas. En un esfuerzo por hacer que este proceso sea más dinámico, desarrollamos una guía de recursos asistida por computadoras, diseñada para ayudar a localizar servicios para los participantes directamente en su comunidad (Gurel, Carise, Kendig, & McLellan, 2005). Llevado a las grandes comunidades todavía hay, habitualmente, antologías que detallan servicios de bajos

costos/sin cargo disponibles dentro de la comunidad local, que apuntan a los problemas de salud física y mental, de relación, de vivienda, de la crianza de los hijos, de empleo y legales. La organización United Way es líder en producir estas antologías (habitualmente tituladas “First Call for Help” —Primer llamado de ayuda—). Sin embargo, muchas veces, estos libros no se utilizan, quizás porque son difíciles de manejar y porque se los quita temporal y físicamente del proceso de evaluación.

Para demostrar la importancia de la planificación y de la derivación de los servicios, utilizamos la base de datos de United Way para crear una forma sencilla de utilizar el formato electrónico que permitiría hacer derivaciones adecuadas y convenientes. Desarrollamos el software de enlace, denominado “sistema asistido por computadoras para la evaluación y derivación de pacientes” (CASPAR, por sus siglas en inglés), y una capacitación breve sobre los servicios de enlace adecuados y accesibles dentro de la comunidad, para abordar los problemas presentados por el paciente según las entrevistas de evaluación del ASI. Capacitamos a 33 orientadores de nueve programas de tratamiento por abuso de sustancias basados en la comunidad para que utilicen el ASI, y luego asignamos al azar la mitad de la muestra para recibir una sesión de entrenamiento adicional de dos horas sobre el sistema CASPAR.

Para evaluar los efectos de la capacitación del sistema CASPAR sobre los resultados, solicitamos los planes de tratamiento de cinco pacientes a sus orientadores y nos contactamos con esos pacientes a las dos y a las cuatro semanas posteriores a la admisión para determinar qué servicios habían recibido. También hicimos un rastreo de la atención y retención. Los resultados completos de ese estudio se encuentran publicados en otro sitio (Carise, Gurel, McLellan, Dugosh, & Kendig, 2005), aquí se los resumirá brevemente. El 71% de los orientadores efectuaron al menos una derivación utilizando el sistema CASPAR en los diez meses posteriores a la capacitación. Tres orientadores utilizaron en sistema CASPAR con todos sus pacientes, y siete orientadores utilizaron el sistema con más de la mitad de sus pacientes. Más del 50% de esos pacientes fueron derivados a través del sistema CASPAR. Aquellos que fueron derivados recibieron un total de 69 servicios superpuestos del sistema CASPAR. Los servicios psicológicos representaron el mayor número de derivaciones (35%, n=24), y los servicios de empleo representaron el 26% de las derivaciones (n=18). Los servicios familiares/sociales representaron el 22% (n=14) de las derivaciones de servicios, mientras que los servicios médicos representaron sólo el 13% (n=9) y los servicios legales representaron el 5% (n=4).

Al comparar a los orientadores capacitados en el sistema CASPAR con los orientadores de comparación, se encontró que los pacientes cuyos orientadores estaban capacitados en el sistema CASPAR tenían planes de tratamiento mejor combinados para la evaluación del ASI al momento de la admisión en cada una de las siete áreas de problemas abarcadas por el ASI (atención médica, empleo, drogas, alcohol, problemas legales, familia, psiquiatría). Además, a las dos semanas de tratamiento, los servicios *recibidos* por los pacientes del grupo capacitado con el sistema CASPAR eran significativamente más factibles de “combinarse” con cinco de las siete áreas problemáticas (atención médica, empleo, drogas, alcohol y psiquiatría). En relación a las otras dos áreas (familia y problemas legales), no se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos. Los servicios informados en las segundas dos semanas de tratamiento siguieron caracterizándose como la mejor combinación (valor  $p < 0,05$  o menor) para las necesidades de los pacientes en cuatro de las siete áreas problemáticas (empleo, drogas, alcohol y psiquiatría),

pero no en las otras tres áreas (atención médica, familia y problemas legales). También se examinó la asistencia a las sesiones, tal como se verifica en los registros de las tablas y a través de las observaciones de los asistentes de nuestra investigación. Los pacientes de los orientadores capacitados en el sistema CASPAR tuvieron un promedio de 65 sesiones en total, 53 grupales y 12 individuales. Los pacientes de los orientadores de comparación tuvieron un promedio de 34 sesiones en total, 27 grupales y 7 individuales. El análisis de las discrepancias mostraron diferencias significativas en cuanto a las sesiones totales ( $F=14,64$ ;  $df=1$ ; 128; valor  $p < 0,000$ ), en la asistencia a las sesiones grupales ( $F=10,29$ ;  $df=1$ ; 128; valor  $p < 0,002$ ) y en las sesiones individuales ( $F=4,31$ ;  $df=1$ ; 128; valor  $p < 0,04$ ). Las tasas de compleción del programa fueron más altas en el grupo capacitado con el sistema CASPAR (53%) que en el grupo de comparación (24%).

También se tuvo en cuenta la hipótesis de una mejor formación de relaciones entre los pacientes y orientadores, y una mayor satisfacción del paciente. Esta información se reunió utilizando el cuestionario de alianza de ayuda (Luborsky, 1976) y la escala de satisfacción del paciente de ocho ítems de Atkinson (Attkisson & Zwick, 1982) al finalizar la cuarta semana de tratamiento. Contrariamente a nuestras hipótesis, no encontramos diferencias entre los grupos en la alianza de ayuda ni en las mediciones de satisfacción del paciente. Los puntajes de ambos grupos superaban el promedio, lo cual representaba índices de informe altos en cuanto a la satisfacción y a las relaciones de comunicación en general. Sin embargo, y sorprendentemente, encontramos que los orientadores capacitados en el sistema CASPAR permanecían en sus puestos de trabajo durante más tiempo que los orientadores del grupo de comparación. Al efectuar una evaluación seis meses después, encontramos que el 80% de los orientadores capacitados en el sistema CASPAR permanecían en sus puestos, en comparación con el 40% de los orientadores del grupo de comparación.

## RECOMENDACIONES

Sobre la base de los antecedentes anteriores y la importancia que tienen las derivaciones de servicios y la evaluación de las necesidades del paciente, hemos reunido las siguientes recomendaciones para el uso del sistema CASPAR en el ámbito de los tribunales de drogas.

1. Los administradores de los tribunales de drogas deben *reconocer la importancia de la evaluación adecuada de las necesidades de los participantes en los distintos aspectos, además de la concreción de las derivaciones fijadas*, para satisfacer las necesidades del participante de forma accesible.
2. En la práctica, el seguimiento del administrador de casos y del participante depende del apoyo de los administradores de casos en relación a la importancia del proceso de evaluación y derivación. Los administradores deben *poner el énfasis, en esta fase de la intervención de los tribunales de drogas, en la capacitación del personal y en brindar las herramientas necesarias para que el personal realice sus actividades en forma eficiente y con seguridad*. Esas herramientas incluyen una evaluación inicial integral y confiable de las necesidades, utilizando instrumentos que pueden administrarse eficientemente, así como también información de las derivaciones en un formato conveniente, fácil de encontrar y de alcance integral.



3. Los administradores de casos que *fomentan las relaciones con los organismos de derivación* facilitan las derivaciones exitosas de los participantes. Específicamente, los administradores de casos deberían conocer a las personas de contacto clave de los principales organismos a los que habitualmente realizan derivaciones, y deberían recibir comentarios por parte de esas personas de contacto acerca de los esfuerzos de los participantes. Los comentarios también se provenir de los participantes de los tribunales de drogas, acerca de la calidad de los servicios que reciben de los distintos organismos.
4. Es importante que el equipo del tribunal de drogas *informe al juez, como líder de la agenda del tribunal, sobre las derivaciones efectuadas y las citas dadas a los pacientes*. Esto le permitirá al juez controlar el seguimiento del paciente a través de las recomendaciones y premiar el acatamiento o abordar fallas de cumplimiento desde el tribunal.
5. Los administradores de casos deben *tomar medidas para garantizar que las derivaciones sean realmente accesibles para los participantes en relación a sus posibilidades económicas y de transporte*. Más aun, los administradores de casos deberían tener en cuenta cualquier deficiencia cognitiva que los participantes pudieran enfrentar en la negociación de las derivaciones. Hay más probabilidades de tener éxito dividiendo las derivaciones en pasos pequeños y concretos, y manejando las expectativas de los participantes en cuanto a lo que van a recibir.
6. Los administradores de casos deben *hacer un seguimiento de las derivaciones* y puede que se los necesite para resolver problemas, de modo de ayudar a los participantes a que sigan con confianza en el proceso de derivaciones. El juez puede solicitar un control permanente y un nivel de responsabilidad para asegurar que se siga el proceso.
7. Tal como se subrayó en el capítulo 7, puede ocurrir que las participantes mujeres enfrenten necesidades especiales que no están previstas en las instalaciones de tratamiento donde la gran mayoría de pacientes son hombres. Para contribuir a la retención y graduación de las participantes mujeres, es esencial *encontrar servicios “superpuestos” que satisfagan estas brechas de necesidades*.
8. Se debe tener en cuenta que, además de la asistencia al tratamiento y de los resultados de las muestras de orina, el simple hecho de acceder a los servicios es otro resultado concreto. Podría aplicarse la comprensión profunda de las sanciones detalladas en el capítulo 11 para asegurar que los participantes accedan a los servicios.

## RECURSOS

Hemos recibido numerosas solicitudes por parte de varias organizaciones y sistemas de tratamiento para ayudar a crear un sistema de derivación CASPAR y una guía de recursos. Para evitar el trabajo redundante, siempre alentamos a los investigadores a que verifiquen los recursos

de derivación que puedan encontrarse disponibles en sus comunidades. Numerosas comunidades están comenzando a invertir en telefonía y en sistemas 311 y 211 con base en Internet que brindan muchas de las derivaciones disponibles en el sistema CASPAR. Además, varias comunidades tienen bases de datos online que enumeran servicios voluntarios y de bajo costo que pueden servir como inicio de una guía para buscar recursos.

¿Qué es 2-1-1? [www.211.org](http://www.211.org)

Lista de organizaciones que utilizan United Way 2-1-1:

[www.211.org/documents/Endorsements.pdf](http://www.211.org/documents/Endorsements.pdf)

Encuentre su United Way local: [national.unitedway.org/myuw/](http://national.unitedway.org/myuw/)

Encuentre su centro de atención telefónica 2-1-1 local: [www.211.org/status.html](http://www.211.org/status.html)

## REFERENCIAS

- Attkisson, C. C. & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Plan*, 5, 233-237.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research & Therapy*, 14(5), 339-348.
- Backer, T. E. & David, S. L. (1995). Synthesis of behavioral science learnings about technology transfer. In T. E. Backer, S. L. David, & G. Soucy (Eds.), *Reviewing the behavioral science knowledge base on technology transfer* (pp. 262-279). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Weiss, R. D., et al. (2001). Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Counseling & Clinical Psychology*, 69(1), 119-124
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M. E., Weiss, R., Frank, A., et al. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9(1), 54-73
- Bull, M. (2005). A comparative review of best practice guidelines for the diversion of drug related offenders. *International Journal of Drug Policy*, 16, 223-234.
- Carise, D., Gurel, O., McLellan, A.T., Dugosh, K., Kendig, C. (2005). Getting patients the services they need using a computer-assisted system for patient assessment and referral—CASPAR. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 177-189.
- Crevecoeur, D., Finnerty, B., & Rawson, R. (2002). The Los Angeles County Evaluation System (LACES): A large scale substance abuse treatment system evaluation program. *Journal of Drug Issues*. 32, 865-880.
- Gurel, O., Carise, D., Kendig, C., & McLellan, A.T. (2005). Developing CASPAR: A computer-assisted system for patient assessment and referral. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 281-289.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Badger, G. J., Foerg, F. E., & Ogden, D. (1995). Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: One-year outcome. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 3(2), 205-212.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F., Donham, R., & Badger, G. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51(7), 568-576
- Hser, Y. I., Polinsky, M. L., Maglione, M., & Anglin, M. D. (1999). Matching clients' needs with drug treatment services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 299-305.
- Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., Kleber, H. D. (1986). A 2.5 year follow-up of treatment retention and reentry among opioid addicts. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3(3), 181-189.
- Lamb, S., Greenlick, M. R., & McCarty, D. (Eds.). (1998). *Bridging the gap between practice and research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavitz, L. M., Frank, A., et al. (1996). The revised helping alliance questionnaire-II (HAQ-II) : Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Research and Practice*, 6, 260-271.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., McLellan, A. T., & Woody, G. E. (1986). Do psychotherapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), 501-512.
- McLellan, A. T., Alterman, A. I., Woody, G. E., & Metzger, D. (1992). A quantitative measure of substance abuse treatments: The Treatment Services Review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 101-110.
- McLellan, A. T., Carise, D., & Kleber, H. D. (2003a). Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 1-5.
- McLellan, A.T., Carise, D., & Kleber, H.D. (2003b). The national addiction treatment infrastructure: Is it what the public expects? In J. Jaffe and D. Rosenbloom (Eds.), *Contemporary Issues in Addiction Treatment*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- McLellan, A. T., Grissom, G. R., Zanis, D., Randall, M., Brill, P., & O'Brien, C. P. (1997). Problem-service 'matching' in addiction treatment: A prospective study in 4 programs. *Archives of General Psychiatry*, 54, 730-735.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Grissom, G., Pettinati, H. et al. (1992a). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199-213.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. et al. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 173(7), 412-422.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P. & Woody, G. E. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients, The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 26-33.
- Meyers, R. G., & Smith, J.E.** (1995). Clinical guide to alcohol treatment: The Community Reinforcement Approach *The Guilford Substance Abuse Series*. New York, NY: Guilford Press.
- National Association of Drug Court Professionals. (1997). *Defining drug courts: The key components*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Drug Courts Program Office.
- Wenzel, S. L., Turner, S. F., & Ridgely, M. S. (2004). Collaborations between drug courts and service providers: Characteristics and challenges. *Journal of Criminal Justice*, 32, 253-263.
- Wenzel, S. L., Longshore, D., Turner, S. F., & Ridgely, M. S. (2001). Drug courts: A bridge between criminal justice and health services. *Journal of Criminal Justice*, 29, 241-253.
- Wolf, E., & Colyer, C. (2001). Everyday hassles: Barriers to recovery in drug court. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 233-258.

# **INCENTIVOS MOTIVACIONALES EN LOS TRIBUNALES DE DROGAS**

**Maxine L. Stitzer, Ph.D.**

Johns Hopkins Medicine



## INTRODUCCIÓN

Los métodos positivos de refuerzo han recibido recientemente una gran atención, debido a su capacidad para promover cambios de conducta continuos, al mismo tiempo que ponen de relieve un mayor enfoque de celebración y apoyo al tratamiento y a otras intervenciones para personas con problemas de adicción. Además, los enfoques de refuerzo positivo han recibido un gran apoyo empírico. El apoyo empírico se detalla a continuación, seguido de algunas recomendaciones sobre cómo el refuerzo positivo puede integrarse a los tribunales de drogas con el potencial de estimular más la eficacia de los programas de los tribunales.

## DESARROLLO

### El refuerzo positivo en el tratamiento por abuso de sustancias

“Después de más de diez años de presidir el Tribunal I de Tratamiento de Philadelphia, puedo decir, sin reservas, que los **incentivos son un ejemplo clásico de que los refuerzos positivos funcionan**. Los participantes van con entusiasmo en busca de los certificados, los obsequios, el aplauso y el reconocimiento judicial. Para ellos es un símbolo de logro y también de reconocimiento de los demás, en especial, del tribunal, por sus logros y éxitos”.

-Juez Louis J. Presenza

El principio del refuerzo positivo se ha incorporado en forma efectiva en los tratamientos por abuso de sustancias para contrarrestar la siempre presente atracción de los reforzadores de drogas potentes que subyace a la recaída. Frecuentemente, los beneficios de la abstinencia, por ejemplo, un mejor estado de salud y un estilo de vida más productivo, parece abstracto y distante para el adicto a las drogas, con un camino poco claro y difícil por recorrer para alcanzar esos beneficios. El objetivo de los programas motivacionales de incentivo es prolongar los beneficios de la abstinencia mediante la entrega recompensas inmediatas y tangibles. La intervención original que contaba con reforzadores de competencia durante los tratamientos contra el abuso de sustancias fue desarrollada por Steve Higgins y consistía en un sistema de vales mediante los que se podían obtener puntos cada vez que se entregaba una muestra de orina que indicaba la ausencia de droga (cocaína). Los puntos tenían un valor monetario y podían utilizarse para comprar productos al por menor (por ejemplo, prendas de vestir, equipos deportivos) y para pagar servicios (por ejemplo, el alquiler o los servicios) a través del personal clínico encargado de hacerlo. Este sistema era muy efectivo (Lussier, Heil, Mongeon, Badger, & Higgins, 2006; Stitzer & Petry, 2006), pero a su vez muy costoso y de una labor intensiva. Nancy Petry, quien utilizó el principio de refuerzo intermitente para reducir costos, desarrolló una variación. En el sistema basado en premios o “pecera” de Petry, los pacientes podían extraer un ticket de un cuenco cada vez que presentaran una muestra de orina libre de drogas, con la posibilidad de obtener premios que se guardaban y se exponían en el sitio. Sin embargo, la probabilidad de extraer un ticket con premio, particularmente uno de valor sustancioso, era relativamente baja, lo cual reducía los costos y ayudaba a controlarlos.

El sistema de refuerzos basado en premios y el sistema de vales, que apuntan a la abstinencia del consumo de drogas, han demostrado ser, en varias ocasiones, intervenciones eficaces en estudios controlados de investigación llevados a cabo en programas de tratamiento contra las adicciones.

Estos procedimientos han fomentado la abstinencia continua de adictos a los estimulantes inscriptos en programas de orientación psicosocial, adictos a los estimulantes inscriptos en tratamientos de mantenimiento con metadona y de adictos a una variedad de otras drogas (incluidos los opioides y la marihuana) en busca de tratamiento (Lussier et al., 2006; Stitzer & Petry, 2006). La eficacia de los incentivos motivacionales de bajo costo y basados en premios ha quedado demostrada en dos grandes ensayos clínicos multicéntricos, llevados a cabo por la red de ensayos clínicos para el tratamiento por abuso de sustancias (National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network). Uno de los estudios reveló que el uso continuo de estimulantes podía eliminarse en los pacientes con mantenimiento de metadona a los que se les ofrecía la posibilidad de ganar hasta 400 dólares en premios por presentar muestras de orina libres de droga durante una intervención de tres meses (Peirce et al., 2006). El segundo estudio mostró mejoras significativas en la retención de participantes en el tratamiento y períodos de abstinencia más prolongados entre los adictos a estimulantes inscriptos en programas de orientación psicológica, quienes tenían la oportunidad de participar en el mismo programa de incentivo de la abstinencia basado en premios (Petry et al., 2005).

Aunque gran parte de este trabajo sobre los incentivos positivos se ha concentrado en reforzar la abstinencia en el consumo de drogas, resulta claro que este mismo enfoque puede utilizarse para mejorar otras conductas meta observables y aisladas que requieren recuperación. De ahí que, por ejemplo, varios estudios han demostrado una mayor asistencia a las sesiones de tratamiento cuando los incentivos estaban disponibles para una conducta determinada (por ejemplo, Sigmon & Stitzer, 2005), mientras que otros estudios han explorado la utilidad de los incentivos para motivar la adhesión a las metas de los tratamientos (por ejemplo, Petry et al., 2006).

### **Aplicación de los refuerzos positivos en los sistemas de los tribunales de drogas**

Los principios de los refuerzos positivos pueden utilizarse dentro del sistema de los tribunales de drogas para fomentar la conducta esperada de los pacientes, al mismo tiempo que incentivan una atmósfera más positiva y de celebración dentro del sistema. Debe dejarse en claro desde el comienzo que, a la fecha, se han realizado pocas investigaciones que prueben específicamente la efectividad de agregar incentivos positivos en las salas de los tribunales durante las audiencias de estado. Además, la investigación que se ha llevado a cabo sugiere que puede resultar difícil apreciar los beneficios cuando los incentivos positivos se suman a un contexto donde se aplican conjuntamente sanciones autoritarias. Sin embargo, los datos preliminares de un estudio sugirieron que los incentivos basados en las salas de los tribunales pueden mejorar los resultados, particularmente en el caso de personas con un historial delictivo más extenso (Marlowe et al., 2005).

Serían necesarias tres acciones para implementar la intervención positiva de refuerzos: 1) definir las conductas meta, 2) identificar los refuerzos efectivos que se utilizarán y 3) desarrollar la implementación de un plan que asegure la aplicación de la

Se necesitan tres acciones para implementar la **intervención positiva de refuerzos**:

- 1) definir las conductas meta,
- 2) identificar los refuerzos efectivos que se utilizarán y
- 3) desarrollar la implementación de un plan que asegure la aplicación de la intervención en forma inmediata, confiable y continua.



intervención en forma inmediata, confiable y continua.

#### *Selección de conductas meta*

La conducta meta ideal es la que puede observarse y rastrearse sin problemas, y que necesita mejorar (es decir, los participantes pueden encontrar problemas con la adhesión a esa conducta). Las posibilidades incluyen cualquiera de los requisitos típicos de los tribunales de drogas: mantener el estado regular de las fechas de audiencia frente al juez, el oficial de libertad condicional, el administrador de casos y el proveedor del tratamiento, entregar las muestras de orina cuando se solicitan, asistir a las reuniones de autoayuda y mantenerse en estado de abstinencia. El principio clave para la selección de conductas clave es que representen un resultado que se necesita mejorar. Si las conductas de los participantes fueran las esperadas, entonces ofrecer incentivos representaría un uso ineficiente de recursos. Por lo tanto, y debido a que las características de los participantes difieren según la jurisdicción, sería de mucha utilidad contar con los datos del desempeño de participantes anteriores en el tribunal de drogas correspondiente antes de seleccionar las conductas meta. Es probable, por ejemplo, que la abstinencia sea la conducta adecuada y más importante en la mayoría de los tribunales de drogas, mientras que la necesidad de entregar incentivos para mantener las citas puede variar durante el tratamiento, la libertad condicional, la administración de casos y el ámbito de las salas de los tribunales.

#### *Selección de reforzadores que se utilizarán*

Los reforzadores elegidos dependerán de los recursos disponibles dentro de cada jurisdicción. El principio es: más es mejor. Es decir, la investigación ha demostrado que las recompensas más valiosas (de mayor magnitud) son más efectivas para promover el cambio continuo de las conductas que las recompensas de menor valor (Lussier et al., 2006). Por eso es que los vales o premios tangibles pueden resultar más efectivos que el simple reconocimiento verbal y el apoyo social. Los premios tangibles (por ejemplo, los pases de transporte o para entretenimientos) pueden ser también una vía para ayudar a generar cambios en el estilo de vida de los pacientes. Mientras que las recompensas de alta magnitud son mejores, las de bajo costo pueden ser incentivos eficaces, en particular, para las personas en circunstancias económicas apremiantes. Por eso, los pequeños premios tales como tazas, gorros y camisetas pueden utilizarse eficazmente en los tribunales de drogas.

Es importante recordar que, en general, el valor de refuerzo de un artículo no es intrínseco, sino que depende de la mirada de quien lo recibe. Por eso, siempre es una buena idea preguntarles a los pacientes para qué les gustaría trabajar. Como alternativa, los vales para las tiendas locales brindan una forma de tener en cuenta esta variabilidad, ya que pueden aceptarse como forma de pago por artículos deseables elegidos individualmente. La entrega de efectivo no es, en general, una buena idea, porque se lo puede utilizar para comprar sustancias dañinas para la salud, como alcohol, cigarrillos o drogas ilegales.

#### *Esquemas ascendentes*

Las investigaciones han demostrado que el uso de un esquema de refuerzo ascendente es la forma más eficaz de promover los cambios de conducta continuos (Stitzer & Petry, 2006). Dentro de un esquema ascendente, el valor del dinero en efectivo de los vales o el número de premios obtenidos aumentan sistemáticamente con los sucesivos períodos más extensos de buen

desempeño, y vuelven al valor bajo original si el paciente tiene un desliz (por ejemplo, si no asiste a las citas programadas o entrega una muestra de orina con presencia de drogas). Por eso es importante tener en cuenta el uso de esquemas ascendentes de refuerzo al diseñar un programa de incentivos positivos.

### **Plan de implementación: ¿Dónde y cuándo se deberían brindar incentivos?**

Los tribunales de drogas son una intervención multifacética construida con la cooperación del juez, el oficial de libertad condicional, el fiscal, la defensa, el proveedor del tratamiento y el administrador de casos, cada uno de ellos con un rol importante y único. En un panorama ideal, los múltiples miembros del equipo ofrecerían las intervenciones positivas de incentivos en todo el sistema, con la debida consideración de las conductas a las que se debería apuntar para reforzar cada ámbito.

#### *Incentivos en la sala del tribunal: reconocimiento del juez*

El juez del tribunal de drogas es una figura de gran autoridad, cuyas palabras y decisiones juegan un papel central en el progreso y los resultados de cada paciente. Es importante que los jueces utilicen el refuerzo positivo al interactuar con los pacientes. La falta de cumplimiento o la manifestación de conductas no deseadas pueden dar lugar y deberían ser pasibles de las sanciones correspondientes. Sin embargo, también le incumbe al juez elogiar los éxitos y cumplimientos de los pacientes, por más pequeños que sean. Los jueces deberían asegurarse de que la documentación relativa al progreso del paciente incluya tanto las conductas positivas como las negativas, para poder dar una respuesta adecuada. Los reconocimientos deberían hacerse rutinariamente en cada audiencia, no sólo en un determinado período o al momento de la graduación. Los reconocimientos verbales son una intervención muy poderosa, en especial, para las personas privadas de sus derechos que quizás hayan experimentado pocos logros o reconocimientos en su vida. Además, mediante los reconocimientos en las audiencias de estado, los jueces actuarán como modelo para los otros miembros del equipo, cada uno de los cuales debería también buscar la oportunidad para hacer un reconocimiento de su propia interacción con los pacientes.

*Incentivos en la sala del tribunal: Premios y recompensas tangibles*

Algunos jueces han comenzado a ofrecer sorteos de premios en las salas de los tribunales como forma de reconocer las conductas positivas de los participantes. A pesar de que la investigación aún no ha concluido y no se sabe si esto puede generar un impacto en los resultados, dentro de un contexto de sanciones estrictas que los jueces aplican en caso de conductas indeseadas, se ha notado que los incentivos positivos pueden cambiar la atmósfera de las salas de los tribunales y transformarla en una de mayor ánimo y celebración.

***Modelo comunitario***

**Premios y recompensas tangibles en el Condado de Maricopa**

Estimado participante del tribunal de drogas:

El equipo del tribunal de drogas tiene el agrado de informarle que usted comenzará un nuevo programa de incentivos en el tribunal. Cada vez que usted asista al tribunal tendrá la oportunidad de participar, si ha cumplido los requisitos. Cuando asista al tribunal, usted podrá participar del sorteo de premios, según su asistencia reciente y los resultados de sus muestras de orina. Específicamente, se premiarán la asistencia habitual y los resultados de indiquen ausencia de droga en las muestras de orina. Hay tres categorías de incentivos: pequeños, medianos y grandes. ¡Todos los sorteos darán como resultado un triunfo! A continuación se detallan las clases de incentivos que se encontrarán disponibles. En ocasiones, puede ocurrir que alguna de las tarjetas de regalos no se encuentre disponible. Por este motivo, tenga en mente una segunda opción.

**PEQUEÑO** (valor de 10 dólares): Coldstone Creamery, Dairy Queen, Dunkin Donuts, Jack-in-the-Box, McDonalds, Starbucks y Subway.

**MEDIANO** (valor de 50 dólares): AMC Theatres, Harkins, Pizza Hut, Home Depot, Bath & Body Works, Old Navy, Sears, Kohl's, Cracker Barrel, Foot Locker, Best Buy y Barnes and Noble.

**GRANDE** (valor de 200 dólares): El ganador del incentivo grande obtiene un aporte sobre este premio. ¿Qué necesita y/o qué desea tener? Por ejemplo: neumáticos, cambio de aceite, cortes de pelo, prendas de vestir, zapatos. Este premio no se entregará en el tribunal y demandará algo más de tiempo para que usted especifique lo que necesita y para recibir el incentivo.

La seriedad y la asistencia al tratamiento son una parte importante de este programa. Queremos reconocer su arduo trabajo y alentarlos a que continúen en ese camino. Estas conductas lo llevarán finalmente al mejor de los incentivos: ¡LA GRADUACIÓN!

*Incentivos en los ámbitos del tratamiento por abuso de drogas, libertad condicional y administración de casos*

En una situación ideal, los incentivos positivos se aplicarían en todo el sistema de los tribunales de drogas. Esto es así porque sería posible maximizar la eficacia si los incentivos se entregaran inmediatamente después de observar la conducta esperada en ese mismo ámbito, y no

ocasionalmente, en la sala del tribunal, luego de extensos períodos de buen desempeño. El éxito de los participantes de los tribunales de drogas dependerá de la información brindada en forma regular al programa del tratamiento, al oficial de libertad condicional y, de ser posible, también al administrador de casos. También dependerá de la entrega constante de muestras de orina con resultado negativo en cuanto a la presencia de droga, que puede recolectarse en cualquiera de estos ámbitos. Las audiencias de estado frente al juez son menos frecuentes y no se hacen observaciones directas sobre el consumo de drogas en este ámbito. Como se analizó anteriormente, la mayoría de las señales de eficacia de las intervenciones de incentivos proviene del ámbito del tratamiento contra el abuso de sustancias, donde habitualmente se solicitan análisis de orina e informes. Por eso, en una situación ideal, los incentivos positivos en forma de vales o sorteo de premios podrían tener lugar en el programa de tratamiento y en cada reunión con el oficial de libertad condicional o administrador de casos, con la asistencia y las muestras de orina negativas en cuanto a la presencia de drogas como los objetivos con mayores posibilidades para estas intervenciones (consultar el capítulo 8 para un análisis más detallado de las oportunidades para ofrecer incentivos positivos en estos ámbitos).

#### *Otras consideraciones de la implementación*

Al desarrollar un plan de implementación, se debe hacer un balance entre la viabilidad y los principios de eficacia conocidos. Por ejemplo, se sabe que un sistema ascendente de sorteo de premios es más eficaz para lograr el cambio de conducta continuo, pero al mismo tiempo, es más difícil de implementar. Las responsabilidades del personal siempre deben quedar en claro. En un sistema de vales, por ejemplo, alguna persona tiene que encargarse de mantener actualizadas las cuentas del paciente, mientras que en un sistema que implica la entrega de premios, alguien tiene que encargarse de mantener un stock de premios renovados y variados para que sean atractivos para los pacientes. Como ocurre con cualquier sistema multifacético, toda persona que tenga contacto con el paciente debería estar al tanto de las contingencias y del progreso del paciente, para evitar malentendidos o manipulaciones. Por último, es importante, de ser posible, incorporar una evaluación para conocer qué elementos funcionan y qué aspectos del programa necesitan más modificaciones. Por ejemplo, se podría utilizar la evaluación del proceso para saber si los pacientes valoran los premios que se les ofrecen y si las intervenciones se implementan con una buena regularidad, mientras que las evaluaciones de los resultados pueden ser útiles para saber qué conductas son más o menos resistentes al cambio con los incentivos.

En resumen, los enfoques de incentivos positivos han demostrado eficacia y efectividad para fomentar cambios conductuales continuos en las poblaciones con problemas de abuso de sustancias. Los principios de la intervención positiva de refuerzos son claros, y se pueden personalizar los métodos para aplicarlos en los programas de los tribunales de drogas, con el potencial de mejorar los resultados. Sin embargo, se deben tener en cuenta algunas consideraciones relativas al lugar, al momento y al motivo del ofrecimiento de los incentivos, de modo de optimizar su eficacia en el sistema de los tribunales de drogas.

## **RECOMENDACIONES**

*1. Se debería incorporar el refuerzo positivo en todos los niveles del programa de los tribunales de drogas.*

2. *Los informes del juez deberían resaltar los éxitos y logros de los participantes.*
3. *El juez debería reconocer los logros en todas las audiencias de estado.*
4. *En los tribunales con mayores recursos, se deberían incorporar incentivos tangibles (vales, tarjetas de regalos o premios) en los niveles de tratamiento contra las adicciones, libertad condicional, administración de casos y salas de los tribunales, para reforzar la asistencia regular y la abstinencia en cada uno de estos ámbitos.*

## REFERENCIAS

- Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, *101*,192-203.
- Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lee, P. A., Fox, G., Alexander, R., Mastro, N. K., et al. (junio de 2005). *Contingency management in drug court*. Trabajo presentado en el encuentro científico anual número 67 del College on Problems of Drug Dependence, Orlando, FL.
- Peirce, J. M., Petry, N. M., Stitzer, M. L., Blaine, J., Kellogg, S., Satterfield, F. et al. (2006). Effects of lower-cost incentives on stimulant abstinence in methadone maintenance treatment. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 201-208.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Carroll, K. M., Hanson, T., MacKinnon, S., Rounsaville, B., et al. (2006). Contingency management treatments: Reinforcing abstinence versus adherence with goal-related activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 592-601.
- Petry, N. M., Peirce, J. M., Stitzer, M. L., Blaine, J., Roll, J. M., Cohen, A. et al. (2005). Effect of prize-based incentives on outcomes in stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs: a national drug abuse treatment clinical trials network study. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 1148-1156.
- Petry, N. M., Petrakis, I., Trevisan, L., Wiredu, G., Boutros, N. N., Martin, et al. (2001). Contingency Management Interventions: From Research to Practice. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 694-702.
- Sigmon, S. C. & Stitzer, M. L. (2005). Use of a low-cost incentive intervention to improve counseling attendance among methadone-maintained patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *29*, 253-258.
- Stitzer, M. L. & Petry, N. M. (2006). Contingency management for treatment of substance abuse. *Annual Review of Clinical Psychology*, *2*, 17.1-17.24.



# APLICACIÓN DE SANCIONES

**Douglas B. Marlowe, J.D., Ph.D.**

Instituto de Investigación de Tratamientos de la Universidad de Pennsylvania

Este capítulo está financiado por los subsidios R01-DA-14566 y R01-DA-13096 del Instituto Nacional de Consumo de Drogas. Los puntos de vista expuestos pertenecen al autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista del Instituto Nacional de Consumo de Drogas.





## INTRODUCCIÓN

En términos generales, y para mejorar los resultados de los pacientes, recompensar una conducta esperada es más efectivo que castigar una conducta no deseada. Como se analizará más adelante, las sanciones pueden traer con ellas una gran cantidad de efectos negativos, y su injerencia suele ser efímera una vez que ha finalizado el control sobre el paciente. Sin embargo, algunas conductas no pueden permitirse y deben sofocarse rápidamente en beneficio de la seguridad pública. El personal de los tribunales de drogas y el público en general deben confiar en que los delincuentes con problemas de adicción a las drogas, quienes únicamente pueden estar libres gracias a una oportunidad de prueba o de divertimiento, no volverán a vincularse en actividades riesgosas. Cuando se las administra correctamente y en combinación con el tratamiento y los incentivos de sobriedad adecuados, las sanciones pueden resultar efectivas para reducir el consumo de sustancias y los delitos. Este capítulo revisa brevemente las evidencias de investigación relacionadas con los parámetros esenciales para diseñar e implementar los programas de sanciones efectivas en los tribunales de drogas.

## DESARROLLO

### Especificidad

La ambigüedad socava los efectos de las sanciones. Si no se notifica de antemano a los pacientes sobre las conductas específicas que pueden generar una sanción, ni sobre el tipo de sanciones que pueden imponerse, verán la imposición de sanciones como un acto injusto. Es muy poco probable que, a causa de esto, los pacientes mejoren su conducta, e incluso podría llevar a que algunos pacientes boicoteen sus propios objetivos de tratamiento. Además, da lugar a malas interpretaciones o reinterpretaciones de las reglas luego de ocurridos los hechos, lo que puede generar que los pacientes “esquiven” una sanción merecida.

Se debería informar claramente a los pacientes sobre las conductas específicas que constituyen infracciones. Los términos imprecisos tales como “conducta irresponsable” o “inmadurez” están abiertos a distintas interpretaciones y, por ello, se los debe evitar. Las infracciones deberían estar concretamente definidas, por ejemplo, muestras de orina con resultado positivo en cuanto a la presencia de droga, ausencias sin justificación durante el tratamiento o falta de presentación ante el tribunal. También es importante especificar por adelantado que, a menos que suceda algo imprevisto, las pruebas de orina o las repeticiones de las pruebas son la última palabra para determinar si se ha vuelto a consumir droga.

Se debería informar claramente a los pacientes sobre las **conductas específicas** que constituyen infracciones. Los términos imprecisos tales como “conducta irresponsable” o “inmadurez” están abiertos a distintas interpretaciones y, por ello, se los debe evitar. Las infracciones deberían estar concretamente definidas, por ejemplo, muestras de orina con resultado positivo en cuanto a la presencia de droga, ausencias sin justificación durante el tratamiento o falta de presentación ante el tribunal. También es importante especificar por adelantado que, a menos que suceda algo imprevisto, las pruebas de orina o las repeticiones de las pruebas son la **última palabra** para determinar si se ha vuelto a consumir droga.

Debido a que, en muchas ocasiones, puede ser necesario individualizar las sanciones, quizás no sea posible informar por adelantado a los pacientes sobre las sanciones precisas que se impondrán por comportamientos específicos. Sin embargo, los pacientes tienen derecho a saber el rango permisible de sanciones que se les pueden imponer por conductas específicas. Por ejemplo, las sanciones por el consumo de drogas podrían ir desde una reprimenda verbal o una tarea indicada por escrito para las primeras pocas instancias, hasta el tratamiento residencial luego de múltiples instancias. Las sanciones por reincidencia delictiva podrían llegar hasta la detención en la cárcel o la finalización luego de una sola instancia. Esta información debe constar por escrito en un manual al que los pacientes puedan consultar para resolver disputas relacionadas con las reglas del programa.

## **Certeza**

Lo más seguro es que los pacientes sean sancionados por cometer infracciones, lo menos probable es que repitan esas infracciones. Por eso, es esencial que se controle de cerca la asistencia de los pacientes al tratamiento, el consumo de sustancias y la actividad delictiva en forma continua, para garantizar la detección de infracciones y generar un efecto adecuado. Los administradores de casos deberían documentar e informar regularmente todas las ausencias al tratamiento injustificadas. Las muestras de orina deberían recolectarse como mínimo una vez por semana; lo ideal sería dos veces por semana. Las muestras de orina deben solicitarse también al azar y en forma inesperada. Si los pacientes pudieran saber en qué días se realizará la prueba, podrían simplemente adaptar el uso de drogas para evitar la detección. Eso reduciría la certeza de la detección y la eficacia del programa.

La frecuencia de las pruebas de orina debería ser la *última* carga de supervisión. Sólo después de que los pacientes hayan demostrado un intervalo extenso de sobriedad continua, y luego de que otros requisitos como las sesiones del tratamiento y las revisiones de estado se hayan cumplido, se puede estar seguro de que la abstinencia perdurará luego de la graduación. Dado el curso crónico de la adicción, la sobriedad continua será de aproximadamente cuatro a seis meses en un entorno no controlado. Es decir, sin contar el tiempo del tratamiento residencial, de las viviendas de recuperación o de la cárcel, donde es más difícil consumir drogas.

## **Segundas oportunidades**

Darle una segunda oportunidad a un paciente antes de aplicar una sanción reduce la certeza de la aplicación de sanciones, lo que a su vez reduce su eficacia. Puede ser conveniente, sin embargo, refrenar una sanción como recompensa por la posterior corrección de un error. Por ejemplo, si un paciente consume drogas y luego se siente mal por haberlo hecho, se lo informa de manera espontánea a su orientador y voluntariamente busca tratamiento para evitar una recaída permanente. En este caso, el hecho de decir la verdad y buscar tratamiento en forma voluntaria puede llevar a que no se aplique la sanción inminente. Es importante dejar en claro que esto no debe confundirse con el hecho de que los pacientes simplemente reconozcan sus transgresiones luego de que se los haya descubierto en falta. Las segundas oportunidades se obtienen a través de acciones concretas que reflejan logros demostrables en los objetivos del tratamiento.

A los pacientes que no actúan por propia voluntad para corregir una transgresión se les aplicará este mismo principio (llamado “refuerzo negativo”) en forma prospectiva y en aumento. Por ejemplo, luego de una infracción, el tribunal podría ordenar una sanción de cinco días de arresto o de cinco días de servicio comunitario, pero podría suspender la ejecución de la sanción a la espera de mejoras subsiguientes en la conducta del paciente. De ese modo, el paciente podría obtener reducciones progresivas en la extensión y severidad de la sanción durante cada semana que se mantenga en abstinencia y cumpla el tratamiento. La falta de cumplimiento podría llevar a la imposición completa de la sanción y a sanciones adicionales por nuevas infracciones.

### **Inmediatez**

Desafortunadamente, los efectos de las sanciones comienzan a degradarse a las pocas horas o días posteriores a la infracción. Por ese motivo, el desempeño de los pacientes debe evaluarse en forma frecuente y se deben aplicar las sanciones rápidamente cuando así se indique. Los miembros de los tribunales de drogas deberían tener un contacto habitual entre sí por teléfono o correo electrónico, para facilitar el consenso rápido sobre las infracciones y para permitir que la persona más próxima a la situación aplique las sanciones. En el caso de sanciones que pueden imponer los clínicos o los administradores de casos (por ejemplo, recolección de muestras de orina con mayor frecuencia o sesiones de tratamiento), esperar varios días o semanas por una audiencia en el tribunal puede demorar innecesariamente la imposición. En el caso de las sanciones que requieren la autoridad de un juez (por ejemplo, multas o tiempo en la cárcel), pueden resultar necesarias las audiencias de estado en forma más frecuente o pueden solicitarse los procedimientos para agendar una audiencia por incumplimiento cuando así se indique. Las investigaciones indican que los pacientes de alto riesgo que tienen historiales de abuso de drogas más comprometedores o predisposición antisocial pueden necesitar audiencias de estado dos veces por semana.

### **Magnitud**

Las sanciones suelen ser menos efectivas en las magnitudes más altas y más bajas, y más efectivas dentro de un rango moderado. Las sanciones débiles pueden precipitar el “hábito”, una situación a la que los pacientes pueden acostumbrarse y volverse menos sensible al castigo. Las sanciones estrictas pueden precipitar la ira o el desaliente, lo cual puede interferir en la relación terapéutica. El éxito de los tribunales de drogas dependerá, en gran medida, de la habilidad de aplicar un rango creativo de sanciones intermedias, que pueden aumentarse o disminuirse en respuesta a la conducta de los pacientes. Las sanciones deberían aplicarse en forma de pendiente en aumento o escalonada, en la que la magnitud de la sanción aumenta progresivamente en respuesta a cada infracción sucesiva.

### **Respuesta terapéutica vs. sanciones punitivas**

Hay una gran controversia acerca de si los tribunales de drogas deberían aumentar los requisitos del tratamiento como forma de "sanción" por mala conducta. El hecho de concretarlo, podría inadvertidamente dar la impresión de que el tratamiento resulta una aversión y eso podría

Muchos tribunales de drogas hacen una distinción entre aplicar sanciones **punitivas** por **falta de cumplimiento** de los requisitos del programa y aplicar respuestas **terapéuticas o de recuperación** en caso de **progreso insuficiente en el tratamiento**.

interferir en la alianza terapéutica.

Por este motivo, muchos tribunales de drogas hacen una distinción entre aplicar sanciones punitivas por falta de cumplimiento de los requisitos del programa y aplicar respuestas terapéuticas o de recuperación en caso de progreso insuficiente en el tratamiento. Por ejemplo, un paciente podría recibir una reprimenda verbal, servicio comunitario o algunos días en la cárcel por no asistir a las sesiones de orientación o por no presentar las muestras de orina cuando así se lo indique. Por otro lado, si un paciente cumple con la orientación pero sigue consumiendo drogas debido a la gravedad de su adicción, posiblemente el problema no radique en el paciente, sino en el plan de atención. En esas circunstancias, la respuesta adecuada debería ser la adaptación del régimen de tratamiento. Por ejemplo, se le podría pedir al paciente que asista más frecuentemente a sesiones de orientación, que reciba un tipo distinto de tratamiento (por ejemplo, con medicación) o se lo podría transferir a una modalidad más intensiva de atención (por ejemplo, un tratamiento residencial).

Es importante tener en cuenta que la decisión acerca de si es conveniente o no adaptar el plan de atención del paciente y el modo de hacerlo, deberá estar en manos de un profesional del tratamiento correctamente capacitado, quien, a su vez, consultará a otros miembros del equipo del tribunal de drogas. No sería correcto que un profesional de la justicia penal sin capacitación clínica incremente los requisitos del tratamiento de un paciente como castigo por una mala conducta, sin que medien razones terapéuticas bien articuladas.

### **Moldeado de la conducta**

Ser excesivamente demandantes con los pacientes puede abrumarlos y hacer que abandonen el tratamiento. Es necesario, por lo tanto, distinguir entre metas cercanas (a corto plazo) y metas lejanas (a largo plazo) y aplicar sanciones según corresponda. Este proceso se denomina "moldeado". Las conductas cercanas son (1) aquellas con las que el paciente puede comprometerse de inmediato y (2) aquellas que son necesarias para alcanzar los objetivos a largo plazo. Algunos ejemplos son: asistir a las sesiones de orientación y presentar las muestras de orina. Las conductas lejanas son (1) aquellas que se espera lograr en última instancia, pero que (2) pueden demandar más tiempo para alcanzarlas. Algunos ejemplos son: obtener un Examen de Desarrollo de Educación General (GED, por sus siglas en inglés) o un empleo remunerado. En la primera etapa del tratamiento, se deberían imponer sanciones de magnitud más alta para las conductas cercanas y sanciones de magnitud más baja para las conductas lejanas. Por ejemplo, los pacientes podrían recibir una reprimenda verbal o una tarea indicada por escrito por no buscar empleo, pero se les podría ordenar el servicio comunitario o un breve período en la cárcel por no asistir a las sesiones de orientación o no entregar las muestras de orina. Con el correr del tiempo, el énfasis debería ponerse en las metas lejanas y también se deberían aplicar sanciones de mayor magnitud por evitar el trabajo.

En el caso de los pacientes que son *adictos* a, o *dependientes* del alcohol o las drogas (es decir, que no pueden controlar la ansiedad por consumir o tienen síntomas graves de abstinencia cuando dejan de consumir sustancias) la abstinencia debería conceptualizarse como una meta lejana. El consumo de sustancias es compulsivo en esos pacientes. Necesitan tiempo para alcanzar metas y quizás caigan en múltiples recaídas antes de lograr la abstinencia. Si se les

impone sanciones de alta magnitud por el uso de drogas en la primera etapa del tratamiento, sería muy poco probable mejorar su conducta y, probablemente, quedarían fuera del programa. Esta situación tendría el efecto paradójico de malograr a los individuos con problemas más graves de adicción a las drogas. Por el contrario, para aquellos pacientes que simplemente consumen drogas o las usan indebidamente, la abstinencia debería conceptualizarse como una meta cercana. En el caso de estos individuos, deberían aplicarse sanciones de mayor magnitud desde el principio, para eliminar rápidamente el consumo de drogas.

## **Equidad**

Es más probable que los pacientes respondan bien a una sanción si (1) sienten que tienen la oportunidad de contar su versión de lo ocurrido, (2) se los trata de la misma manera que a otras personas en iguales circunstancias y (3) se los trata con respeto y dignidad durante todo el proceso. Si estos factores no están presentes, la conducta no mejora y los pacientes pueden boicotear sus propios objetivos del tratamiento.

Siempre se les debe dar la oportunidad de explicar los hechos desde su perspectiva. Esto no significa que se deba tomar por cierto lo que manifiestan ni que obtendrán el resultado que desean. Lo importante es que sientan que se los escucha. Además, es esencial mantenerse alerta para evitar imparcialidades inadvertidas que pudieran tener lugar en el proceso de aplicación de sanciones. Si los miembros del personal tienen dificultades para determinar por qué se está tratando de distinta forma a un paciente, puede ocurrir que exista una parcialidad inadvertida y que el equipo tenga que reconsiderar su respuesta. Aun más importante es tener en cuenta que nunca es conveniente ser condescendiente ni descortés. Incluso las sanciones más estrictas deberían aplicarse en forma imparcial y sin sugerir que el equipo disfruta de asignar castigos.

## **Refuerzo positivo**

Si se las aplica correctamente, las sanciones pueden lograr reducir los delitos y el consumo de sustancias en el corto plazo, mientras los pacientes se encuentran dentro del programa. Sin embargo, estos efectos no perdurarán luego de aumentar el control coercitivo del programa, a menos que los pacientes reciban recompensas alternativas en su entorno social natural que los ayude a mantener la abstinencia con el paso del tiempo. Por ejemplo, los pacientes que encuentren un empleo, desarrollen actividades recreativas o mejoren la relación con su familia tienen más posibilidades de ser recompensados (por ejemplo, recibiendo reconocimientos, prestigio social o salarios) por su conducta prosocial, y de ser castigados (por ejemplo, porque sus colegas lo excluyan o por haber sido despedido del trabajo) por su conducta relacionada con las drogas. Los pacientes que simplemente regresan a su rutina previa y a sus lugares frecuentes se encuentran nuevamente en un entorno que recompensa el consumo de drogas a costa de logros prosociales. Para mantener los efectos del tratamiento a lo largo del tiempo, es esencial que los tribunales de drogas no sólo castiguen el delito y el consumo de drogas, sino que también recompensen las actividades productivas que en sí mismas son incompatibles con el delito y el consumo de drogas, como conseguir un empleo remunerado, estudiar o comenzar una actividad recreativa saludable. Sólo de esa forma puede esperarse que los efectos de los programas de los tribunales de drogas hagan aportes duraderos para el bienestar de los pacientes, sus familias y la comunidad.

## RECOMENDACIONES

1. *Establecer las reglas de comportamiento de antemano.* Se deben definir concretamente las infracciones y se debe especificar claramente el rango de sanciones permisibles que pueden imponerse para ciertos tipos de infracciones. Esta información debe constar por escrito en un manual del programa.
2. *Controlar a los pacientes de cerca.* Se debe controlar cuidadosamente y en forma continua la asistencia al tratamiento, el consumo de sustancias y la actividad delictiva, para garantizar que se detecten las infracciones y se actúe en consecuencia. La frecuencia de las pruebas de orina debería ser la *última* carga de supervisión, únicamente luego de que los pacientes han logrado permanecer en abstinencia en forma continua durante varios meses en entornos no controlados.
3. *Las segundas oportunidades se deben ganar.* Las sanciones sólo se refrenarán si el paciente se ha envuelto en acciones concretas tendientes a corregir las transgresiones.
4. *Responder rápidamente a las infracciones.* El desempeño de los pacientes debe evaluarse en forma frecuente y se deben aplicar las sanciones rápidamente cuando así se indique. Las demoras superiores a las dos semanas pueden reducir sustancialmente la eficacia de las sanciones, en especial, en el caso de individuos con problemas más graves de drogas o de actividad delictiva.
5. *Utilizar sanciones moderadas.* Las sanciones suelen ser menos efectivas en las magnitudes más altas y más bajas, y más efectivas dentro de un rango moderado. Es mejor tener un rango disponible de sanciones intermedias que puedan aumentarse o disminuirse en respuesta a la conducta de los pacientes.
6. *Castigar las malas conductas pero dar tratamiento a las disfunciones.* Se deben administrar las sanciones punitivas por la falta deliberada de cumplimiento de los requisitos del programa, pero también se deben aplicar respuestas terapéuticas o de recuperación en caso de progresos insuficientes en el tratamiento.
7. *Primero, lo más importante.* Durante las primeras etapas de tratamiento, se debe moldear la conducta del paciente aplicando sanciones de mayor magnitud por la falta de cumplimiento de las metas cercanas a corto plazo, y sanciones de menor magnitud por no cumplir con las metas lejanas a largo plazo.
8. *Ser justo.* Se les debe dar a los pacientes la posibilidad de explicar su versión de los hechos, se debe prestar cuidadosa atención a los temas de igual alcance y siempre se debe tratar a los pacientes con respeto y dignidad.
9. *No basarse únicamente en las sanciones.* Probablemente, los efectos de las sanciones no perduren luego de la graduación, a menos que los pacientes también reciban recompensas positivas por emprender conductas prosociales que continúen reportando beneficios contra el consumo de drogas y el delito en el futuro.

## RECURSOS

- Arabia, P. L., Fox, G., Caughie, J., **Marlowe, D. B.**, & Festinger, D. S. (2008). Sanctioning practices in an adult felony drug court. *Drug Court Review*, 6(1), 1-32.
- Burdon, W. M., Roll, J. M., Prendergast, M. L., & Rawson, R. A. (2001). *Drug courts and contingency management*. *Journal of Drug Issues*, 31, 73-90.
- Harrell, A., & Roman J. (2001). Reducing drug use and crime among offenders: The impact of graduated sanctions. *Journal of Drug Issues*, 31, 207-232.
- Lindquist, C. H., Krebs, C. P., & Lattimore, P. K. (2006). Sanctions and rewards in drug court programs: Implementation, perceived efficacy, and decision making. *Journal of Drug Issues*, 36, 119-145.
- Marlowe, D. B.** (2003). Integrating substance abuse treatment and criminal justice supervision. *NIDA Science & Practice Perspectives*, 2(1), 4-14.
- Marlowe, D. B.** (2007). Strategies for administering rewards and sanctions. In J. Lessenger & G. Roper (Eds.), *Drug courts: A new approach to treatment and rehabilitation* (pp. 317-336). New York: Springer-Verlag.
- 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, 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, 1-31.
- 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 the treatment of substance use disorders: A science-based treatment innovation* (pp. 334-354). New York: Guilford.



## **APPENDIX**

Lista de verificación para diseñar tribunales de resolución de problemas para abordar trastornos coexistentes

**Indicaciones**

La siguiente lista de verificación es una guía para los tribunales de resolución de problemas y tiene la finalidad de desarrollar servicios y recursos comunitarios para satisfacer las necesidades individuales de los participantes con problemas coexistentes de salud mental y trastornos por abuso de sustancias.

<b><i>I. Modificaciones fundamentales del programa</i></b>				
<b><i>Actividad</i></b>	<b><i>Objetivo</i></b>	<b><i>Modificaciones propuestas</i></b>	<b><i>Límite de tiempo</i></b>	<b><i>Persona responsable</i></b>
<b>✓ Compromiso del tribunal</b>	Las declaraciones explícitas sobre la inclusión de personas con trastornos coexistentes deben desarrollarse dentro de la declaración de objetivos fundamentales y/o en las descripciones del programa.			
<b>✓ Combinación de monitoreo y evaluación</b>	Los monitoreos y las evaluaciones de rutina abordan los trastornos de salud mental y el abuso de sustancias.			
<b>✓ Monitoreo del tribunal</b>	Las condiciones, la frecuencia de las audiencias, las tareas del personal y la intensidad del programa reflejan la presencia de un trastorno mental coexistente.			
<b>✓ Capacitación sobre trastornos coexistente</b>	Todos los participantes reciben capacitación sobre la naturaleza y el tratamiento de los trastornos coexistentes.			

<b><i>I. Modificaciones fundamentales del programa</i></b>				
<b><i>Actividad</i></b>	<b><i>Objetivo</i></b>	<b><i>Modificaciones propuestas</i></b>	<b><i>Límite de tiempo</i></b>	<b><i>Persona responsable</i></b>
<b>✓Control de la medicación</b>	Se brindan consultas y evaluaciones psiquiátricas en forma continua para controlar las necesidades de medicación, su administración y los efectos secundarios.			
<b>✓Sanciones escalonadas</b>	Se deben tener en cuenta los efectos de los trastornos mentales al desarrollar y aplicar sanciones flexibles.			
<b>✓Enlace con los servicios de tratamiento de la comunidad</b>	Se coordinan la planificación de los tratamientos, las derivaciones y los monitoreos con los servicios de salud mental de la comunidad, incluido el tratamiento integrado para los trastornos de salud mental coexistentes y el abuso de sustancias.			
<b>✓Enlace con los proveedores de vivienda permanente, transitoria y de emergencia</b>	Se garantiza el acceso seguro y estable a la vivienda, mediante enlaces establecidos con los servicios de tratamiento de la comunidad.			
<b>✓Audiencias en el tribunal y control judicial</b>	Se adaptan las audiencias y el control del tribunal para abordar las necesidades de salud mental de los participantes.			

**II. Mejoras del programa (por ej., grupos para tratar trastornos coexistentes, rastreos del programa, orientación adicional, procedimientos especializados de servicios de administración de casos de gran alcance, reducción del número de casos, etc.)**

<i>Actividad</i>	<i>Modificaciones propuestas</i>	<i>Límite de tiempo</i>	<i>Persona responsable</i>
✓Mejora propuesta:			
✓Mejora propuesta:			
✓Mejora propuesta:			
✓Mejora propuesta:			

✓Mejora propuesta:			
--------------------	--	--	--

<i>III. Desarrollo de recursos comunitarios</i>				
<i>Recurso comunitario</i>	<i>Qué partes deben comprometerse</i>	<i>Servicios o actividades clave</i>	<i>Límite de tiempo</i>	<i>Persona responsable</i>
✓Centros de salud mental de la comunidad local				
✓Profesionales de salud mental locales				
✓Salas de emergencia y hospitales				
✓Equipos de respuesta móvil/ ante crisis				

<b>✓Otros servicios:</b>				
<b>✓Otros servicios:</b>				