



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

**EI PAPEL DE LA CRIMINOLOGÍA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN TRIBUNAL
PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN PUEBLA**

“Tesis presentada como requisito para obtener el título de:
Licenciada en Criminología”

Presenta

Cindy Stephannie Cetz Moreno

Directora de tesis

Dra. Luz Anyela Morales Quintero

Mayo de 2017

Para mamá, por tantas batallas que hemos ganado juntas.

A mi hermano Luis, por tu apoyo incondicional siempre.

A mi hermano Jorge, cómplice de aventuras.

Para ti, mi pequeña Regina, todo es mejor contigo.

Agradecimientos

Gracias a Dios, por las bendiciones y pruebas que ha puesto en mi vida.

Agradezco con todo mi cariño a mi familia. A mi madre, Emerita Moreno, este sueño no habría podido realizarse sin el apoyo que me brindas, eres mi pilar y mi fuerza. Gracias también a mis hermanos, Luis y Jorge, ustedes han hecho que pueda enfrentar cada prueba con valentía.

A mi directora de tesis, la Dra. Luz Anyela Morales Quintero. Por transmitirme su vocación hacia la investigación. Gracias por las oportunidades, experiencias y conocimientos, con usted tuve la fortuna de crecer no sólo como estudiante sino como ser humano. Gracias por la confianza para participar en sus proyectos y especialmente por su amistad.

Gracias a todas las personas que tienen un lugar especial en mi vida, por su afecto, apoyo y por hacer mi estancia en Puebla más agradable.

Finalmente, agradezco al Mtro. Adrián Hernández Tlapanco por su amabilidad y colaboración al establecer comunicación con las autoridades correspondientes para solicitar los permisos necesarios. Asimismo, a las autoridades de la Dirección General de Centros de Reinserción Social del Estado así como del Centro de Reinserción Social de Puebla por las facilidades otorgadas para la revisión de expedientes.

De igual manera, expreso mi más sincero agradecimiento al Instituto de Estudios Judiciales del Poder Judicial del Estado de Puebla por permitirme participar en el proyecto de Justicia Terapéutica a través de mi servicio social y prácticas profesionales.

Índice

Agradecimientos.....	ii
Introducción.....	1
Capítulo 1. Consumo de sustancias y comportamiento delictivo.....	8
1.1 Panorama general del consumo de drogas lícitas e ilícitas.....	8
1.1.1 Contexto internacional.....	8
1.1.2 Región de las Américas.....	9
1.1.3 México.....	10
1.1.4 Uso de drogas en población carcelaria.....	11
1.1.5 Consumo de sustancias en cárceles a nivel mundial.....	12
1.1.6 América Latina y México.....	12
1.1.7 Metodología I-ADAM.....	13
1.1.8 Resultados del programa I-ADAM a nivel internacional.....	15
1.1.9 Panorama de América Latina.....	17
1.2 Consecuencias del consumo sobre el comportamiento violento y delictivo.....	21
1.2.1 Efectos neurológicos, psicológicos y sociales.....	21
1.2.2 Trastornos asociados con el consumo de sustancias nocivas.....	23
1.2.3 Tipos específicos de conductas violentas causadas por el abuso de sustancias nocivas.....	30
1.3 Teorías que explican la relación entre consumo de drogas y delito.....	31
Capítulo 2. Tribunales de tratamiento de adicciones.....	35
2.1 Surgimiento de un nuevo modelo.....	35
2.1.1 Historia de los tribunales de tratamiento de adicciones.....	35
2.1.2 ¿En qué consiste un Tribunal de tratamiento de adicciones?.....	37
2.1.3 Tribunales de tratamiento de adicciones: un enfoque de justicia terapéutica.....	43

2.2 Tribunales de tratamiento de adicciones en el contexto Mexicano	49
2.2.1 Aplicación del modelo de Tribunal para el tratamiento de adicciones en México	49
2.2.2 Programa de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas	58
2.3 Ventajas y desafíos de los tribunales de tratamiento de adicciones	62
2.3.1 ¿Por qué hablamos de una alternativa eficaz?	62
2.3.2 Retos que enfrentan los tribunales de tratamiento de adicciones	63
Capítulo 3. Tribunal para el tratamiento de adicciones en Puebla y papel de la Criminología	67
3.1 Contexto de consumo de sustancias y delitos en Puebla	67
3.1.1 Estudio piloto	67
3.1.2 Metodología	67
3.1.3 Resultados	68
3.1.4 Discusión	76
3.2 Tribunal para el tratamiento de adicciones en Puebla.....	78
3.2.1 Modelo de TTA en Puebla	78
3.3 Aportes de la Criminología a los tribunales de tratamiento de adicciones	83
3.3.1 Áreas de oportunidad dentro de los TTA	83
Conclusiones.....	98
Referencias	100

Lista de Tablas

Tabla 1. Trastornos mentales y del comportamiento derivados del consumo de drogas	24
Tabla 2. Diferencias entre el proceso judicial tradicional y el proceso terapéutico.	45
Tabla 3. Fases del tratamiento dentro de los Tribunales para el Tratamiento de las Adicciones	55
Tabla 4. Sistema de incentivos y sanciones para el participante del programa TTA.	57
Tabla 5. Principios del Programa de Justicia Terapéutica para Personas con Consumo de Sustancias Psicoactivas	61
Tabla 6. Principios del Modelo de Riesgo-Necesidades-Responsividad	85
Tabla 7. Instrumentos de evaluación de riesgo de violencia disponibles en España	87

Lista de Figuras

Figura 1. Justicia punitiva y terapéutica.....	36
Figura 2. Modelo de TTA y suspensión condicional del proceso.....	54
Figura 3. Situación penitenciaria	69
Figura 4. Estado procesal.....	69
Figura 5. Consumo de marihuana	70
Figura 6. Edad de inicio de consumo marihuana.....	70
Figura 7. Consumo de cocaína.....	71
Figura 8. Edad de inicio de consumo cocaína	71
Figura 9. Consumo de heroína	72
Figura 10. Consumo de inhalantes.....	72
Figura 11. Edad de inicio de consumo inhalantes	73
Figura 12. Consumo de alcohol.....	73
Figura 13. Edad de inicio de consumo alcohol	74
Figura 14. Consumo de tabaco	74
Figura 15. Edad de inicio de consumo tabaco.....	75
Figura 16. Tratamiento recibido por consumo de alcohol o drogas en el pasado	75
Figura 17. Delitos cometidos con intoxicación.....	76
Figura 18. Tipos de sustancia y delito	77
Figura 19. Delitos cometidos bajo el influjo de sustancia tóxica.	77
Figura 20. Avances 2013-2014 en la implementación de TTA.	79
Figura 21. Principales delitos en la zona centro del estado de Puebla.....	81

Introducción

El Informe Mundial sobre las Drogas estima que alrededor de 246 millones de personas o 1 de cada 20 de edades comprendidas entre los 15 y 64 años consumieron alguna droga ilícita durante el 2013 a nivel global, asimismo el número de muertes relacionadas con las drogas durante el mismo año fue de aproximadamente 187,100 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -UNODC-, 2015).

En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), la prevalencia del consumo de drogas ilegales en población de 12 a 65 años es de 1.5%. La marihuana es la de mayor uso con 1.2%, seguida de la cocaína con .5% (ENA, 2012). En lo que respecta al consumo de alcohol, la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida entre la población de 12 a 65 años es de 71.3%, la prevalencia de los últimos doce meses es de 51.4% mientras que en el último mes es de 31.6% (ENA, 2012).

Estas cifras representan el consumo de alcohol y drogas a nivel mundial y nacional pero sólo en población general. El uso de sustancias constituye un factor de riesgo para la comisión de conductas delictivas, especialmente para aquellas personas que padecen de un trastorno por dependencia, por lo cual pueden llegar a efectuar delitos cuya causa subyacente es principalmente esta adicción. Resulta relevante aclarar que existen dos formas de relación entre el consumo de drogas y la delincuencia. La primera, respecto a las personas en privación de libertad por la comisión de uno o varios delitos, es decir, aquéllas que se encuentran en centros de reinserción social y que son usuarias de algún tipo de droga. En segundo lugar, la población que ha cometido una conducta delictiva y que al momento de realizarla estaba bajo el efecto de alguna sustancia.

La cárcel representa un ambiente de alto riesgo para el consumo de drogas, según datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), el cannabis es la droga de mayor uso entre la población carcelaria; además, un tercio de los prisioneros ha usado alguna droga al menos una vez durante el encarcelamiento. (UNODC, 2015).

En México, se estima que a nivel nacional 94.88% de los internos en centros de reinserción social son consumidores de drogas, aunado a esto el delito con mayor relación de consumo de sustancias (más del 50%) es el robo simple y con violencia (Santamaría, 2012). De acuerdo con la Tercera Encuesta a Población en Reclusión en el Distrito Federal y el Estado de México, el porcentaje de internos que afirmaron haber consumido alcohol y/o drogas durante el último mes fue del 15% en el Distrito Federal y del 9% en el Estado de México (Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), 2009).

Lo anterior demuestra la influencia que tiene el consumo de sustancias a lo largo de la carrera delictiva de una persona. Aunque no siempre se considera el consumo como la principal causa de la comisión del delito, resulta importante el estudio de esta variable y la forma en que influye sobre el comportamiento de un individuo. De hecho, la dependencia de alcohol o drogas está considerada dentro de las principales necesidades criminógenas que deben ser cubiertas con el tratamiento, ya sea en el centro penitenciario o de forma ambulatoria.

Existen diversas investigaciones en relación a la posible vinculación del comportamiento delictivo y el uso de drogas. Goldstein (1985) plantea que existen tres niveles de interacción: psicofarmacológico, económico-compulsivo y sistémico. El primero se refiere a los cambios producidos en el comportamiento como consecuencia del consumo de sustancias, la teoría económica compulsiva explica cómo las personas que consumen alguna droga pueden cometer cualquier tipo de actos para sufragar los gastos de la adquisición de las sustancias, finalmente en el ámbito sistémico se plantea el contexto que rodea a la compra-venta de sustancias psicoactivas.

La Organización de Estados Americanos reconoce la necesidad de buscar medios alternos de justicia que contemplen el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social de las personas infractoras de la ley penal dependientes de drogas. Sin embargo, las cifras en relación a la probable relación entre consumo de sustancias y comportamiento delictivo en nuestro país, son escasas. Se desconoce la población que ha sido víctima y los agresores que actúan bajo la influencia del consumo de sustancias psicoactivas. No se cuenta con datos validados respecto a esta problemática que orienten a las

autoridades encargadas del diseño y desarrollo de políticas públicas en materia de drogas que fundamente la implementación de sistemas de tratamiento para grupos con necesidades específicas.

En este sentido, es necesario realizar investigaciones de carácter científico que nos permitan relacionar aquéllos delitos que han sido llevados a cabo bajo el consumo de drogas, de igual modo, analizar los tipos de tratamiento que estas personas reciben y la efectividad de los mismos. Una vez recolectada la información pertinente se debe dar prioridad a las vías alternas de tratamiento, es decir, aquellas que contemplen mecanismos como los Tribunales de Tratamiento de Adicciones. Asimismo, es necesario encontrar los aportes que ciencias como la criminología pueden brindar para el desarrollo de éstos, en búsqueda de garantizar que se logre la rehabilitación y disminuyan los niveles de reincidencia.

Los tribunales de drogas constituyen un “programa o procedimiento penal alternativo dentro del sistema de justicia que está dirigido a infractores cuyos delitos están relacionados con su consumo problemático de drogas. Su función principal es derivar a infractores a rehabilitación bajo supervisión judicial, para facilitar el proceso de cambio y favorecer la adherencia al tratamiento” (Droppelmann, 2008 p.28).

Los tribunales para el tratamiento de las adicciones operan actualmente en cinco estados: Chihuahua, Durango, Estado de México, Morelos y Nuevo León. A partir del 2014, se comenzó con la ejecución de dos fases para la operación de tribunales en 10 estados. En la Fase uno se contempló al Estado de México, Morelos, Durango y Chihuahua. En todos ellos se cumplió con el objetivo de comenzar funciones, aunque algunos aún están en la etapa de implementación. En la fase dos se incluyen Baja California, el Distrito Federal, Hidalgo, Sonora, Puebla y Guanajuato. En el caso de Puebla, el estado está en etapa de estudio de factibilidad.

El apoyo para la implementación de los TTA viene desde la Secretaría de Gobierno, la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana, la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional contra las Adicciones.

Bajo esta perspectiva, surge la siguiente pregunta de investigación que guía esta tesis: ¿Es posible implementar un tribunal de tratamiento de adicciones en Puebla, como medida alterna a la prisión, donde la criminología tenga una participación activa?

Para dar respuesta a esta interrogante se ha propuesto como objetivo general: analizar la posible implementación de un tribunal de tratamiento de adicciones en el Estado de Puebla destacando las áreas de oportunidad para la criminología. Siguiendo los objetivos particulares descritos a continuación:

- Describir el proceso que se sigue en un tribunal de tratamiento de adicciones.
- Comparar un proceso tradicional con el de los tribunales de drogas.
- Analizar las ventajas de la aplicación de los Tribunales de Tratamiento de Adicciones.
- Realizar un estudio piloto sobre consumo de drogas y delincuencia en un Centro de Reinserción Social del estado.
- Proponer el diseño e implementación de un tribunal de este tipo en Puebla.
- Señalar las labores de trabajo específicas a realizar por la criminología dentro del tribunal para el tratamiento de las adicciones.

La hipótesis de esta investigación propone que los tribunales de tratamiento de adicciones representan la oportunidad de innovar en materia de medidas alternas a la prisión para personas cuyo comportamiento delictivo tiene como causa principal el consumo de sustancias, por lo tanto es factible el diseño e implementación de un tribunal de este tipo en el estado de Puebla donde se resalten las áreas de oportunidad para la criminología.

La metodología de la presente investigación es de tipo documental, ya que se ha llevado a cabo una amplia revisión de la literatura concerniente a las teorías que describen la relación entre la dependencia de sustancias y el comportamiento delictivo así como la estructura y operación de los tribunales para el tratamiento de las adicciones a nivel mundial y en México. Además, se realizó un estudio piloto sobre consumo de sustancias y delincuencia en uno de los Centros de Reinserción Social en el Estado de Puebla, a través de la revisión de expedientes y una entrevista semiestructurada a

internos que se encuentran cumpliendo una sentencia. El análisis de los resultados se empleó para fundamentar la propuesta de creación de un TTA.

La estructura de esta tesis está constituida por tres capítulos. En el primero, se analiza la relación entre consumo de sustancias y comportamiento delictivo. Se ofrece un panorama estadístico del consumo de drogas lícitas e ilícitas y el uso de drogas en población carcelaria, lo anterior en el contexto mundial y nacional. De igual manera, se hace una revisión de la metodología I-ADAM, la cual constituye un referente en cuanto al monitoreo de la prevalencia y tipo de consumo de drogas como cocaína, marihuana y metanfetaminas en personas que han cometido un delito. Posteriormente, se estudian las consecuencias del consumo sobre el comportamiento violento y delictivo, analizando los efectos neurológicos, psicológicos y sociales, así como los trastornos asociados con el consumo de sustancias nocivas. Finalmente, se exponen la teorías que explican la relación entre consumo de drogas y delito.

El segundo capítulo, describe el componente teórico de los tribunales de tratamiento de adicciones. Se presenta una revisión de la historia de las cortes de drogas, se explica a detalle en qué consiste un tribunal de este tipo, los elementos clave y los principios que relacionan a este modelo con la justicia terapéutica. En el mismo sentido, se expone el contexto legal y de aplicación de los tribunales en México, las fases del tratamiento y el programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas. Para terminar, consideramos importante mencionar las ventajas y desafíos de los tribunales de tratamiento para las adicciones.

Por último, en el tercer capítulo se plantea la propuesta del tribunal de adicciones en Puebla y el papel de la criminología en el mismo. Se incluyen los resultados del estudio piloto llevado a cabo en el Centro de Reinserción Social de Puebla y los de otros estudios similares. En la misma línea, se presenta el modelo de TTA en Puebla, considerando los aspectos necesarios para su operación en el estado. Como último punto, se abordan los aportes de la criminología a los tribunales para el tratamiento de adicciones, destacando las áreas de oportunidad dentro de los mismos.

De manera personal, esta tesis ha representado un desafío frente a la mente de aquellos que se resisten a creer que la criminología es más que el clásico presupuesto de estudiar por qué las personas cometen delitos y que la cárcel es la única forma de lograr la reinserción social de los individuos que se han visto inmersos en un hecho delictivo. El interés por investigar sobre este tema surge a partir de la oportunidad que tuve de realizar mi servicio social y práctica profesional en el Poder Judicial del Estado, dentro de las actividades llevadas a cabo en el marco del II Congreso Iberoamericano de Justicia Terapéutica, celebrado en nuestro estado en diciembre de 2014.

Así descubrí las cortes de resolución de problemas y todas sus formas de aplicación. Fueron las *Drug Courts* (término original en inglés, que en español significa “Tribunal para el tratamiento de las adicciones”) las que me generaron una gran curiosidad. Al estudiar más sobre este modelo, descubrí que se habían logrado muchos avances en otros países y que la criminología estaba muy bien posicionada dentro de los tribunales e incluso en las etapas previas a su implementación. Gracias a esto, entendí que además de representar una alternativa al encarcelamiento, los juzgados de drogas ofrecían una oportunidad para la aplicación del conocimiento criminológico.

Es una gran motivación que el modelo haya comenzado su expansión en nuestro país. Los tribunales merecen más atención por parte de las autoridades judiciales y el sistema de salud pues brindan una oportunidad única para las personas cuyos delitos no son considerados graves. Se ofrece una perspectiva diferente de tratamiento y rehabilitación, donde se consideran todos los aspectos que han participado en la conducta de estos individuos, haciendo énfasis en la adicción e integrando todos los recursos disponibles para su reinserción.

Me gustaría mencionar también que cuando acudí a las instalaciones del CERESO de Puebla tuve una de las experiencias más enriquecedoras académicamente, pero también enfrenté la realidad de ver expedientes incompletos y dictámenes que no permiten diferenciar unos internos de otros, lo cual me ayudó a comprender que es necesario recurrir a los medios posibles para evitar que aquellos que tienen otras posibilidades de cumplir la sentencia impuesta lo hagan fuera del internamiento.

Para finalizar, esta tesis constituye uno de los primeros antecedentes en cuanto a la investigación académica sobre el tema en nuestro país. Este trabajo puede funcionar como marco conceptual para el diseño de políticas públicas en materia de tratamiento de adicciones dentro del sistema de justicia. Se abarcaron los aspectos planteados desde el objetivo general y se cumplió principalmente con el propósito de ubicar a Puebla como candidato para la implementación de un tribunal para el tratamiento de las adicciones que cuente con profesionales de la criminología.

Este proyecto de investigación es un llamado desde la academia para quienes tienen la posibilidad de tomar decisiones en niveles superiores, con la finalidad de proponer estrategias que contribuyan al bienestar de las personas que desafortunadamente están involucradas en procesos judiciales y merecen alternativas al encarcelamiento, al logro de la superación de su adicción y a su retorno a una vida productiva.

Capítulo 1. Consumo de sustancias y comportamiento delictivo

1.1 Panorama general del consumo de drogas lícitas e ilícitas

1.1.1 Contexto internacional

De acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas, se estima que alrededor de 246 millones de personas o 1 de cada 20 de edades comprendidas entre los 15 y 64 años consumieron alguna droga ilícita durante el 2013 a nivel global, asimismo el número de muertes relacionadas con las drogas durante el mismo año fue de aproximadamente 187,100 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -UNODC-, 2015). El mercado de los estupefacientes ha encontrado nuevas rutas de ingreso y distribución que facilitan la utilización entre la población cada vez más joven.

Por otro lado, el consumo de opioides constituye el más problemático a nivel mundial, seguido por el uso de cannabis que representa la mayor preocupación en América Latina y el Caribe. El empleo de opioides entre la población adulta mundial se encuentra en cerca de .7% esto es, 32.4 millones de usuarios (UNODC, 2015). Por ejemplo, en países como Estados Unidos existe una prevalencia de consumo de 3.8% con relación a la media mundial, además en esta región se ha dado un desplazamiento del consumo de heroína.

En cuanto al uso de la cocaína, existen alrededor de 17 millones de usuarios en todo el mundo. Los mercados más importantes de esta droga se encuentran en territorio de Europa occidental y central, así como en América del norte y del sur (UNODC, 2015). El cannabis continúa siendo la droga de mayor uso, existen alrededor de 181.8 millones de consumidores mundialmente de entre 15 y 64 años. En las américas, el problema se concentra especialmente en América del Norte con una prevalencia anual de uso de 11.6% entre la población de la misma edad. Estados Unidos y México representan la mayoría de este consumo (UNODC, 2015).

Las drogas sintéticas como los estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas se han diversificado, particularmente el uso de éxtasis se calcula en 18.8 millones de consumidores globalmente, aunado a los 33.9 millones de usuarios de anfetaminas y estimulantes de prescripción. En este sentido, las metanfetaminas

dominan el mercado de drogas sintéticas, concentrando las mayores incautaciones en Asia oriental y sudoriental (UNODC, 2015). Distintos países han reportado que existen variaciones de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP); en 2014, 95 países informaron a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito la existencia de un total de 541 NSP. Las nuevas sustancias psicoactivas reportadas fueron los cannabinoides sintéticos (39%), fenetilaminas (18%) y catinonas sintéticas (15%) (UNODC, 2015).

Con relación al uso de alcohol, en el año 2010 se consumieron a nivel mundial 6.2 litros de alcohol puro por personas de 15 o más años, lo cual se traduce en 13.5 gramos de alcohol puro por día (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014). En lo que respecta a las tasas de consumo más elevadas, éstas se encuentran en los países desarrollados, particularmente en las Regiones Europea y de las Américas; seguidas por la Región del Pacífico Occidental y la Región Africana que presentan niveles intermedios de consumo, mientras que los niveles más bajos se localizan en el Sudeste de Asia y, específicamente en la Región del Mediterráneo Oriental (OMS, 2014).

Las cifras anteriores ilustran la situación actual del consumo de sustancias alrededor del mundo, enseguida se presenta la perspectiva específica de la Región de las Américas a fin de ubicar posteriormente el panorama de nuestro país.

1.1.2 Región de las Américas

En lo relativo al uso de drogas ilícitas en la población general dentro de la región de las Américas, el consumo de opioides permanece con niveles altos en América del Norte, con un 3.8% (UNODC, 2015). Por ejemplo, en Canadá, los analgésicos opioides son la sustancia más comúnmente utilizada entre las personas mayores de 15 años, con una prevalencia de último año de consumo de 16.9% (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), 2015).

Con respecto al uso de Marihuana, países como Canadá y Estados Unidos registran los mayores índices de consumo donde el uso alguna vez en la vida supera el 40% en comparación con otros lugares como Chile y Uruguay donde la prevalencia es de alrededor del 20% (CICAD, 2015). Mientras tanto, la prevalencia de consumo de último año de cocaína en las Américas, varía entre regiones, de acuerdo con los datos

registrados por el Informe del uso de drogas en las Américas, de la región Sur; Uruguay presenta aproximadamente 2% de prevalencia de consumo, en comparación con América del Norte donde Estados Unidos y Canadá muestran índices cercanos al 1.5% y 1.3% respectivamente (CICAD, 2015).

En cuanto a los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) América del Norte es uno de los mercados más productivos, especialmente por la fabricación de metanfetaminas en Estados Unidos y México. En lo que concierne al uso del éxtasis, que forma parte de este tipo de drogas, a nivel de la prevalencia de vida, Estados Unidos y Canadá tienen los niveles más altos con 6.8% y 5.3% cada uno, estas tasas se encuentran muy por encima de países como Uruguay con 1.5%, Colombia y Barbados con .7%, Venezuela con .6%, Belice con .5% o Chile con .4% (CICAD, 2015).

En términos de consumo problemático de alcohol¹, Uruguay muestra la mayor prevalencia de uso durante el último año, pero cuenta con una de las tasas más bajas de consumo riesgoso. En otros países como Colombia más del 20% de personas que consumieron alcohol cumplen con los rasgos de consumo riesgoso, Argentina presenta tasas de más del 10%, caso contrario a Chile que refleja un consumo riesgoso² por debajo del 10% (CICAD, 2015).

1.1.3 México

Según la Encuesta Nacional de Adicciones, la prevalencia del consumo de drogas ilegales en población de 12 a 65 años es de 1.5%, la marihuana es la de mayor uso con 1.2%, seguida de la cocaína con .5%. Mientras tanto, la región Norte tiene las prevalencias más altas de consumo de cualquier droga ilegal (2.3%), en cambio la región centro muestra un 1.3% mientras que la región sur 1.1% (ENA, 2012). Es importante mencionar que de las personas dependientes de algún tipo de sustancia en el último año, el 18.4% de esta población ha asistido a tratamiento, lo cual refleja la necesidad de

¹ El consumo problemático de alcohol se refiere a “un patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales. Un bebedor problemático es una persona que ha sufrido problemas de salud o sociales a causa de la bebida” (Organización Mundial de la Salud, 1994).

² Término empleado como equivalente de consumo problemático.

implementar programas de intervención para que más individuos que presentan una adicción acudan a los servicios de salud para su recuperación.

En lo que respecta al consumo de alcohol, la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida entre la población de 12 a 65 años es de 71.3%, la prevalencia de los últimos doce meses representa un 51.4% y en el último mes es de 31.6%. Con relación a las bebidas que prefieren los usuarios, en primer lugar se encuentra la cerveza, después los destilados y finalmente los vinos de mesa (ENA, 2012). Por otro lado, la tendencia de la edad de inicio demuestra que el 55.2% de la población consumió por primera vez a los 17 años o menos, 38.9% entre los 18 y los 25 años, en último lugar el 5.9% lo hizo entre los 26 y 65 años (ENA, 2012).

Las cifras presentadas hasta este momento constituyen el panorama general del consumo de sustancias lícitas e ilícitas en todo el mundo; es evidente que el uso de drogas obedece a un evento dinámico, particular en cada región del planeta, conforme se descubren nuevos métodos y formas para su producción, los estupefacientes encuentran también rutas de distribución para llegar a personas jóvenes, demostrando que la prevención del consumo de drogas debe ser prioritario para los gobiernos de todos los países.

1.1.4 Uso de drogas en población carcelaria

Resulta relevante aclarar que existen dos formas de relación entre el consumo de drogas y delincuencia, la primera con respecto a las personas en privación de libertad por la comisión de uno o varios delitos, es decir, aquéllas que se encuentran en centros de reinserción social y que son usuarias de algún tipo de droga. En segundo lugar, la población que ha cometido una conducta delictiva y que al momento de realizarla estaba bajo el efecto de alguna sustancia. En ambos casos la información es escasa, situación que provoca desconocimiento; sin embargo, las cifras disponibles indican una importante correlación y evidencian la problemática actual tanto de las prisiones como de las personas sentenciadas por delitos.

1.1.5 Consumo de sustancias en cárceles a nivel mundial

La cárcel representa un ambiente de alto riesgo para el consumo de drogas, según datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, el cannabis es la droga de mayor uso entre la población carcelaria; además, un tercio de los prisioneros ha usado alguna droga al menos una vez durante el encarcelamiento. Como consecuencia del uso de sustancias en condiciones inseguras existen altos índices de enfermedades infecciosas, particularmente VIH, hepatitis C o tuberculosis, esto derivado del uso de drogas inyectadas (UNODC, 2015).

La media estimada de la proporción de personas en prisión que han usado heroína en algún punto mientras están encarcelados es de 10.1%, mientras que 5% reporta el uso dentro del año pasado y 2.4% indica como uso reciente el mes anterior. En Europa, cuatro países reportaron niveles por encima del 10% en relación al uso de drogas inyectadas como la heroína (UNODC, 2015). De acuerdo con un estudio realizado en British Columbia, Canadá, 21% de los internos señaló el uso de drogas inyectadas durante su estancia en la cárcel, en Australia el porcentaje es de 23% de población reclusa en la misma situación, mientras que en Bangkok 39% de internos hombres manifestaron inyectarse drogas en prisión (UNODC, 2015).

1.1.6 América Latina y México

Por otro lado, en países de América Latina también se ha reportado el consumo de sustancias en población carcelaria y detenidos recientes. En Argentina, 6.4 de cada 10 internos consumieron alguna sustancia ilícita alguna vez en la vida, mientras que el 5.1% usó drogas inyectables dentro del mismo periodo de tiempo. Chile registra que el 83% de la población penal ha probado marihuana alguna vez en la vida, y el 57% y 56% ha utilizado cocaína o pasta base respectivamente. En Colombia se observa que la prevalencia de consumo en la vida de drogas ilegales, es de 37.6%. Además, en este país la población interna presentó altas tasas de consumo de marihuana, cocaína, bazuco y benzodiazepinas durante el último año antes de ingresar a prisión. En cuanto a Ecuador, las drogas ilícitas con mayor prevalencia de vida en población privada de libertad son marihuana (28.4%), cocaína (10.8%) y pasta base (10.6%). Finalmente, las cifras reportadas en Uruguay son de 80% respecto a la población carcelaria que ha

experimentado alguna vez con drogas ilegales; la marihuana, cocaína y pasta base poseen las mayores prevalencias de vida con 74.1%, 51.4% y 46.3% respectivamente (UNODC & CICAD, 2010).

En nuestro país, de acuerdo con la Tercera Encuesta a Población en Reclusión en el Distrito Federal y el Estado de México, el porcentaje de internos que afirmaron haber consumido alcohol y/o drogas durante el último mes fue del 15% en el Distrito Federal y del 9% en el Estado de México (Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), 2009).

Otro ejemplo, es el estudio realizado en el CERESO de Ciudad Juárez, Chihuahua, donde se investigó principalmente el uso de drogas ilícitas como la heroína en una muestra de 1151 participantes, encontrándose que la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida fue de 69.8%, y de ellos el 26.4% reportó el consumo de heroína los últimos seis meses previos a la entrevista (Cravioto, Medina-Mora, De la Rosa, Galván, & Tapia-Conyer, 2003).

La Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social reporta que el 85.9% de internos encuestados respondió que alguna vez en la vida consumió alcohol, 68% dijo haber consumido tabaco, 40.1% utilizó cocaína, 53.1% marihuana, 14.5% metanfetaminas o éxtasis, 9.7% alguna vez consumió inhalantes y 4% heroína. Otra variable relevante dentro de este estudio fue el consumo de drogas en la institución penitenciaria, concretamente 36% de los internos en el Altiplano, 46% en Occidente, 20% en Norponiente, 56% en Islas y 34% en Rehilete, señalaron que sí se consumen drogas en el CEFERESO (CIDE, 2012).

1.1.7 Metodología I-ADAM

En lo relativo al consumo de sustancias en personas que han cometido un delito, existe una metodología a nivel mundial que permite la evaluación de quienes han sido arrestados posteriormente a la agresión. El *International Arrestee Drug Abuse Monitoring* (I-ADAM por sus siglas en inglés), es un programa desarrollado y operado por el Instituto Nacional de Justicia de los Estados Unidos. Sus orígenes se remontan a mediados de los años ochenta, esta metodología monitorea la prevalencia y tipo de consumo de drogas

como cocaína, heroína, marihuana y metanfetaminas. I-ADAM provee una base estandarizada para los países que la han adoptado, lo anterior para coordinar políticas de drogas y establecer una cooperación multilateral.

Las investigaciones realizadas usando este programa han servido para desarrollar estimaciones en cuanto a la relación entre drogas y delito, fuentes de ingreso ilegal para los detenidos, dependencia a las drogas, tratamiento para abuso de sustancias, la dinámica del mercado de las drogas y algunos aspectos sobre la salud pública relacionados con las consecuencias del consumo de sustancias. La metodología I-ADAM fue diseñada para proporcionar una plataforma de investigación internacional para estudiar la relación entre drogas y delito, así como otros problemas sociales.

El programa es una colaboración entre los gobiernos y organizaciones dedicadas a la investigación. Todos los países que han participado han sido operados por fondos locales. Desde su creación, el I-ADAM ha sido diseñado como un sistema de vigilancia internacional estandarizada con instrumentos, muestras, capacitación y otros protocolos similares. Sus componentes principales son entrevistas voluntarias, anónimas y confidenciales y medidas estandarizadas (Taylor, 2002). Esta metodología ha sido aplicada en países como Australia, Chile, Inglaterra, Malasia, Holanda, Escocia, Sudáfrica y Estados Unidos.

La metodología I-ADAM tiene dos modalidades para realizar estudios. La primera consiste en seleccionar los casos mediante muestras probabilísticas, mientras que la segunda utiliza censos en población carcelaria durante un periodo de tiempo determinado. Por ejemplo, en el caso de Chile, su investigación tomó como referencia la segunda modalidad. El equipo de trabajo de este país, consideró a los detenidos en flagrancia por los delitos de mayor connotación social, delitos de tráfico y consumo establecidos en su ley de drogas; y por delitos de amenazas, lesiones y maltrato habitual, contemplados en la ley de violencia intrafamiliar que fueron trasladados a las comisarías de la Fiscalía Regional Metropolitana Sur (Cárcamo, 2011).

Con relación al procedimiento que sigue la metodología I-ADAM, éste consiste en la aplicación de un cuestionario de tipo auto reporte y la toma de una muestra de orina

como medida objetiva del consumo. En cuanto al instrumento utilizado, éste es una adaptación del ADAM empleado en Estados Unidos; cuenta con 46 preguntas divididas entre los siguientes aspectos: datos sobre el lugar de aplicación, antecedentes del detenido, consentimiento, entrevista y resultado de la prueba de orina. En lo que respecta a esta última, se utiliza un test de screening que mide el consumo de tres sustancias: marihuana, cocaína y metanfetaminas (Cárcamo, 2011).

1.1.8 Resultados del programa I-ADAM a nivel internacional

Australia (Programa DUMA)

El primer estudio piloto llevado a cabo en este país fue en 1999, desde entonces y hasta el 2014 se han entrevistado a más de 50,000 detenidos; los datos más recientes corresponden al periodo 2013-2014. En lo que respecta a los resultados del análisis de orina, un total de 1551 detenidos accedió a proveer la muestra, de los cuales 73% resultó positivo para el uso de al menos un tipo de droga. Las drogas detectadas fueron: cannabis (46%), anfetaminas (37%), metanfetaminas (34%), benzodiacepinas (24%), opioides (20%) y cocaína (2%). Con relación al uso de alcohol, 41% de los arrestados reportó consumirlo en las 48 horas previas a la detención. Dentro de las variables consideradas en el estudio se encuentra la posible relación que tuvo el haber consumido alguna droga con el delito cometido, así se tiene que el 45% de los detenidos afirmó que el uso de sustancias fue un factor contribuyente para ser arrestado (Coghlan, Gannoni, Goldsmid, Patterson, & Willis, 2015).

Estados Unidos (ADAM, ADAM II)

Como se mencionó anteriormente, el Instituto Nacional de Justicia de los Estados Unidos fue el encargado de comenzar el diseño y aplicación de la metodología ADAM en el país. A partir del año 2000 y hasta el 2013 se han administrado entrevistas y pruebas de orina en alrededor de 35 condados estadounidenses, en el año 2003 debido a problemas presupuestales el programa fue suspendido. Cuatro años después, en el 2007 la Oficina Nacional de Políticas para el Control de la Droga reconoció la relevancia de esta investigación y retomó las directrices para empezar una nueva aplicación, ahora en 10 sitios. Los datos más recientes corresponden a lo obtenido durante el periodo 2012-

2013 en 5 zonas; las ciudades que participaron son: Atlanta, Chicago, Denver, Manhattan y Sacramento.

En la etapa ADAM II (2013), 63% de los detenidos en Atlanta y 83% en Chicago resultaron positivos por tener al menos una droga en su sistema al momento del arresto. La droga que se ha mantenido como la más detectada es la marihuana, con 34% de arrestados en Atlanta y 59% en Sacramento. La cocaína es la segunda droga más consumida entre esta población, a pesar de esto en Nueva York y Chicago se registró un descenso en el consumo pasando de 52% y 50% respectivamente en el año 2000 a 24% para Chicago y 32% en Nueva York durante el 2013. Por otro lado, Atlanta, Denver y Sacramento muestran un aumento en cuanto al uso de heroína y otros opioides, este último con cifras de 3% (2000), 6% (2007) y 18% (2013). Con relación a las metanfetaminas, 51% de los detenidos fue positivo para su consumo en Sacramento. Mientras que en Denver se registró un incremento significativo para esta droga, al pasar del 3% en el año 2000 a 16% en el 2013 (Office of National Drug Control Policy, 2014).

Inglaterra y Gales (Programa NEW-ADAM)

Ambos países reportan datos que van del año 1999 al 2002, período en el cual se aplicó la metodología ADAM en 16 sitios de custodia policial. El primer año fueron evaluados 8 sitios, el segundo año los 8 restantes y por último el tercer año de nuevo los primeros ocho. Lo anterior, permite comparar los resultados obtenidos el primer y tercer año de la aplicación. Dentro de las cifras más relevantes se encontró que en ambas etapas del estudio el 65% de los arrestados testeó positivo para el uso de cualquier droga. La proporción que resultó positiva por opioides y/o cocaína incrementó significativamente del 29% (año 1) al 35% (año 3) a través de los ocho sitios. En lo relativo al consumo reciente, hubo un decremento promedio del 60% (año 1) al 57% (año 3) de arrestados que reportaron usar una o más drogas ilícitas en los 3 días previos a la detención. Con relación a los delitos contra la propiedad, la cantidad de usuarios de heroína, cocaína y crack que indicaron haber cometido uno o más delitos de este tipo fue del 92% (año 1) y 85% (año 3), observando una disminución significativa (Holloway, Bennett, & Lower, 2004).

Sudáfrica (SA-ADAM)

En esta región, el estudio fue hecho en tres sitios que incluyeron nueve estaciones de policía. Se entrevistaron 970 detenidos de los cuales 878 accedieron a dar la muestra de orina. De esa manera, se obtuvo que 48.6% resultó positivo para cualquier tipo de droga, asimismo 77% de los arrestados por el delito de allanamiento de morada consumieron al menos una droga, mostrando alta prevalencia (70.8%) para la *Dagga* (marihuana) y para el *Mandrax* (56.3%) que es una combinación de metacualona y antihistamínicos. Por otro lado, entre los detenidos por delitos relacionados con alcohol y/o drogas -que incluye tráfico o posesión de las mismas y conducir en estado de ebriedad- 70.9% fue positivo al menos para una droga. Finalmente, entre los arrestados por homicidio o intento de homicidio se encontró que 7% había consumido cocaína (Niekerk et al., 2002).

Los datos anteriores sugieren que la posible relación entre consumo de sustancias y comportamiento delictivo puede ser medida a través de una metodología específica. En algunos países, a través de varios años se recogieron muestras de orina y entrevistas lo cual permitió comparar las cifras obtenidas entre cada año. Australia, por ejemplo, es uno de los pocos países que continúa este tipo de proyectos. Vale la pena mencionar que en esta región la investigación es coordinada por el Instituto Australiano de Criminología, al igual que en Inglaterra y Gales donde participaron académicos del Instituto de Criminología de la Universidad de Cambridge. Por consiguiente, debemos reflexionar sobre el papel que las y los profesionales de la Criminología pueden desarrollar en este tipo de programas, visualizando un nuevo campo de actuación dentro de la investigación científica-social.

1.1.9 Panorama de América Latina

En lo relativo a esta región, Chile es el único país Latinoamericano que ha llevado a cabo investigaciones con la metodología I-ADAM. Lo anterior no significa que otros países no proporcionen datos en cuanto al consumo de sustancias en población privada de libertad o detenidos recientes. De hecho, países como Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Uruguay realizaron estudios para analizar tres variables importantes: la proporción de internos que practican el consumo de drogas, los detenidos

recientes que habían usado sustancias y las fracciones atribuibles al delito, es decir, el número de actos delictivos que se encuentran estrechamente relacionados con el uso de drogas.

Argentina

En el año 2009, se llevó a cabo el “Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Relación con la Comisión de Delitos en Población Privada de Libertad”. De éste se concluye que el 64% de la población declaró haber consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida. La marihuana y cocaína son las más consumidas con una prevalencia de 56% y 49% respectivamente. En lo que concierne a las fracciones atribuibles al delito, el mayor porcentaje lo representan los delitos contra la vida y la propiedad con el 28% de los casos cuyos responsables se encontraban bajo los efectos de alcohol o drogas ilícitas. Con relación a los homicidios, el 3.8% fueron cometidos en el contexto de compra-venta de drogas mientras que 3.5% estuvo relacionado con la búsqueda de dinero para comprar drogas. En lo relativo a los delitos contra la propiedad, 19.5% de los delincuentes estaba bajo el efecto de alguna droga, en comparación con el 14.4% cuyo móvil fue la búsqueda de dinero para adquirir sustancias ilegales (UNODC & CICAD, 2010).

Colombia

En este país se realizó el estudio “Fracciones Atribuibles en las Relaciones Droga-Crimen en la Población de Condenados en Establecimientos del INPEC” en el 2005. El alcohol aparece aquí como la droga de mayor relación con el delito, de esta manera el 32% de entrevistados mencionó haber consumido alcohol el mismo día de haber cometido el delito, seguido por 27% que consumió marihuana y 12% cocaína. En cuanto al tipo de delito y su relación directa con alguna droga, el 80% de los casos de homicidio están relacionados con el alcohol. La marihuana se encontró asociada con más del 40% de los casos de hurto simple y agravado. Por otra parte, la cocaína se relaciona con la mitad de los casos de secuestro extorsivo (UNODC & CICAD, 2010).

Chile

Como se mencionó anteriormente, Chile ha llevado a cabo desde el 2005 la aplicación de la metodología I-ADAM de la cual hemos hablado previamente. Los datos

más recientes corresponden a los publicados en el año 2013, es importante recordar que se trata de resultados obtenidos a través del estudio en detenidos recientes, es decir, en flagrancia. Se contemplan delitos de la ley de drogas, delitos de mayor connotación social y violencia intrafamiliar.

A saber, de los 773 detenidos que proporcionaron la muestra de orina, 63.4% resultó positivo para alguna de las 3 drogas que se analizan, estas son marihuana, cocaína y/o metanfetaminas. Respecto a la droga que registró mayor consumo se trata de la cocaína con el 52.2% de las muestras positivas para esta sustancia, seguida de la marihuana con 34.9%, mientras que ninguna prueba dio positivo para metanfetaminas. De acuerdo con el tipo de delito, son aquéllos registrados por la ley de drogas los que cuentan con niveles mayores de consumo para cualquiera de los 3 tipos de drogas analizadas (90.3%), el grupo de detenidos por Delitos de Mayor Connotación Social (robos, hurtos, lesiones, violaciones, homicidios) presenta un 68.7% de muestras positivas en comparación con el 38.4% de los arrestados por violencia intrafamiliar (Fundación Paz Ciudadana, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), 2013).

En lo que respecta a las fracciones atribuibles al delito³, en el 2007 se realizó el “Estudio Nacional de Drogas en Población Penal, CONACE y Gendarmería de Chile”. Los resultados obtenidos muestran que al menos 42% de los delitos cometidos por la población penal están relacionados con el uso de drogas, si se agrega el consumo de alcohol la cifra asciende a 52%. Cuando se trata de delitos contra la propiedad, encontramos que el 38% de éstos se relaciona con drogas, sucede lo mismo con el 36% del robo con violencia. En cuanto a los delitos violentos, el 45% de los homicidios tiene relación con el consumo de alcohol al igual que el 36% de agresiones sexuales, en comparación con el 18% de estos delitos cometidos bajo los efectos de alguna droga ilícita y el 22% en el caso de homicidios (UNODC & CICAD, 2010).

³ Se refiere al número de delitos cuya causa subyacente es el consumo de sustancias.

Costa Rica

La investigación efectuada en este país, corresponde a una muestra de 100 mujeres entrevistadas en un centro penal de la región. De los datos más relevantes surge que las sustancias con mayor consumo dentro de la cárcel son: tabaco (48.4%), crack (42%), marihuana (40.9%) y cocaína (40.7%). Los resultados también muestran que el 80% de las internas indicaron que no habrían cometido el delito de no haberse dado la influencia de alguna droga, además el 20% señaló que el efecto de alguna sustancia le dio ánimo para cometer el delito, por otro lado 50% refirió que el delito fue realizado con la finalidad de obtener droga para consumirla (Instituto Costarricense sobre Drogas, 2014).

Uruguay

El estudio “Consumo de Drogas en Detenidos Recientes” muestra que 18% de los detenidos declaró haber consumido marihuana en los tres días previos al arresto, 8.5% consumió pasta base y 2.2% cocaína. Por otro lado, casi 45% de esta población señaló ingerir alcohol los 3 días previos a su detención mientras que 22% lo hizo al momento de cometer el delito por el cual fue recluido. En el caso de las pruebas toxicológicas 4 de cada 10 personas arrestadas registró consumo de alguna sustancia psicoactiva, se observa que el 24% de aquéllos utilizaron cocaína, 28% marihuana y 27% alcohol (UNODC & CICAD, 2010).

México

Se ha mencionado anteriormente la escasez de investigaciones en nuestro país respecto al consumo de sustancias ya sea en detenidos recientes o población privada de libertad. En algunos Estados, se han llevado a cabo estudios que permiten tener un panorama sobre datos concernientes a lo que sucede dentro de las cárceles en este sentido. Sin embargo, es prácticamente nulo el conocimiento dirigido a encontrar la relación que tienen tanto el alcohol como las drogas ilícitas en su papel de factores de riesgo para la comisión de conductas antisociales y delictivas. Hemos presentado previamente algunos resultados encontrados en Chihuahua y el Estado de México, los cuales se refieren al consumo dentro de los centros de reinserción.

Bajo esta perspectiva, la Tercera Encuesta a Población en Reclusión en el Distrito Federal y el Estado de México muestra que 35.8% de los internos dijo haber consumido alcohol o drogas por lo menos seis horas antes de cometer el delito (Azaola & Bergman, 2009). Por otro lado, en un estudio realizado a 200 internas del Centro de Rehabilitación Social del Estado de Morelos, donde el consumo de drogas se reportó en 71% de la población, las drogas más consumidas fueron: analgésicos (40.5%), cocaína (9.5%) y tranquilizantes (7%) (Martínez, Carabaza, & Hernández, 2008).

En Puebla, la Dirección General de Ejecución de Sanciones y Medidas presentó estadísticas relacionadas con el consumo de sustancias y la comisión de delitos en las diferentes zonas del estado⁴. De acuerdo con Durán y Avendaño (2016), de una muestra de 643 internos quienes se encuentran en los distintos Centros de Reinserción Social del Estado de Puebla, 227 cometieron el delito bajo los efectos de la intoxicación, dentro de las drogas consumidas se encuentran el alcohol, la marihuana, la cocaína, la heroína y el uso combinado de varias sustancias.

1.2 Consecuencias del consumo sobre el comportamiento violento y delictivo

1.2.1 Efectos neurológicos, psicológicos y sociales

Es de vital importancia mencionar que el consumo y comportamiento de cada individuo está influenciado por factores psicosociales, por lo que su estudio no se debe limitar sólo a los aspectos que rodean al consumo, sino también considerar variables como el ambiente, la familia, condiciones biológicas, el grado de exposición a la violencia, patrones de comportamiento y estilo de vida (Chermack & Giancola, 1997, citados por Boles & Miotto, 2003).

En el campo de la neurobiología de la violencia y el uso de drogas, ésta manifiesta que los diversos efectos sobre la conducta tienen origen a nivel cerebral. Por ejemplo, neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y la norepinefrina tienen un papel importante en este proceso ya que bajos niveles de serotonina se correlacionan con la violencia; además, drogas como la cocaína, el alcohol y las anfetaminas producen un

⁴ En el capítulo tres se exponen con mayor detalle los resultados encontrados en esta investigación.

exceso de transmisores seguido por un estado de agotamiento que ha sido asociado con cambios de humor que pueden desarrollar la agresión (Boles & Miotto, 2003).

Hammersley y Morrison (1987) mencionan que “el uso simultáneo de múltiples drogas podría incrementar la intoxicación. Un motivo para creer esto es que la combinación de drogas puede crear metabolitos únicos que están ausentes cuando las drogas son usadas individualmente” (citados por Bennett & Holloway, 2005, p. 67).

Además, Pennings et al. (2002) argumentan que:

Ha habido muchas teorías sobre el posible mecanismo por el cual la combinación de alcohol y cocaína podría llevar a mayor violencia que cualquier otra droga por sí misma. Estas teorías incluyen la idea de que el alcohol y la cocaína elevan los niveles de serotonina y dopamina extraneuronal, lo cual podría llevar a déficits en el control de impulsos y a un comportamiento violento (citados por Bennett & Holloway, 2005, p. 68).

Boles y Miotto (2001) expresan que:

La violencia ocurre en varias fases del uso de drogas incluyendo la intoxicación aguda, el comportamiento de búsqueda de drogas asociado con la abstinencia y episodios de psicosis y paranoia inducidas por drogas, asociadas frecuentemente con el uso de estimulantes. La intoxicación aguda, mayormente notable con el alcohol, causa conducta desinhibida y lleva a la agresión en personas propensas al comportamiento violento. En adición, la agresión inducida por sustancias durante la intoxicación puede ocurrir en usuarios dependientes y no dependientes (p. 160).

Por otro lado, Hoake et al. (2012), indican que otra alteración por consumo agudo de alcohol, recae sobre las funciones ejecutivas (relacionadas con la planificación, ejecución e inhibición de la conducta), mismas que han sido vinculadas como

moderadoras y mediadoras de la relación alcohol-agresión. Al consumir dosis altas o moderadas de alcohol se distorsionan funciones como la inhibición o el autocontrol, lo cual supone mayor probabilidad de implicarse en acciones violentas o delictivas.

1.2.2 Trastornos asociados con el consumo de sustancias nocivas

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión de la Organización Mundial de la Salud, indica que los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas son aquellos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo no perjudicial hasta cuadros psicóticos y demencia. La característica principal es que son secundarios al consumo de una o más sustancias. A continuación se describen los trastornos mentales y del comportamiento derivados del consumo de múltiples drogas (Tabla 1).

Tabla 1

Trastornos mentales y del comportamiento derivados del consumo de drogas

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)			
Trastorno	Características	Pautas para el diagnóstico	Incluye
Intoxicación aguda	Estado transitorio consecutivo a la ingesta de sustancias psicotropas o alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, cognición, percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.	Suele estar en relación con la dosis de la sustancia. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo. La recuperación es completa, excepto cuando el tejido cerebral está dañado o por otra complicación.	Embriaguez aguda en alcoholismo. "Mal viaje" debido a drogas alucinógenas. Embriaguez sin especificación. Variantes: No complicada Con traumatismo o lesión corporal Con otra complicación médica: delirium, distorsiones de la percepción, coma, convulsiones. Intoxicación patológica (sólo aplica alcohol): Aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento que no se presenta en el individuo sobrio.
Consumo perjudicial	Forma de consumo que afecta la salud física o mental, como en los casos de trastornos depresivos secundarios al consumo de alcohol.	Requiere que se haya afectado la salud física o mental.	
Síndrome de dependencia	Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas donde el consumo de una droga se convierte en máxima prioridad para el individuo. Su principal característica es el deseo fuerte de ingerir	Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo y otras para poder terminarlo. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia.	En la actualidad en abstinencia. En la actualidad en abstinencia en un medio protegido. En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento. En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes. Con consumo actual de la sustancia. Con consumo continuo.

		<p>sustancias ya sean medicamentos prescritos, alcohol o tabaco.</p>	<p>Tolerancia, es decir, se requiere de un aumento progresivo en la dosis de la sustancia. Abandono progresivo de otras fuentes de placer, a causa del consumo de la sustancia. Persistencia en el consumo a pesar de sus consecuencias perjudiciales.</p>	<p>Con consumo episódico.</p>
Síndrome de abstinencia		<p>Síntomas que se presentan cuando hay abstinencia absoluta o relativa de una sustancia, tras un consumo reiterado. El comienzo y evolución se relacionan con el tipo de sustancia y dosis consumida.</p>	<p>Es un indicador del síndrome de dependencia. Los síntomas somáticos varían con la sustancia. Trastornos como ansiedad, depresión o trastornos del sueño son rasgos de abstinencia. Los enfermos suelen contar que los síntomas desaparecen al consumir nuevamente la sustancia.</p>	<p>No complicado Con convulsiones</p>
Síndrome de abstinencia delirium	de con	<p>El síndrome de abstinencia se complica con un delirio.</p>	<p>Síntomas típicos como insomnio, temblores y miedo. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado de confusión, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.</p>	<p>Sin convulsiones Con convulsiones</p>

Trastorno psicótico	Se presenta acompañado al consumo de una sustancia o inmediatamente después de haberla consumido. Caracterizado por alucinaciones que pueden afectar más de una modalidad sensorial, falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia, trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales.	Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas). En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.	Alucinosis alcohólica Celotipia alcohólica Paranoia alcohólica Psicosis alcohólica sin especificar Variantes: Esquizofreniforme Con predominio de las ideas delirantes Con predominio de las alucinaciones Con predominio de síntomas polimorfos Con predominio de síntomas depresivos Trastorno psicótico mixto
Síndrome amnésico	Deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes, la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos.	Trastorno de memoria para hechos recientes, trastorno del sentido del tiempo. Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas. Antecedentes o presencia objetiva de consumo crónico de alcohol u otras sustancias.	
Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por	Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo u	La presencia del trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o unas	Con reviviscencias (“flashbacks”): de corta duración y de naturaleza episódica. Trastorno de la personalidad o del comportamiento: cuando se cumplan las pautas de trastorno orgánico de la personalidad.

sustancias psicotropas.	otras sustancias, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.	exageraciones marcadas de las formas de comportamiento previas y normales. El trastorno debe prolongarse más allá del tiempo de duración de los efectos de la sustancia.	Trastorno afectivo residual: cuando se cumplan las pautas del trastorno del humor orgánico. Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas. Otro deterioro cognoscitivo persistente. Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido u otras sustancias psicotropas.
Otros trastornos mentales o del comportamiento	El consumo de una sustancia se identifica como responsable directo del cuadro clínico, pero no se encuentran pautas suficientes para ser incluidos en los trastornos descritos.		

Fuente: Elaboración propia con base en la información contenida en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

Por otro lado, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se hacía una distinción entre los siguientes conceptos (Riquelme, 2015):

- **Abuso:** patrón de consumo “desadaptativo” con repercusión negativa en múltiples campos de funcionamiento del paciente. Se evidencia una carencia en el control del consumo y mantenimiento de la conducta a pesar de las consecuencias negativas. Nunca deben haberse cumplido criterios para dependencia.
- **Dependencia:** patrón de consumo “desadaptativo” con repercusión negativa en múltiples campos de funcionamiento del paciente. Se evidencia una carencia en el control del consumo y mantenimiento de la conducta a pesar de las consecuencias negativas. Presencia de tolerancia y abstinencia.
- **Tolerancia:** el efecto de una misma cantidad de sustancia disminuye con su consumo mantenido, lo cual genera necesidades crecientes de dicha sustancia para conseguir el efecto deseado.
- **Abstinencia:** síndrome característico generado al disminuir o suspender el consumo de la sustancia.

Sin embargo, en la quinta edición se elimina el abuso y la dependencia, quedando sólo el **trastorno relacionado con sustancias**. El diagnóstico de éste se hace cuando se cumplen dos o más síntomas de 11 en un periodo de 12 meses. Asimismo, se establece el nivel de severidad del trastorno, siendo leve (dos a tres criterios), moderado (cuatro a cinco criterios) y severo (seis o más criterios) (Becoña, 2014). La principal característica de este trastorno es un conjunto de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa usando la sustancia a pesar de los problemas significativos que ésta le causa; los siguientes 11 criterios describen su contenido esencial:

1. El individuo puede tomar la droga en cantidades mayores o en períodos más prolongados de tiempo de lo originalmente pretendido.

2. El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia y puede haber un historial de numerosos esfuerzos sin resultados para dejar la droga.
3. Es posible que el sujeto dedique grandes cantidades de tiempo a obtener la sustancia, consumirla y recuperarse de sus efectos.
4. Deseo intenso o necesidad por la droga que puede ocurrir en cualquier momento pero es más probable cuando se encuentra en un ambiente donde la droga fue obtenida o consumida previamente.
5. El uso recurrente de la sustancia puede resultar en el fracaso para completar obligaciones en el trabajo, escuela o en casa.
6. El individuo puede persistir usando la sustancia a pesar de tener problemas recurrentes a nivel social o interpersonal.
7. Actividades sociales ocupacionales o recreacionales pueden ser abandonadas o reducidas debido al uso de la sustancia.
8. Uso recurrente de la sustancia en situaciones que podrían ser físicamente peligrosas.
9. El individuo puede continuar usando la droga a pesar del conocimiento de tener un daño físico o psicológico que está relacionado al consumo de la misma.
10. Tolerancia, caracterizada por la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado.
11. Abstinencia, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia.

Estos criterios pueden ser aplicados para el trastorno por uso de las 11 diferentes drogas legales e ilegales que contempla el manual: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias no conocidas (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2013).

1.2.3 Tipos específicos de conductas violentas causadas por el abuso de sustancias nocivas

Numerosos tipos de drogas están relacionados con la conducta violenta y delictiva, algunos en mayor proporción. Además de las condiciones psicosociales mencionadas con anterioridad, es relevante considerar las características que rodean al consumo, tales como, el tipo de sustancia, frecuencia de uso, cantidad, combinación con otros estupefacientes y patrones de utilización. A continuación, se describirán los hallazgos más destacados de la relación entre la influencia de las drogas más empleadas, así como los efectos que tienen sobre el comportamiento criminal y violento.

“El consumo de alcohol está asociado con un amplio rango de tipos de violencia, incluyendo agresión sexual, violencia familiar y marital, maltrato infantil y suicidio (Testa, 2002; Caetano, Schafer, Fals- Stewart, O’farrell & Miller, 2003; Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards & Giles, 2001; Giner, Carballo, Guija, Sperling, Oquendo, García-Parajua, Sher & Giner, 2007; Modesto-Lowe, Brooks & Ghani, 2006, citados por Hoaken, Hamill, Ross, Hancock, Lau & Tapscott, 2012” (p. 468). Estas acciones se pueden explicar debido a que el alcohol afecta las funciones cognitivas, las cuales están relacionadas con la planificación y ejecución de las acciones, en este caso frente a situaciones amenazantes (Boles & Miotto, 2003).

Dietze et al. (2013) realizaron un estudio para medir el impacto que tiene el consumo de alcohol y drogas inyectadas sobre el bienestar personal, la salud y el crimen. Con una muestra de 688 participantes, utilizaron un cuestionario estructurado (adaptado del modelo AUDIT⁵). Éste, evalúa datos demográficos de los participantes, patrones de uso, adquisición reciente (un mes de antigüedad) y a lo largo de la vida de alcohol y otras drogas, así como las consecuencias sociales y personales del uso de sustancias. En su investigación, encontraron que 64% de la población analizada presentó un consumo de alcohol de moderado a alto riesgo.

⁵ Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001).

Asimismo, Dietze et al. (2013), señalan que “mayores niveles de alcoholismo fueron asociados con elevados índices recientes de sobredosis de heroína, perpetración de crímenes violentos, asistencia hospitalaria y tasas reducidas de promedio de satisfacción de vida” (p. 113). Igualmente, encontraron cinco veces más probabilidad de que los participantes con niveles de consumo de alto riesgo cometieran un crimen violento durante el mes pasado que aquéllos que se mantuvieron en abstinencia, es decir, los resultados fueron consistentes con la hipótesis de que mayores niveles de uso de alcohol pueden generar actividades delictivas.

Bajo esta perspectiva, Haggård-Grann, Hallqvist, Långström y Möller (2006) realizaron una investigación en Suecia, encaminada a estudiar el rol del consumo de alcohol y otras drogas en el desarrollo de la violencia criminal. Se incluyó una muestra de 133 delincuentes violentos que habían cometido cargos específicos de amenaza, ataques, homicidio, incendios provocados, ataques sexuales, robo, violencia dirigida hacia oficiales de la policía, violación de algún derecho de la mujer y secuestro. Mediante una entrevista estructurada se obtuvieron datos sobre información específica del agresor y el delito, exposición al alcohol y a drogas ilegales y drogas psicotrópicas prescritas.

Dentro de los resultados más significativos, Haggård-Grann et al. (2006) encontraron un incremento en el riesgo de cometer violencia durante las 24 horas posteriores al consumo de alcohol, de esta forma, el riesgo de ejecutar un acto criminal violento incrementa entre individuos que habían sido expuestos a los efectos a corto plazo del alcohol. Estos hallazgos, reafirman lo expuesto anteriormente con relación a las secuelas que presentan las personas que han desplegado una conducta delictiva o violenta bajo la influencia de alguna sustancia nociva, por lo cual es necesario prestar atención a esta población de individuos en términos de prevención del consumo de drogas, así como la intervención para aquéllos que ya han cometido dichos actos.

1.3 Teorías que explican la relación entre consumo de drogas y delito

Las principales teorías referentes a la correlación entre uso de drogas y delito ofrecen tres explicaciones: económica, farmacológica y de estilo de vida o sistémica. Es Goldstein (1985) quien realiza los primeros planteamientos sobre este vínculo; analiza desde la aproximación farmacológica que las drogas provocan diversos efectos en el

organismo que pueden llevar a cambios en el comportamiento; desde el aspecto económico explica que las personas que consumen alguna sustancia acuden a cualquier tipo de actos para obtener los medios necesarios para cubrir su consumo; por último, en cuanto al estilo de vida, plantea el contexto en el cual se realiza la venta y consumo de estas sustancias.

Dentro de los efectos que Goldstein explicó a nivel psicofarmacológico se encuentran la intoxicación, el síndrome de abstinencia y el daño neurotóxico. Especialmente, el consumo prolongado de cocaína y pasta base estaría relacionado con el aumento de las conductas violentas, al desencadenar efectos psicológicos como la agitación psicomotora, la búsqueda de sensaciones, el aumento del estado de alerta, la inhibición de los mecanismos de ansiedad frente a la agresión, el incremento de las respuestas defensivas, la alteración del pensamiento y la capacidad reflexiva, entre otras (citado por Droppelmann, 2010).

Las explicaciones en cuanto a la teoría sistémica indican que el uso de drogas puede verse como parte de un estilo de vida, además de las condiciones que rodean el consumo y las facilidades para conseguir las drogas. “Las zonas marginales donde operan comercios locales de sustancias favorecen la proliferación de la violencia, corrupción y delitos hacia los propios pobladores, que muchas veces no son denunciados por temor a las represalias de los traficantes” (Droppelmann, 2010, p. 18).

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías ha elaborado una clasificación similar a este respecto. Los delitos psicofarmacológicos, se cometen bajo los efectos de una sustancia y pueden ser el resultado de un historial previo de consumo. Por otro lado, los delitos compulsivos con fines económicos son llevados a cabo para obtener el dinero y poder financiar la adicción.

Como mencionan Bennet y Holloway (2005) “el principio más importante de la teoría económica es que el uso regular de drogas resulta costoso y algunos consumidores encontrarán la forma de obtener fondos para su uso a través de formas ilegales” (p. 67). Los autores explican que los usuarios de varios tipos de sustancias pueden encontrarse con presiones financieras adicionales para cometer crímenes adquisitivos ya que algunas

sustancias tienen precios más elevados lo que conlleva la realización de otro tipo de delitos graves para conseguir la financiación.

Por otro lado, los delitos sistemáticos son aquellos que se encuentran en el marco del funcionamiento de los mercados ilegales, como parte del negocio de la distribución y el suministro de drogas. Por último, los delitos contra la legislación en materia de drogas están contemplados en los códigos y leyes referentes a la materia, varían en cada país y pueden referirse al consumo, posesión, cultivo, producción, importación y tráfico de drogas o de sus precursores, lavado de dinero entre otros (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007, citado por López-Muñoz, González, Serrano, Antequera & Alamo, 2011).

Dentro de estas vertientes, la explicación psicofarmacológica nos permite conocer la etiología de los delitos ejecutados por el abuso de drogas. Lo anterior basados en la idea de que estas sustancias pueden tener efecto directo sobre el comportamiento.

Otra teoría es la propuesta por Otero (1997) en la cual señala que existen tres formas de vincular delincuencia y droga, estas son la inducida, la funcional y la relacional (citado por López-Muñoz, González, Serrano, Antequera & Alamo, 2011). En el primer caso se encuentran los delitos efectuados como consecuencia del consumo de alguna sustancia, debido a los efectos producidos por el uso de drogas, tales como alteraciones cognitivas o distorsión de la percepción de la realidad. La delincuencia funcional, es aquella que pretende conseguir los medios para continuar con el consumo y no llegar a experimentar la fase de abstinencia. Finalmente, la delincuencia relacional se refiere a las condiciones que rodean y facilitan el consumo, estas actividades están generalmente relacionadas con la producción y comercialización de las sustancias.

En este sentido, en el caso de México, aquellos delitos que se cometen bajo la influencia de una sustancia ilícita suelen ser enviados a centros de reinserción social y probablemente serán sancionados con penas privativas de libertad, lo cual limita las posibilidades de acceder a una recuperación integral. Lo mismo sucede en los delitos con fines económicos que por lo general pueden ser robos u homicidios acompañados con

violencia, casos en los que limitan aún más las oportunidades de acceder a tratamientos especializados para la atención de las adicciones.

Capítulo 2. Tribunales de tratamiento de adicciones

2.1 Surgimiento de un nuevo modelo

2.1.1 Historia de los tribunales de tratamiento de adicciones

Actualmente son cada vez más los países involucrados en la búsqueda de alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con drogas. Bajo esta perspectiva, se han diseñado programas encaminados a ofrecer un efectivo tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas delincuentes con presencia de adicción a sustancias psicoactivas (OEA & CICAD, 2015). Con este enfoque surgen los tribunales de tratamiento de adicciones (TTA) o cortes de drogas, los cuales forman parte de un sistema conocido como *problem-solving courts* o tribunales de resolución de problemas. Éstos se caracterizan por su enfoque en temas especializados como violencia familiar, salud mental, menores infractores, cortes comunitarias y los ya mencionados juzgados de drogas. El centro para la innovación de las cortes señala seis principios característicos que rodean a los juzgados de resolución de problemas, a saber: mejoramiento de la información, participación de la comunidad, trabajo común, justicia individualizada, responsabilidad y resultados (Wolf, 2007).

En el contexto de los infractores consumidores de drogas, la prevención terciaria es la destinada a la intervención y trabajo específico en el tratamiento que estas personas recibirán después de haber cometido el delito. A este respecto, Droppelmann (2010) plantea que puede haber dos formas de abordar esta problemática, la primera es la vía punitiva a través de la ejecución de la pena y la segunda, un camino terapéutico que contempla la rehabilitación, tal como lo ilustra la Figura 1.

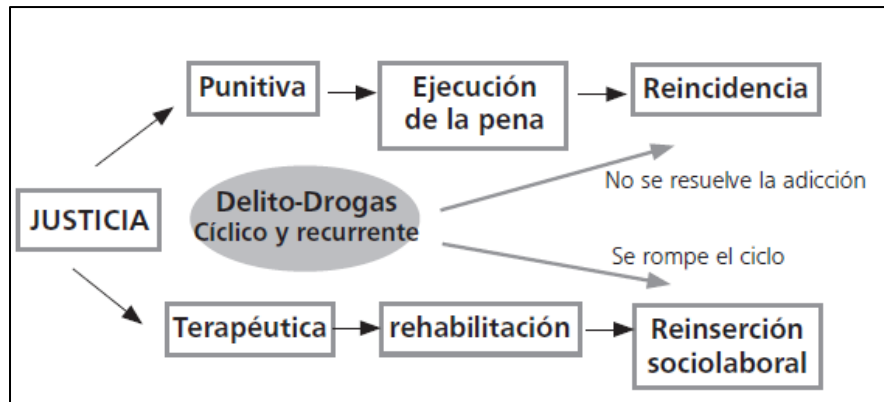


Figura 1. Justicia punitiva y terapéutica. Fuente: Droppelmann, 2008, p.7.

Dentro del camino terapéutico se consideran todas las vías alternas a la sanción penal que permitan lograr el tratamiento de la drogodependencia. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito alienta a los países a optar por este tipo de procedimientos para disminuir la cantidad de conductas delictivas desplegadas como consecuencia del abuso de sustancias. Siguiendo con esta perspectiva, los tribunales de tratamiento de adicciones han demostrado ser un ejemplo de que, desde la salud pública se puede trabajar la dependencia al mismo tiempo que se establece una colaboración con la justicia penal (Campbell, 2013).

Así, las cortes de drogas surgen en el contexto Estadounidense, específicamente en el condado Miami-Dade en Florida, donde se crea el primer tribunal de tratamiento de adicciones en el año de 1989. Lo anterior, debido a la constante preocupación de un grupo de profesionales de la justicia al notar que los casos de infractores por consumo de sustancias aumentaban y las cárceles ya no contaban con capacidad para recibirlos. Por tal motivo, optaron por la búsqueda de una mejor alternativa que garantizara su rehabilitación y la no reincidencia, diseñando esta estrategia que combina el tratamiento con la figura del juez (National Association of Drug Court Professionals (NADCP), s/f).

Como mencionan Winick y Wexler (2002):

Los tribunales de tratamiento de drogas fueron una respuesta al reconocimiento de que procesar infractores no violentos imputados por posesión o consumo de drogas a través de los tribunales penales y que procesarlos para encarcelarlos no

cambiaría su comportamiento adictivo. En lugar de eso llevaba a un efecto de puerta giratoria en el que los infractores continuaban consumiendo drogas luego de ser puestos en libertad. Así, la intervención de los tribunales no podía tratar de manera efectiva el problema subyacente y, en este sentido, podía decirse que eran antiterapéuticos (p.2).

Desde su creación, este modelo se ha replicado en prácticamente todo el mundo, actualmente tan sólo en Estados Unidos la expansión es de más de 2,700 tribunales. Este paradigma ha sido adaptado de acuerdo con las necesidades específicas de cada país, y de las particularidades de los diversos sistemas de justicia. No se puede afirmar que los tribunales actuales son una réplica del primero que existió, múltiples cambios y mejoras se han realizado, muchas de ellas basadas en las investigaciones y estudios empíricos que evalúan la efectividad del tratamiento. Con la llegada de estos tribunales para las adicciones se han modernizado los sistemas judiciales, dando paso a un tipo de justicia más humana, interesada no sólo por la reparación del daño para la víctima y una sanción para el agresor, sino que pretende erradicar la causa subyacente con la finalidad de disminuir los niveles de reincidencia y mejorar la calidad de vida de todas las partes involucradas.

2.1.2 ¿En qué consiste un Tribunal de tratamiento de adicciones?

Específicamente un tribunal de tratamiento de drogas o adicciones:

Está destinado a supervisar causas de infractores dependientes de drogas que han aceptado someterse a un tratamiento contra el abuso de sustancias. [...] La labor de los TTA se basa en la idea de que la dependencia de drogas entre los infractores no es meramente un problema de las fuerzas de seguridad ni de la justicia penal, sino una preocupación de salud pública. [...] El resultado ha sido una peculiar mezcla de tratamiento y supervisión judicial (Bentley & Barnes, 2013, p.49).

De esta manera, los tribunales de drogas constituyen:

Un programa o procedimiento penal alternativo dentro del sistema de justicia que está dirigido a infractores cuyos delitos están relacionados con su consumo problemático de drogas. Su función principal es derivar a infractores a rehabilitación bajo supervisión judicial, para facilitar el proceso de cambio y favorecer la adherencia al tratamiento (Droppelmann, 2010, p.28).

Las cortes de drogas son una sistema innovador para los juzgados tradicionales, no se pretende cambiar la base sobre la cual trabajan los procesos judiciales, de hecho estos juzgados permiten una vinculación entre los ejes penales que rigen todo procedimiento y el tratamiento para el abuso de sustancias. Un punto importante es la supervisión judicial, ésta permite establecer relaciones más personales entre los acusados y jueces, logrando que exista mayor interés por parte de los actores legales, se genera empatía y un verdadero deseo por ayudar a quien ha transgredido la ley, atendiendo las causas reales de su comportamiento, lo cual constituye una visión de la justicia terapéutica, reduciendo los efectos negativos del sistema y potenciado los positivos.

Como hemos mencionado, cada país tiene un modelo único de tribunal, sin embargo existen características comunes a todos los programas. Por ejemplo, el tipo de delito por el cual pueden ingresar al tribunal varía en cada lugar, por lo general se trata de delitos menores como los patrimoniales, también se contempla la violencia familiar o amenazas; mientras que en algunos juzgados se incluyen infracciones relacionadas con la portación o tráfico de sustancias psicoactivas. Los criterios de elegibilidad son diferentes en cada corte, al igual que el proceso para ser incluido así como las opciones que contempla el tratamiento, más adelante se ofrece a manera de muestra el trabajo realizado en los estados de nuestro país que ya ejecutan esta medida.

Elementos clave de los tribunales de tratamiento de adicciones

La Asociación Nacional de Profesionales de Cortes de Drogas, fue la encargada de redactar los 10 principios básicos que rigen el procedimiento de los tribunales, contemplando aquellos aspectos que forman parte del éxito para el tratamiento. Estos componentes explican de manera general lo que constituye un programa de cortes de drogas, asimismo se han tomado como referencia a nivel mundial para su implementación. A continuación se explican los principios rectores:

1. Los TTD integran los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogas y alcohol con el sistema de justicia. El principal objetivo de los tribunales es detener la adicción a sustancias relacionadas con el delito, para lograr lo anterior es necesario trabajar desde un enfoque de equipo donde se fomente la colaboración del participante con todos los actores inmersos en el proceso judicial tales como: jueces, fiscales, abogados defensores, las autoridades de libertad condicional, los prestadores de servicios de salud y la comunidad en general. Existen 3 fases en el proceso de tratamiento: estabilización, tratamiento intensivo y transición. En la primera se incluye la desintoxicación, el tratamiento inicial, la educación y la detección de otras necesidades. Posteriormente se procede con la terapia individual y de grupo, así como con todas las actividades disponibles; finalmente se trabaja en la reintegración social, el empleo y en todo lo relacionado con el seguimiento posterior al tratamiento.

2. Usando un enfoque no adversarial, fiscalía y defensoría promueven la seguridad pública junto con el respeto por el debido proceso. Tanto el fiscal como el abogado defensor son parte importante para el progreso de la rehabilitación por lo que deben trabajar en equipo enfocándose en el tratamiento del participante. El rol del fiscal es proteger la seguridad pública asegurándose de que el infractor sea un candidato elegible para participar del programa, es decir que cumpla con los requisitos que establece el mismo; por otra parte, el defensor debe vigilar que se respeten y cumplan en todo momento las garantías del debido proceso además de alentar la participación del defendido. Ambos actores, fiscal y abogado, juegan un papel relevante en cuanto a las estrategias que deberán tomarse en caso de incumplimiento.

3. Los posibles candidatos son identificados prontamente y remitidos a la brevedad al programa de TTD. Es importante aprovechar el periodo de tiempo que procede al arresto de una persona que se contempla como candidato al programa, de esta manera se puede reducir el efecto traumático que produce la detención así como incrementar el nivel de confianza en el sistema de justicia criminal. Lo anterior se consigue a través de la expresión del valor que tiene el tratamiento por alcohol o drogas y de su inclusión en el proceso.

4. Las cortes de drogas proveen acceso a una amplia y variada gama de servicios de tratamiento y rehabilitación. Para la efectividad del tratamiento se debe acudir a todos los recursos disponibles, por ejemplo la utilización de los servicios de salud que sean necesarios. Además, el equipo de colaboradores que participan debe mantener constante comunicación y reportar sobre los avances y retrocesos del participante. Con el objetivo de brindar una verdadera recuperación y reintegración social, hay que considerar todos los factores que llevaron a la comisión del delito; enfermedades mentales, problemas médicos, situación de calle, nivel educativo bajo o nulo, desempleo, problemas domésticos, antecedentes de abuso sexual o físico, se deben integrar en el diseño del plan de tratamiento que deberá ser individualizado con base en las características de cada individuo.

5. La abstinencia se monitorea frecuentemente a través de exámenes de drogas y alcohol. Otra forma de monitorear el progreso de los participantes es a través de las muestras que deben realizarse cada determinado tiempo en búsqueda de presencia de alcohol o drogas en el organismo. Actualmente existen muchas variedades en el mercado que permiten a las autoridades judiciales saber si ha habido recaídas y medir la adherencia al tratamiento, de modo que los usuarios también conozcan su avance, dándoles mayor participación activa dentro del proceso.

6. Las consecuencias que tenga el cumplimiento y no cumplimiento de las condiciones por parte del participante están establecidas previamente y acordadas por todas las instituciones involucradas. Los tribunales operan también por medio de un sistema de incentivos y sanciones que se aplican de acuerdo con los niveles de cumplimiento del programa que presenta el participante. Algunos estímulos van desde animar al usuario a continuar con los resultados obtenidos,

realización de ceremonias donde se reconozcan los avances, reducción de las supervisiones y disminución de las comparecencias ante el juez, eliminación de antecedentes penales al término del programa, así como la graduación del programa. De lo contrario, dentro de los correctivos por el no cumplimiento se incluyen las llamadas de atención, el regreso a etapas tempranas del tratamiento, incremento de los exámenes urinarios y las citas ante el juez, multas, trabajo comunitario, arrestos e incluso la terminación del programa y la reapertura del caso desde el proceso judicial común.

7. La interacción permanente del juez con cada participante es esencial.

La supervisión judicial corresponde principalmente al juez como líder del equipo de trabajo, la función que éste desempeña representa una de las causas para el éxito del tratamiento. Los jueces deben tener claridad sobre el proceso, el diseño del plan individualizado, animar en todo momento a los participantes, especialmente si existen avances, de igual manera puede desaprobar las conductas del usuario que no corresponden con la finalidad del tribunal para demostrarle que cuenta con alguien que está supervisando su actuar y que demuestra interés por su rehabilitación.

8. Se monitorea y evalúa constantemente el proceso e impacto del programa. Como parte de la metodología del juzgado conviene incorporar sistemas de monitoreo y evaluación. Dado el hecho de que las cortes requerirán presentar resultados tangibles, es fundamental incorporar variables que puedan medirse diariamente, además de la generación de datos estadísticos relacionados con los participantes. Lo anterior con aspectos que evalúen el cumplimiento de los objetivos a corto y largo plazo, de ahí la importancia de contar con un área encargada de producir y actualizar estadísticas, un ejemplo de las evaluaciones son los estudios que se han llevado a cabo para determinar si los tribunales disminuyen los niveles de reincidencia o la relación costo-efectividad.

9. La capacitación interdisciplinaria continua promueve la planificación efectiva del TTD y su operación. La educación y entrenamiento continuo del personal que participa en el tribunal asegura el cumplimiento de las metas y objetivos de éste. La interdisciplinaria le agrega al programa una característica única, ya que permite a los actores formarse en los aspectos necesarios para proveer un

servicio de calidad. Las personas involucradas deben tener conocimientos sobre el abuso y dependencia de sustancias así como las vías de tratamiento.

10. Forjando la asociación entre el TTD, las agencias públicas y organizaciones de base comunitaria, se genera apoyo local a la iniciativa y se favorece su efectividad. La colaboración interinstitucional genera lazos que contribuyen al éxito del tratamiento. Los juzgados pueden beneficiarse a través de la elaboración de convenios con organismos públicos, privados y comunitarios cuyos objetivos sean compartidos por los principios del tribunal. Así, se garantiza la continuidad del procedimiento y se incrementa la confianza en el sistema de justicia (NADCP, 2004).

Estos 10 elementos fueron diseñados en principio para el contexto de Estados Unidos, país donde surgieron los primeros modelos de tribunales. Posteriormente, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito retomó los principios y los adaptó a la realidad internacional, proponiendo ahora 12 componentes que funcionan para los países que adapten esta metodología (Hurtado, 2010):

1. Efectivo liderazgo judicial del equipo a cargo del programa.
2. Fuerte colaboración interdisciplinaria entre el juez y los miembros del equipo, pero manteniendo cada uno su independencia profesional.
3. Buen nivel de conocimiento y comprensión de la adicción y la recuperación por parte de los miembros del equipo que no son del ámbito de la salud.
4. Manual de procedimientos, para asegurar consistencia en el enfoque y eficiencia de la intervención.
5. Criterios de elegibilidad claros y un proceso de selección de candidatos objetivo.
6. Evaluación detallada de cada eventual participante.
7. Consentimiento plenamente informado y documentado del participante antes de comenzar el programa, previa asesoría legal.
8. Rápida referencia del participante al programa de tratamiento y rehabilitación.
9. Incentivos y sanciones frente a cumplimientos e incumplimientos pronto, certeros y consistentes.

10. Evaluación continua del programa y disposición a reformar su estructura para superar las deficiencias.
11. Financiamiento suficiente, sostenido y específico al programa.
12. Cambios en la legislación sustantiva y procesal, si ello es necesario o apropiado.

2.1.3 Tribunales de tratamiento de adicciones: un enfoque de justicia terapéutica

La justicia terapéutica (TJ) se entiende como:

El estudio del rol de la ley como agente terapéutico. Se centra en el impacto de la ley en el espectro emocional y en el bienestar psicológico de las personas [...] la justicia terapéutica enfoca nuestra atención en este aspecto subestimado anteriormente, humanizando la ley y preocupándose del lado psicológico, emocional y humano de la ley y el proceso legal (Wexler, 1999, p.1).

Este paradigma, analiza tres elementos a través de los cuales el sistema de justicia puede impactar de forma terapéutica o antiterapéutica sobre los usuarios. De esta manera las normas legales, los procesos judiciales y los roles de los actores legales pueden influir sobre el bienestar emocional de los involucrados (Wexler, 1999). De ahí la importancia de conocer la forma en que son llevados a cabo los procesos, para disminuir las consecuencias negativas, mejorando la efectividad de los sistemas.

A través de los años se ha estudiado la aplicación de la justicia terapéutica (TJ) en el ámbito legal, encontrando que una de sus prácticas más conocidas son los tribunales de resolución de problemas. Aunque éstos surgen previamente, comparten los principios de la TJ. Estos tribunales emergen como modelo alternativo para los procesos tradicionales que se habían empleado dentro de los sistemas judiciales, como se mencionó con anterioridad los tribunales de drogas dieron paso a la creación de otras cortes especializadas que tratan temas como violencia familiar, adolescentes en conflicto con la ley, salud mental o asuntos comunitarios. Por consiguiente, la forma de operar es diferente de un proceso común, a través de la TJ se analiza de qué forma los funcionarios

pueden aportar mayor éxito al tratamiento de los defendidos, al mismo tiempo que se trabaja con la causa subyacente del problema, para evitar que ésta se repita.

Todos estos juzgados surgen del reconocimiento de que los planteamientos judiciales tradicionales han fallado, por lo menos en las áreas de abuso de sustancias, violencia doméstica, ciertos tipos de delincuencia, abuso y negligencia con niños, y enfermedad mental. Se trata de problemas psíquicos, cuya recurrencia hace que las intervenciones tradicionales no consigan su desaparición. El modelo de justicia tradicional se dirige a los síntomas, pero no al problema subyacente. El resultado era que el problema reemergía constantemente provocando la intervención judicial repetitiva. Todas estas áreas tratan con problemas especializados sobre los que los jueces de juzgados de jurisdicción general no son expertos. Además implican necesidades de tratamiento o de servicios sociales para los que los juzgados tradicionales no disponen de instrumentos (Winick, 2008, p.4).

La Tabla 2 ilustra las diferencias entre un proceso tradicional y uno conformado por los principios que propone la justicia terapéutica en los tribunales de resolución de problemas, entre ellos los juzgados de drogas (Goldberg, 2005).

Tabla 2

Diferencias entre el proceso judicial tradicional y el proceso terapéutico

Proceso tradicional	Proceso de Justicia Terapéutica
Resolución de la disputa	Evasión de disputas orientada a la resolución de problemas
Resultado legal	Resultado terapéutico
Proceso contencioso	Proceso colaborativo
Orientado al caso	Orientado a las personas
Basado en los derechos	Basados en las necesidades o en los intereses
Hincapié en la declaración	Hincapié en la resolución alternativa del problema y la post-declaración
Interpretación y aplicación de la ley	Interpretación y aplicación de ciencias sociales
Juez como árbitro	Juez como entrenador
Mirada hacia el pasado	Mirada hacia el futuro
Basado en precedentes	Basado en planificación
Pocos participantes y partes interesadas	Gran rango de participantes y partes interesadas
Individualista	Interdependiente
Legal	Sentido común
Formal	Informal
Eficiente	Efectivo
Éxito medido por el cumplimiento	Éxito medido por el remedio del problema subyacente
Funcionarios judiciales tradicionales	Funcionarios judiciales de la TJ
Desinteresados. No demuestran interés en el litigante como persona, sólo como litigante en un procedimiento legal.	Interesados, en especial en el bienestar del litigante.
Impersonal, como si el litigante fuese nada más que una "parte" en un "caso"	Personal, relevancia a las circunstancias personales del litigante, preguntándole directamente
Decisiones tomadas en una forma y un lenguaje judiciales para satisfacer requerimientos legales, en especial con un punto de vista para que la corte de apelaciones lo revise	Decisiones tomadas en un lenguaje que entienden las partes
Comunicación limitada	Comunicación abierta, se aseguran de que se escuchen los relatos
Comunicación sólo con el abogado defensor	Diálogo directo entre el juez y las partes
Insensible al matiz	Perceptivo al matiz; sensible a necesidades especiales (discapacidades comunicacionales, problemas emocionales y culturales)
Formal	Menos formal, se asegura de que todas las partes se sientan cómodas y crea una sensación de participación

Toma de decisión autónoma	Enfoque en equipo para tomar decisiones
Omnipotente	Se concede poderes a otros
Punitivo	Positivo/afirmativo
Nunca hace “tratos” con las partes	Utiliza sanciones y recompensas
Inerte, no le dice al defensor cómo llevar un caso, no hace sugerencias	Proactivo, se involucra directamente en la resolución del problema
Se refiere sólo a textos legales, precedentes y lo que el abogado presenta como información	Se refiere a otras disciplinas y expertos como información

Fuente: Goldberg, 2005, p. 6.

Es importante analizar esta comparación para entender cómo la justicia terapéutica incide en los tribunales de resolución de problemas. Tratándose de juzgados de drogas, encontramos que la participación de los actores legales tiene una gran relevancia para el éxito del tratamiento, asimismo si se otorga al participante mayor intervención dentro del proceso, se valora y escuchan sus necesidades, se elaborarán planes de tratamiento específicos para cada área de trabajo. Los principios anteriores son trascendentes también por la utilidad que representan cuando se comienza con el diseño y planeación de un tribunal de drogas. De esta manera, se podría capacitar a los funcionarios judiciales con el objetivo de progresar hacia una visión terapéutica, incluso con quienes se encuentran laborando actualmente en el sistema de justicia.

La justicia terapéutica ha estudiado cómo impacta el papel de los actores legales dentro de los tribunales de resolución de problemas con el fin de proponer alternativas para que éstos cumplan sus funciones con mayor eficacia. En las cortes de drogas, el juez tiene la función de supervisor judicial, apoyándose de los informes que entregan las áreas involucradas así como de los exámenes toxicológicos puede evaluar los avances o retrocesos del participante, aplicando las sanciones o recompensas correspondientes (Stinchcomb, 2010).

Sin embargo, para los jueces es necesario tener una visión diferente, como menciona Fulton:

Operar en un juzgado de drogas y aplicar los principios de la justicia terapéutica requiere una transformación del sistema judicial y la disposición de las partes legales para repensar sus roles tradicionales. Los jueces en las cortes de resolución de conflictos han aceptado su rol cambiante de ser un árbitro

neutral que no se involucra a ser solucionadores de problemas que miran los casos holísticamente (Fulton, 2002, p.1481).

Por otro lado, la adherencia al tratamiento y prevención de recaídas funcionan muy bien dentro de los tribunales de tratamiento de adicciones y en general sobre los juzgados de resolución de problemas:

El término de adherencia al tratamiento fue incorporado al thesaurus de psicología en 1982, para referirse al grado en que una persona cumple con las indicaciones dadas por el profesional encargado del mismo, por ejemplo, la forma en que debe tomar el medicamento o los cambios que debe realizar en su estilo de vida. La prevención de recaídas consiste en la generación de un plan para evitar que vuelva a presentarse una enfermedad o un determinado problema (Morales & Aguilar, 2014, p. 20).

Es decir, dentro de los juzgados de drogas es posible aplicar ciertas estrategias que ayuden a los participantes a estar comprometidos con su plan. Seguir las indicaciones de los funcionarios, acudir a visitas con el juez, realizarse los exámenes de orina, cumplir con las sanciones en caso de algún retroceso, recibir estímulos cuando se ha progresado, entre otros. Lo anterior, deberá establecerse desde el inicio, en el contrato donde el participante conoce el contenido de su tratamiento, la duración, sesiones y actividades.

De la misma manera, los jueces pueden colaborar desde su actuar para demostrar al participante su interés por la recuperación y superación de la adicción, con el fin de integrarlo a la vida social y evitar la reincidencia. Morales y Aguilar (2014), hacen referencia a las prácticas que los jueces podrían implementar diariamente para colaborar en la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas. Entre éstas se encuentran:

- Mantener contacto visual
- Dar oportunidad para que las personas hablen de su caso.
- No interrumpir ni apresurar.

- Hacer preguntas y/o comentarios para aclarar alguna situación.
- Ser consciente de la propia postura corporal con respecto a las señales que se les da a los usuarios.
- Usar tratamiento deferenciales como señor o señora y en ningún caso imputado o número de expediente.
- Promover la participación de los usuarios en las decisiones legales.
- Motivar la participación de las personas en el diseño de su plan individualizado.
- Usar contratos o acuerdos firmados para el cumplimiento de las órdenes judiciales.
- Encontrar algo positivo que decir sobre la conducta de las personas.
- Hacer saber a las personas que se entiende la difícil situación que están pasando.
- Abstenerse de condenar.
- Asegurarse de que las personas comprenden las decisiones judiciales.
- Contribuir a reducir las situaciones de conflicto.
- Fomentar la resolución alternativa de conflictos.
- Fijar metas específicas donde se involucren los participantes.
- No aceptar excusas, distorsiones cognitivas o información inconsistente.
- Confrontar información para alentar la auto-responsabilización y autonomía de los usuarios.
- Ser consciente de los propios prejuicios o ideas preconcebidas.
- Conocer la investigación académica aplicada en los temas que se atienden con mayor frecuencia.

Las estrategias anteriores permiten tanto a usuarios como funcionarios mejorar el proceso que están experimentando, por ejemplo, si el juez de tribunal de drogas ha estudiado sobre la dependencia y abuso de sustancias, conoce los tipos de tratamiento, se involucra con las áreas de trabajo y está informado de la adicción del sujeto, será más viable para él colaborar con el participante a través del plan, asimismo estará en condiciones de exhortar a todas las partes a que rindan los informes correspondientes, así como confrontar al defendido sobre el estado de su rehabilitación.

2.2 Tribunales de tratamiento de adicciones en el contexto Mexicano

2.2.1 Aplicación del modelo de Tribunal para el tratamiento de adicciones en México

Con la reforma Constitucional en materia de Justicia Penal y Seguridad Pública, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de junio de 2008, se establecen nuevas opciones de impartición de justicia, el artículo 17 menciona en el párrafo cuarto, “las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias. En la materia penal regularán su aplicación, asegurarán la reparación del daño y establecerán los casos en los que se requerirá supervisión judicial” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016). Entre estos mecanismos alternos para la solución de conflictos se encuentran la negociación, la conciliación y la mediación, el procedimiento abreviado y la suspensión de proceso a prueba (García, 2012).

Bajo este precepto se dio fundamento a la introducción en nuestro país de los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones, esto como resultado del esfuerzo y colaboración entre instituciones del gobierno federal y local, así como organismos internacionales. De esa manera, se brinda la oportunidad a personas cuyo delito está directamente relacionado con el consumo de sustancias, para que no sólo cumplan con la reparación del daño a la víctima sino que también se beneficien de un tratamiento integral para asegurar su reinserción social, al respecto Santamaría (2014) señala:

Bajo supervisión judicial, directa y periódica, a través de un esquema de coordinación entre el Sistema de Salud y el Sistema de Seguridad y Justicia. No son tribunales especiales; constituyen un programa que se desarrolla en bloques de audiencias, dentro de la agenda ordinaria de los juzgados de control o garantías. El marco legal que los rige es la figura procesal de la **suspensión de proceso a prueba** (p. 16).

El interés por implementar el tribunal surge de la invitación que México recibió en el año 2008 para asistir al Primer Foro de Ciudades de Europa, América Latina y el Caribe del programa EU-LAC Alianza de Ciudades en Tratamiento de Drogas, realizado en Santo Domingo, República Dominicana. Dicha invitación fue hecha por la Comisión

Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y de la Unión Europea. Así, funcionarios de la Procuraduría General de la República y del Sector Salud participaron en este encuentro (Cadena, Santamaría, & García, 2013).

Como resultado de las experiencias aprendidas durante el foro “al presentar este esquema [...] una nueva perspectiva de vinculación entre el Sector Salud y el Sector Justicia, se identificó como un mecanismo novedoso y con resultados contundentes en la atención del tema delictivo en el que se involucran personas con problemas de adicción” (García, 2012, p.169). Con la intención de evaluar la viabilidad para implementar el proyecto en México se diseñaron una serie de etapas que incluían la realización de investigaciones sobre incidencia delictiva y consumo de drogas para conocer la posible relación entre éstas. Cabe destacar que dichos estudios fueron ejecutados por el Centro Nacional de Análisis, Planeación e Información para el Combate a la Delincuencia (CENAPI) de la Procuraduría General de la República.⁶

De tal manera, fueron tres los elementos clave para el análisis: en primer lugar la identificación de estados con sistema de juicio oral, ya que la interacción entre juez y participante resulta fundamental en el programa de los TTD, así que se descartaron aquéllos que no contaban aún con esta característica. En segundo lugar, la aplicación del procedimiento “suspensión de proceso a prueba” que permite la conmutación de una pena privativa de la libertad. Se revisaron los códigos de procedimientos penales de los estados para identificar si contaban con esta figura jurídica y así evitar reformas a los estatutos legales. Por último, el análisis de las tasas de criminalidad a nivel nacional y la relación entre delito y abuso de sustancias (Cadena, Santamaría, & García, 2013; García, 2012).

El resultado de esta investigación se concretó en 2009, al implementarse en México el programa piloto: “Juzgado especializado para el tratamiento de adicciones en Nuevo León”, el cual fue establecido dentro del juzgado de preparación de lo Penal del

⁶ Ramírez (2016), señala que al solicitar los resultados estadísticos del análisis delictivo, realizado por la CENAPI ésta respondió que dicha información es inexistente por lo que cabe la posibilidad de que la investigación no haya sido llevada a cabo.

segundo distrito judicial, cuya sede se encuentra en el municipio de Guadalupe. Con la finalidad de “ser una alternativa para el problema de delitos relacionados con drogas lícitas e ilícitas, para despresurizar los sistemas carcelarios y evitar la reincidencia y criminalidad de los sujetos” (Ramírez, 2016, p. 8). Este tribunal se ha vuelto referencia para otros estados que han decidido introducir a sus sistemas de justicia los mecanismos alternos que la ley menciona.

Uno de los factores clave para lograr la ejecución del tribunal fue el trabajo coordinado entre las múltiples dependencias que participaron, reuniendo a funcionarios de instituciones como la Secretaría Estatal de Salud, la Procuraduría General de Justicia del Estado, el Instituto de Defensoría Pública, la Secretaría de Seguridad Pública, la Procuraduría General de la República, el Consejo Nacional contra las Adicciones y el Instituto Nacional de Psiquiatría. Asimismo, se recibió apoyo del Gobierno de Estados Unidos, el departamento de Estado y la embajada de Estados Unidos en México para realizar visitas a algunos TTD de ese país, igualmente la Asociación Nacional de Profesionales de Cortes de Drogas (NADCP, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos colabora en el proyecto (Cadena, 2012).

Como parte de las labores efectuadas se visitaron tribunales en Chile, Texas y Bélgica; se participó en la XV conferencia de la NADCP en California, también se contó con capacitación de la Oficina Nacional de Política de Control de Drogas, evidenciando la importancia de la cooperación internacional para el establecimiento de programas como los Tribunales de Tratamiento de Adicciones (García, 2012). Lo anterior refleja el interés de las partes por sumar acciones no sólo para crear estructuras de impartición y procuración de justicia sino también sistemas que integran los conocimientos científicos que permiten tratar la adicción como un problema de salud pública. Del mismo modo, es necesario que los funcionarios estén comprometidos y cuenten con la actitud y cooperación para capacitarse en los temas así como participar activamente durante las etapas de análisis y diseño, es decir, trabajar desde el enfoque interdisciplinario para lograr la funcionalidad de estos mecanismos.

Como se mencionó anteriormente, el fundamento legal de los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones en México se encuentra en la suspensión de proceso a

prueba. Esta figura procesal se incluyó en el Código Nacional de Procedimientos Penales, que de acuerdo con el artículo 191 expresa:

Por suspensión condicional del proceso deberá entenderse el planteamiento formulado por el Ministerio Público o por el Imputado, el cual contendrá un plan detallado sobre el pago de la reparación del daño y el sometimiento del imputado a una o varias de las condiciones que refiere este capítulo, que garanticen una efectiva tutela de los derechos de la víctima u ofendido y que en caso de cumplirse, pueda dar lugar a la extinción de la acción penal (Código Nacional de Procedimientos Penales, 2016).

Por otro lado, el mismo ordenamiento establece los requisitos que deben cubrirse para la solicitud de la suspensión del proceso:

- I. Que el auto de vinculación a proceso del imputado se haya dictado por un delito cuya media aritmética de la pena de prisión no exceda de cinco años;
- II. Que no exista oposición fundada de la víctima y ofendido, y
- III. Que hayan transcurrido dos años desde el cumplimiento o cinco años desde el incumplimiento, de una suspensión condicional anterior, en su caso (Código Nacional de Procedimiento Penales, art. 192).

La solicitud podrá hacerse en cualquier momento una vez que se dicta el auto de vinculación a proceso y antes de que se dicte la apertura de juicio oral. El imputado deberá plantear un plan de reparación del daño causado por el delito y plazos para cumplirlo (Código Nacional de Procedimientos Penales, arts. 193 y 194).

Además, la ley indica las condiciones que deberá cumplir el imputado durante la suspensión del proceso:

“El Juez de control fijará el plazo de suspensión condicional del proceso, que no podrá ser inferior a seis meses ni superior a tres años, y determinará imponer al imputado una o varias de las condiciones que deberá cumplir, las cuales en forma enunciativa más no limitativa se señalan:

- I. Residir en un lugar determinado;
- II. Frecuentar o dejar de frecuentar determinados lugares o personas;
- III. Abstenerse de consumir drogas o estupefacientes o de abusar de las bebidas alcohólicas;
- IV. Participar en programas especiales para la prevención y el tratamiento de adicciones;
- V. Aprender una profesión u oficio o seguir cursos de capacitación en el lugar o la institución que determine el Juez de control;
- VI. Prestar servicio social a favor del Estado o de instituciones de beneficencia pública;
- VII. Someterse a tratamiento médico o psicológico, de preferencia en instituciones públicas;
- VIII. Tener un trabajo o empleo, o adquirir, en el plazo que el Juez de control determine, un oficio, arte, industria o profesión, si no tiene medios propios de subsistencia;
- IX. Someterse a la vigilancia que determine el juez de control;
- X. No poseer ni portar armas;
- XI. No conducir vehículos;
- XII. Abstenerse de viajar al extranjero;
- XIII. Cumplir con los deberes de deudor alimentario, o
- XIV. Cualquier otra condición que, a juicio del juez de control, logre una efectiva tutela de los derechos de la víctima.

Para fijar las condiciones, el Juez de control podrá disponer que el imputado sea sometido a una evaluación previa. El Ministerio público, la víctima u ofendido, podrán proponer al Juez de control condiciones a las que consideran debe someterse el imputado. El juez de control preguntará al imputado si se obliga a cumplir con las condiciones impuestas y, en su caso, lo prevendrá sobre las consecuencias de su inobservancia” (Código Nacional de Procedimientos Penales, art. 195).

De esta manera, la suspensión condicional del proceso permite que los Tribunales para el Tratamiento de adicciones operen en el país, ya que se hace la propuesta al juez cuando se presume que el imputado es un candidato para el programa, para esto se debe

realizar la evaluación correspondiente que verifique el diagnóstico elaborado por el proveedor del tratamiento. En la audiencia donde el juez decreta la suspensión del proceso se plantean los motivos por los cuáles la persona puede participar en el tribunal y se elabora el plan de reparación del daño, una vez que el juez aprueba la solicitud, si el imputado acepta participar en el tribunal, se ordena la suspensión del proceso y el inculpado es remitido al centro de tratamiento para iniciar con las actividades del programa, tal como se observa en la Figura 2 (Santamaría, 2014).

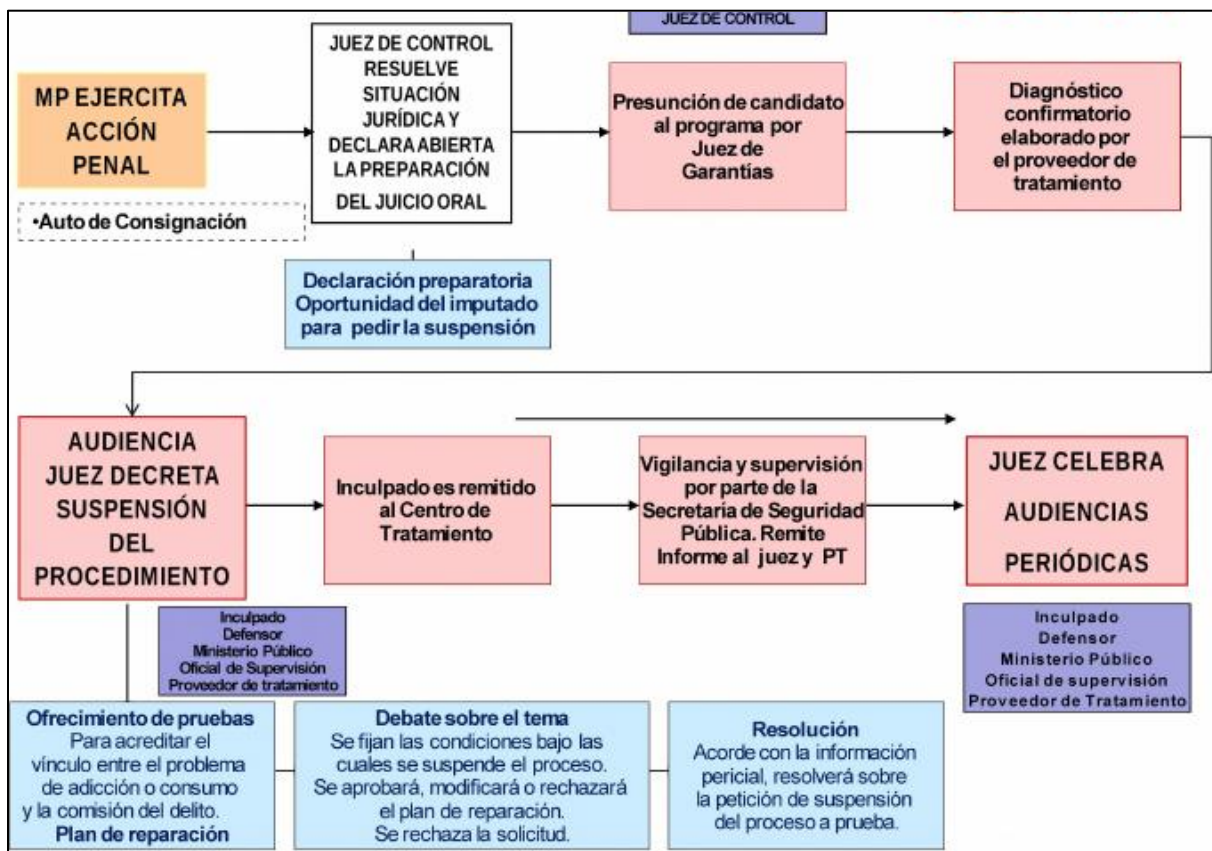


Figura 2. Modelo de TTA y suspensión condicional del proceso. Fuente: Santamaría, 2014, p. 23.

A pesar de que en cada estado los tribunales funcionan de acuerdo con el diseño establecido así como lo planteado por los manuales de operación, existen algunos lineamientos desde el Gobierno Federal que deben cumplirse (Ramírez, 2016):

1. Que sea dirigido a primodelincuentes;
2. Que hayan cometido delitos no graves;
3. Que exista un vínculo entre el consumo problemático de drogas y la comisión de la conducta típica;
4. Que el procedimiento sea bajo el esquema de juicio oral;
5. La participación voluntaria de la persona procesada;

6. Un plan de reparación del daño

Asimismo, el tratamiento se integra por cinco fases (Tabla 3). Éstas van desde la desintoxicación hasta el seguimiento y la vigilancia.

Tabla 3

Fases del tratamiento dentro de los Tribunales para el Tratamiento de las Adicciones

Fase	Descripción
Desintoxicación y concientización	Se proporciona al participante el manejo médico y psicoterapéutico para el control de la desintoxicación y la conciencia de su problema de adicción.
Desarrollo de habilidades	Se establecen las fortalezas, debilidades y habilidades de cada participante con la intención de proporcionarle las herramientas necesarias para su mejor funcionamiento en las diferentes esferas de la vida.
Fortalecimiento de habilidades	Es el momento en que se supervisa al participante para que se lleve a cabo el plan de tratamiento y se dé cumplimiento a lo establecido en el mismo.
Mantenimiento	Se vigila esporádicamente que el participante siga funcional en las diferentes esferas de la vida.
Seguimiento y vigilancia	Es la última fase y en ella se mantiene una supervisión del participante, con visitas domiciliarias y aplicación de pruebas de dopaje y psicoterapias grupales e individuales, a fin de corroborar el éxito del programa.

Fuente: Cadena, 2012, p. 225.

La duración del programa es de hasta 18 meses, y el régimen del tratamiento es mayormente ambulatorio aunque de ser necesario podría ordenarse el internamiento del participante en alguno de los centros autorizados por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). En el caso del tratamiento ambulatorio son los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA) y asociaciones civiles como los Centros de Integración Juvenil, las instituciones encargadas de ejecutar las acciones correspondientes, en Nuevo León por ejemplo se cuenta con un Centro de Tratamiento localizado en las instalaciones de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Estado (Ramírez, 2016).

Dentro de las fases del programa, se incluye tratamiento psicofarmacológico para el manejo de la intoxicación, abstinencia, psicoterapias individuales, de grupo y familiares. Asimismo, es requisito indispensable asistir a sesiones de grupos de Alcohólicos o Narcóticos Anónimos.

La intervención terapéutica que se otorga se encuentra enmarcada en modelos y técnicas de intervención de reconocimiento nacional e internacional, con fundamentos científicos; integra entre otros el modelo médico psiquiátrico de atención al abuso de drogas, el modelo matrix para el tratamiento de metanfetaminas, modelos sustentados en teoría de motivación al cambio, el modelo de prevención a recaídas, la teoría cognitivo conductual para la dependencia a drogas (Roque & Mancera, 2012, p. 207).

Otro aspecto relevante son los mecanismos de vigilancia, tratamiento de rehabilitación médica y psicológica; y reinserción. Éstos se implementan también durante el tiempo de duración del programa. La vigilancia contempla dos tipos: policial y judicial, la primera se encuentra a cargo de oficiales de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado capacitados en el tema de la adicción, su labor consiste en supervisar el comportamiento del participante mientras se encuentra en libertad. Lo anterior, se logra a través de tres modalidades; vigilancia domiciliaria, del entorno laboral y de protección a la víctima. Por otro lado, la vigilancia judicial se efectúa a través de las audiencias con el juez, donde se evalúa el estado que guarda el proceso de tratamiento (Cadena, 2012).

El segundo mecanismo; tratamiento de rehabilitación médica y psicológica tiene como objetivo “evitar que el participante recaiga en el consumo de la sustancia que le causa adicción” (Cadena, 2012, p. 229). Por último, la reinserción, donde se alienta a los usuarios para que cumplan con ciertos requisitos que ayuden a garantizar el éxito del tratamiento, así como su reintegración a la sociedad (Tabla 4). De igual manera, deberán contar con documentación oficial como acta de nacimiento, CURP, cartilla militar y tener un trabajo estable (Cadena, 2012). Otro elemento fundamental para el funcionamiento del programa es el sistema de recompensas y sanciones (Tabla 4).

Tabla 4

Sistema de incentivos y sanciones para el participante del programa TTA

Incentivos	Sanciones	Requisitos a cumplir para recibir incentivos finales del programa
<ul style="list-style-type: none"> * Destacar en audiencia pública el progreso del paciente. * Reducir el término acordado para el tratamiento. * Reducir la frecuencia de supervisión judicial. * Autorizar ausentarse del domicilio de residencia. * Autorizar el disfrute de privilegios especiales. * Disminuir las restricciones domiciliarias para trabajar, estudiar y aumentar la interacción familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> * Amonestarlo en la audiencia pública. * Ordenar el aumento en la frecuencia de actividades en el Centro de Tratamiento. * Aumentar la frecuencia de supervisión judicial. * Aumentar la frecuencia de pruebas antidoping. * Ordenar la realización de trabajo comunitario. * Aumentar la restricción domiciliaria. * Ordenar su arresto administrativo hasta por 36 horas. * Expulsión del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> * Tener un modo honesto de vivir. * Establecer un domicilio y comunicar los cambios que realice. * No cometer nuevo delito que merezca pena corporal. * No amenazar, ni acercarse a la víctima u ofendido o algún testigo que haya depuesto o tenga que deponer en su contra. * Abandonar el trato con determinadas personas. * Eliminar la visita a determinados lugares. * Matricularse en un centro de educación formal cuando sea el caso o en donde puedan capacitarlo para adquirir alguna profesión u oficio. * Abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas o drogas. * Someterse a la vigilancia de la autoridad en los términos y condiciones que el caso amerite, someterse a los tratamientos psiquiátricos que necesite, prestar determinado servicio a la comunidad.

Fuente: Roque y Mancera, 2012, p. 209.

El tipo de delitos también es diferente en cada estado, por ejemplo, Nuevo León trabaja principalmente violencia familiar y robo simple, a diferencia de Morelos donde se contemplan además, lesiones, omisión de cuidados, omisión de auxilio a lesionados, amenazas, asalto, allanamiento de morada, violación de la intimidad personal, hostigamiento sexual, abuso sexual, robo simple o calificado, alteración de la imagen urbana, encubrimiento por receptación, portación de arma, incumplimiento de las obligaciones de asistencia alimentaria, sustracción o retención de menores incapaces, incesto, falsedad ante autoridad, ataques a las vías de comunicación y medios de transporte, delitos contra la seguridad del tránsito de vehículos y narcomenudeo (Poder Judicial del Estado de Morelos, 2015).

Los tribunales para el tratamiento de las adicciones constituyen un ejemplo de trabajo interinstitucional y multidisciplinario, sin el apoyo de las organizaciones internacionales, nacionales y estatales que colaboran diariamente para el funcionamiento del programa no sería posible brindar tratamiento a los participantes. La evaluación es parte fundamental para medir las fortalezas y áreas que pueden ser mejoradas, aún falta más para lograr que el modelo mexicano de tribunales se convierta en referente a nivel mundial y logre mayor fortalecimiento de nuestros sistemas de justicia.

2.2.2 Programa de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas

Un avance significativo para el sistema penitenciario de nuestro país es la publicación de la Ley Nacional de Ejecución Penal, que tiene por objeto:

Establecer las normas que deben de observarse durante el internamiento por prisión preventiva, en la ejecución de penas y en las medidas de seguridad impuestas como consecuencia de una resolución judicial, establecer los procedimientos para resolver las controversias que surjan con motivo de la ejecución penal y regular los medios para lograr la reinserción social (Ley Nacional de Ejecución Penal, art. 1).

Dentro de esta ley se contempla un capítulo referente a la Justicia Terapéutica, específicamente a través del Programa de Justicia Terapéutica para Personas con Consumo de Sustancias Psicoactivas:

Es una estrategia que opera bajo estricta supervisión que se centra en el abordaje terapéutico por el consumo de sustancias psicoactivas como alternativa al proceso judicial o al encarcelamiento; dirigido a primo delincuentes que cometieron delitos no graves siempre que se cumplan los criterios jurídicos y sanitarios para el efecto (Santamaría, 2016, p. 11).

El antecedente directo de este programa lo constituyen los Tribunales para el Tratamiento de las Adicciones, aunque el modelo de Justicia Terapéutica es de reciente inclusión (junio 2016) se pretende iniciar su aplicación al interior de los estados que ya cuentan con tribunales, es decir Chihuahua, Durango, Estado de México, Morelos y Nuevo León (Santamaría, 2016). El programa servirá como guía metodológica para el trabajo que ya se realiza en las entidades federativas, buscando homologar las acciones a nivel federal con la finalidad de lograr su sistematización en todo el país (Cobo, 2016). Durante el 5° Taller de Capacitación de Alto Nivel del Programa de Justicia Terapéutica para Personas con Consumo de Sustancias Psicoactivas, celebrado en la Ciudad de México durante noviembre de 2016 se presentó esta guía que aún se encuentra en pre-edición.

Las bases del programa se fundamentan en entender que los trastornos por la dependencia de sustancias se consideran una enfermedad biopsicosocial; reducir situaciones de riesgo de la persona sentenciada frente a la justicia sobre la dependencia en el consumo de sustancias; garantizar la protección de los derechos de la persona sentenciada; fomentar programas que promuevan estrategias de integración social; mantener una interacción constante entre la persona sentenciada, el centro de tratamiento, el juez de ejecución y los demás operadores; medir el logro de metas y su impacto; promover la capacitación interdisciplinaria y actualización del personal de las instituciones operadoras del sistema (Ley Nacional de Ejecución Penal, art. 170).

La metodología comparte aspectos de los tribunales que se han mencionado previamente, como los delitos que podrían participar, el momento en el cual se solicita al juez esta alternativa, las modalidades de intervención en el tratamiento, el procedimiento para la admisión al programa, así como los incentivos y medidas disciplinarias (Ley Nacional de Ejecución Penal, arts. 174, 178, 179,181,187,188).

El programa ofrece una alternativa al encarcelamiento para las personas que hayan sido sentenciadas por la comisión de un delito que está relacionado con el consumo de sustancias, de tal manera que se ofrece rehabilitación e integración para reducir los índices delictivos (Ley Nacional de Ejecución Penal, art. 169). Es necesario recordar que al ser de reciente creación, se debe mantener una vigilancia cercana para conocer si se han cumplido los objetivos, el seguimiento del modelo permitirá realizar los ajustes necesarios para su operación en otros estados.

Se establecen también las etapas del tratamiento: evaluación diagnóstica inicial, diseño del programa de tratamiento, desarrollo del tratamiento clínico, rehabilitación e integración comunitaria y evaluación y seguimiento (Ley Nacional de Ejecución Penal, art. 175). Los principios que rigen al programa se ilustran en la Tabla 5.

Santamaría (2014) señala que deben considerarse aspectos como la aplicación de un instrumento que permita identificar a los posibles candidatos y generar estadística, promover la participación de la sociedad civil y la iniciativa privada a través de convenios, analizar la legislación penal de los estados para ampliar los criterios de elegibilidad, fortalecer los mecanismos de captación puesto que existen otros que resultan de mayor interés para las personas sentenciadas, incluir a los agentes policiales para la supervisión al participante y sensibilizar de forma permanente a fiscales, jueces y defensores para la canalización de los usuarios que recibirán tratamiento.

Tabla 5

Principios del Programa de Justicia Terapéutica para Personas con Consumo de Sustancias Psicoactivas

Principio	
Voluntariedad	La persona sentenciada tiene el derecho a decidir si acepta someterse al programa; debe ser informada de los beneficios, condiciones y medidas disciplinarias exigidas.
Flexibilidad	Considerar la evolución del trastorno por dependencia de sustancias durante todas las etapas así como para la aplicación de incentivos y medidas disciplinarias.
Confidencialidad	La información personal de los participantes deberá resguardarse en todo momento y sólo tendrán acceso los operadores del sistema.
Oportunidad	Debe fomentar la armonía social mediante acciones basadas en el compromiso de las personas sentenciadas y satisfacción de la víctima u ofendido en la reparación del daño.
Transversalidad	Unificación y complementariedad de los conocimientos en el trastorno por dependencia de sustancias que permite a las instituciones participantes la realización de las actividades previstas por la ley.
Jurisdiccionalidad	La supervisión judicial debe ser amplia y coordinada para garantizar el cumplimiento de la persona sentenciada.
Complementariedad	Convivencia de otros programas dirigidos a la abstinencia y reducción de riesgos y daños.
Igualdad sustantiva	Los beneficios deben garantizarse por igual a las personas sentenciadas.
Integralidad	Abordaje integral y multifactorial de cada persona.
Diversificación	Uso de diferentes métodos y estrategias para la apertura de investigación y evaluación en las etapas del programa.

Fuente: Ley Nacional de Ejecución Penal, art. 171.

2.3 Ventajas y desafíos de los tribunales de tratamiento de adicciones

2.3.1 ¿Por qué hablamos de una alternativa eficaz?

La investigación muestra que los tribunales de drogas proveen beneficios en diversas áreas, múltiples estudios se han llevado a cabo con la finalidad de evaluar si los participantes de un juzgado de tratamiento de adicciones muestran mejores resultados en comparación con aquellos que no han estado involucrados en sistemas de este tipo.

Un estudio realizado en el año 2003 por el Instituto Nacional de Justicia de los Estados Unidos, donde fueron evaluadas 23 cortes de drogas de diferentes ciudades del mismo país, encontró que en el año previo al seguimiento de 18 meses, los participantes del tribunal de drogas fueron menos propensos a involucrarse en cualquier actividad criminal en comparación con el grupo de control (40% vs 53%), delitos relacionados con drogas (36% vs 50%), conducir en estado de ebriedad (19% vs 27%) y delitos contra la propiedad (4% vs 10%). Asimismo, de aquéllos que reportaron cometer algún delito dentro del mismo seguimiento, los participantes de la corte de drogas señalaron haber realizado alrededor de la mitad de los delitos en comparación con el grupo de control (43% vs 88.2%). Por otra parte, también se encontró que los participantes de las cortes de drogas fueron significativamente menos propensos que el grupo de comparación a reportar el uso de cualquier droga en el año previo al seguimiento de 18 meses (56% vs 76%) (Rempel, Green, & Kralstein, 2012; Rossman, Roman, Zweig, Rempel & Lindquist, 2011).

En este sentido, Mitchell, Wilson, Eggers y Mackenzie (2012) hicieron una revisión meta analítica de 154 evaluaciones independientes de cortes tradicionales y no tradicionales respecto a la efectividad de los tribunales sobre la reincidencia de los participantes. En la mayoría de las evaluaciones analizadas, se encontró que los participantes en cortes de drogas tienen índices menores de reincidencia en contraste con los no participantes (50% a 38%) y estos efectos pueden durar hasta 3 años.

Otro ejemplo es la investigación de Jewell, Rose, Bush y Bartz (2016) en la cual se utilizaron 3 grupos comparativos: participantes graduados de un tribunal de drogas, aquéllos que se habían retirado voluntariamente del programa y quienes fueron

rechazados para su inclusión en el mismo. Al hacer las comparaciones relativas a reincidencia encontraron que el grupo de los graduados tuvo menor reincidencia en comparación con los demás. Por ejemplo, con relación al porcentaje de reincidencia al encontrarse dentro de un año de haber sido dados de alta del programa fue de 9.7% en los graduados, 22.9% en los que dejaron el programa y 31.3% en los que fueron rechazados para participar.

Por otra parte, los tribunales de tratamiento de adicciones pretenden reducir los costos que implica al Estado la reinserción de una persona que ha cometido un delito. Actualmente en México se gastan aproximadamente 34 millones de pesos diarios para mantener a las personas que se encuentran en prisión, el costo diario en manutención (alimento y vestido) por interno en el país es de \$140 pesos. El costo anual de un programa de tribunales de drogas por persona oscila entre 1,800 y 4,400 dólares a diferencia de un año en prisión que cuesta de 20,000 a 30,000 dólares por año (Camacho, 2013).

2.3.2 Retos que enfrentan los tribunales de tratamiento de adicciones

La *Drug Policy Alliance* presenta en el documento *Drug Courts Are Not the Answer* (Las Cortes de Drogas no son la Respuesta) sus descubrimientos acerca de lo que podría no estar funcionando en los tribunales de drogas y por qué no son la mejor opción para abordar el problema. Los principales enunciados que señalan son:

1. La investigación de las cortes de drogas es poco fiable. A pesar de que existe una gran variedad de estudios que miden los efectos de los tribunales, muchos de ellos carecen de rigor metodológico, utilizan muestras a su conveniencia o grupos de control con personas que fracasaron o no completaron el programa.

2. Los resultados de las cortes de drogas no son notablemente mejores que la libertad condicional. Las estadísticas de los estudios no demuestran diferencias significativas entre grupos, esto puede deberse a que se ha creado un efecto “cherry-picking”⁷ dentro de las mismas, al elegir participantes con características que les permiten tener mayor éxito en el tratamiento. Así, estos últimos se comparan con

⁷ En español se entiende como “hacer una selección personal” o “manipular” en este caso al elegir a los posibles participantes en los estudios.

grupos de control donde hay personas que no completaron el programa o no cumplieron con las características de elegibilidad lo cual provoca que no tengan las mismas oportunidades de éxito.

3. Las sanciones de encarcelamiento no mejoran los resultados. Hasta el momento, no existen evidencias certeras sobre los efectos positivos que pudiera tener esta sanción sobre los participantes, por el contrario, se ha estudiado que ésta incrementa las posibilidades de reincidencia y disminuye las probabilidades de completar el tratamiento.

4. Las cortes de drogas limitan el acceso a tratamientos probados. Las opciones de tratamiento para los participantes son, en muchas ocasiones, limitadas y no cubren todas las necesidades. De igual manera, se sigue el enfoque de la abstinencia sin tener en cuenta otros métodos que pueden tener mayor éxito, especialmente frente a ciertos tipos de drogas.

5. Las cortes de drogas podrían no mejorar la seguridad pública. Al limitar los tipos de delitos por los cuales las personas sentenciadas pueden ser elegidas, las cortes de drogas se ven reducidas a tratar sólo con delitos menores, algunas incluso castigan el consumo que no siempre es problemático. Lo anterior, da paso a que sean aceptadas personas en cuyo historial no se presentan datos clínicos de un trastorno por abuso de sustancias.

6. Las cortes de drogas no reducen el encarcelamiento. Las personas que no terminan el programa enfrentan sentencias más largas, asimismo el uso de arrestos como sanciones dentro del tratamiento, se traduce finalmente en un número importante de días pasados en prisión.

7. Los tribunales de drogas no recortan los costos. Las investigaciones realizadas no han examinado a fondo esta variable, además no resulta apropiado comparar el costo del tratamiento en una corte de drogas de una persona que ha cometido un delito no grave, con aquellos en reclusión debido a que llevaron a cabo un delito grave y requieren de atención especial (Drug Policy Alliance, 2011).

Con relación a las críticas que realiza la *Drug Policy Alliance*, la Asociación Nacional de Profesionales de Cortes de Drogas de Estados Unidos ofrece datos

concretos que contradicen estos supuestos (National Association of Drug Court Professionals, s/f):

Las cortes de drogas reducen el delito:

- A nivel nacional, 75% de los graduados del programa permanecen libres de arrestos por lo menos dos años después de haber terminado el tratamiento.

Las cortes de drogas ahorran dinero:

- En escala nacional, por cada dólar invertido en las cortes de drogas, los contribuyentes ahorran hasta tres dólares en gastos de justicia criminal evitados.
- Los Tribunales de Drogas producen ahorros de costos que oscilan entre \$ 3,000 USD y \$ 13,000 USD por cliente. Estos ahorros de costos reflejan costos de prisión reducidos, arrestos y menor victimización.

Los tribunales de drogas aseguran el cumplimiento:

- Los tribunales de drogas tienen seis veces más probabilidades de mantener a los infractores en tratamiento el tiempo suficiente para que puedan mejorar.

Aunado a lo anterior, existen otras críticas al modelo como la criminalización del consumo de drogas ya que existen algunos tribunales que admiten personas cuyo delito es la posesión o consumo de alguna sustancia; se continúa dando una respuesta judicial al problema puesto que el juez se convierte en uno de los actores principales para el funcionamiento del programa; el carácter voluntario del tratamiento está en duda, esto debido a la posible coerción ejercida sobre los candidatos para que acepten esta medida, al suponer que de no acceder a inscribirse en el programa deberán cumplir la sentencia en un centro penitenciario, dejándolos sin otras alternativas; finalmente los tribunales deberían ser evaluados por agentes externos y obligados a informar periódicamente sobre los resultados que han obtenido (Ramírez, 2016).

Si bien es cierto que las bondades del modelo han permitido la introducción de una oportunidad para tratar la adicción con un enfoque diferente, es relevante analizar lo que puede mejorarse. Los tribunales de tratamiento para las adicciones deben contar con evaluaciones continuas, informes periódicos sobre sus actividades y generar estadística

que permita observar los avances o retrocesos. La transparencia del programa es un factor clave para el éxito, de esa manera se puede construir mayor confianza en las autoridades tanto judiciales como de salud, asegurar el cumplimiento de los objetivos así como abrir oportunidades para el cambio cuando sea pertinente.

Capítulo 3. Tribunal para el tratamiento de adicciones en Puebla y papel de la Criminología

3.1 Contexto de consumo de sustancias y delitos en Puebla

3.1.1 Estudio piloto

Como parte de esta investigación, se llevó a cabo un ejercicio de análisis para conocer los casos de aquellas personas que podrían ser candidatos para el tribunal de tratamiento de adicciones. El objetivo principal fue ubicar el número de internos por los delitos de violencia familiar y robo que se encuentran en un Centro de Reinserción Social del Estado de Puebla para obtener información relacionada con la conducta delictiva desplegada y el contexto de la misma, lo anterior se logró a través de la revisión de expedientes y el llenado de datos en un instrumento (que se describe en el siguiente apartado) para los fines requeridos.

3.1.2 Metodología

El presente estudio se realizó con internos del Centro de Reinserción Social de Puebla. En primer lugar, se solicitaron los permisos correspondientes para tener acceso a los expedientes de quienes se encuentran por el delito de violencia familiar o robo. De esta manera, se permitió la entrada al área de archivo donde un total de 30 casos fueron proporcionados.

El instrumento utilizado para recolectar los datos es un cuestionario conformado a modo de Ficha de Historia Penitenciaria⁸ (Estrada, Rodríguez & Solano, 2012) donde se pretenden establecer las características contextuales criminógenas de los individuos que han sido internados en centros penitenciarios. La ficha permite registrar información de estado civil, escolaridad, actividad laboral, adicciones (tipo de sustancia, su importancia y la edad de inicio en cada una de las drogas consumidas) así como de carrera delictiva. A este instrumento, se añadió un ítem más que evalúa si el interno ha recibido o recibe tratamiento específico para su adicción al alcohol o drogas.

Es importante mencionar que existieron algunos obstáculos para conseguir la información, esto debido a que la mayoría de los expedientes no están completos, es

⁸ El instrumento fue facilitado por los autores.

decir, no contienen todos los datos relativos a las áreas de trabajo que existen dentro del CERESO, el acceso para revisar los datos es restringido por cuestiones de confidencialidad y dentro de los expedientes es escasa la información concerniente al consumo de sustancias. Aunque dentro de los expedientes se encuentra información sobre si el interno ha utilizado o utiliza actualmente drogas y la edad de inicio del consumo, no hay datos específicos sobre el consumo al momento de su detención, y los que existen no están actualizados.

En cuanto a la muestra, los 30 expedientes consultados son el total de casos identificados en el Centro de Reinserción Social de Puebla que corresponden al total de los delitos por violencia familiar y robo que se encontraban privados de su libertad. Sólo se consideraron éstos porque representan los más comunes dentro de los tribunales de tratamiento de adicciones. Es relevante mencionar que la mayoría de los internos aún están en espera de recibir sentencia, es decir son procesados, lo cual significa que todavía no han sido decretados culpables y por lo tanto tienen probabilidad de ser puestos en libertad, a pesar de que algunos tienen una estancia en la cárcel superior a 10 meses.

3.1.3 Resultados

De los 30 expedientes revisados, 26 (86.7%) corresponden a casos de hombres y 4 (13.3%) son mujeres. En cuanto a la edad, la media es de 31.4 siendo la edad mínima 18 y la máxima 55. Con relación al estado civil, 12 (40%) son solteros, 2 (6.7%) casados, 1 (3.3%) divorciado y 15 (50%) viven en unión libre.

El 100% de los internos se percibe de clase social baja y en lo relativo a la escolaridad 1 (3.3%) presenta analfabetismo, 14 (46.7%) cursó estudios de primaria, 12 (40%) secundaria y 3 (10%) bachillerato. La situación laboral antes de estar en internamiento refleja que 5 (16.7%) estaban desempleados, 19 (63.3%) empleados y 6 (20%) se dedicaban a la economía informal.

El 36.7%, es decir 11 internos cometieron el delito de robo calificado y 19 (63.3%) de violencia familiar. Los datos relativos a la situación penitenciaria muestran que el 33.3% de los internos son reincidentes mientras que el 66.7% se encuentran en prisión por el primer delito cometido, es decir como primodelincuentes (Figura 3).

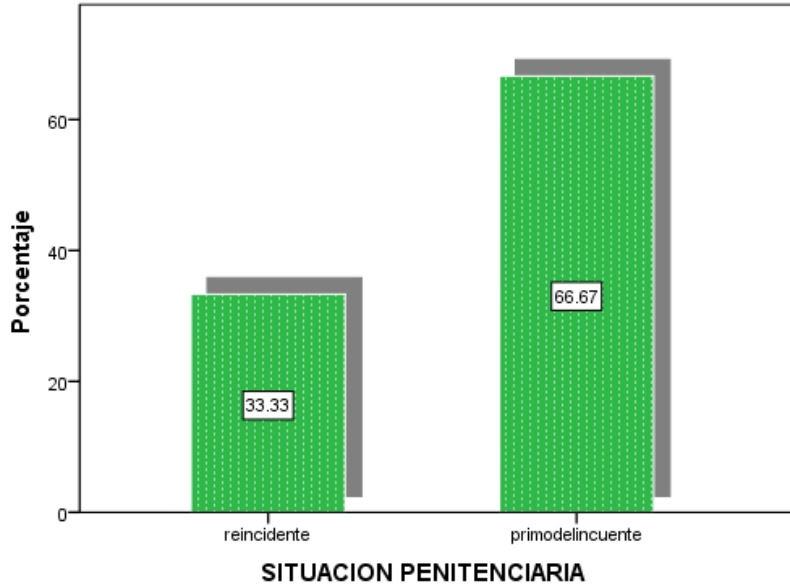


Figura 3. Situación penitenciaria

Por otro lado, la Figura 4 ilustra el estado procesal que guardan los internos de la muestra, así se tiene que sólo 4 (13.3%) tienen una sentencia y 26 (86.7%) aún están procesados.

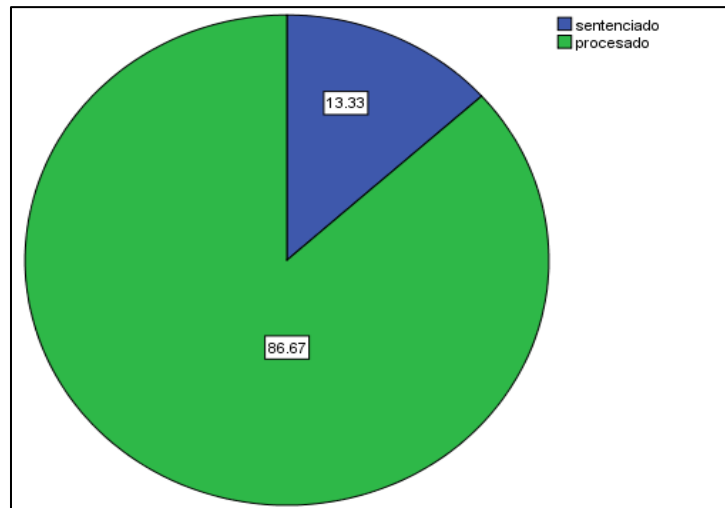


Figura 4. Estado procesal

El principal objetivo de este estudio piloto fue conocer si existe consumo de sustancias en los internos por los delitos ya mencionados. El análisis se presenta por cada una de las drogas consumidas así como la edad de inicio de la misma.

De esta manera, 13 internos (43.3%) han consumido marihuana, mientras que 17 (56.7%) resultaron negativos para esta droga (Figura 5).

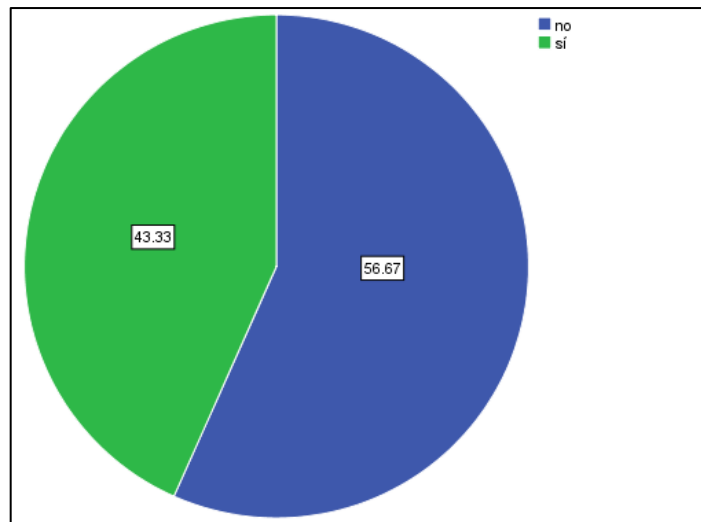


Figura 5. Consumo de marihuana

Asimismo, la edad de inicio de consumo sucede en su mayoría antes de los 18 años (Figura 6).

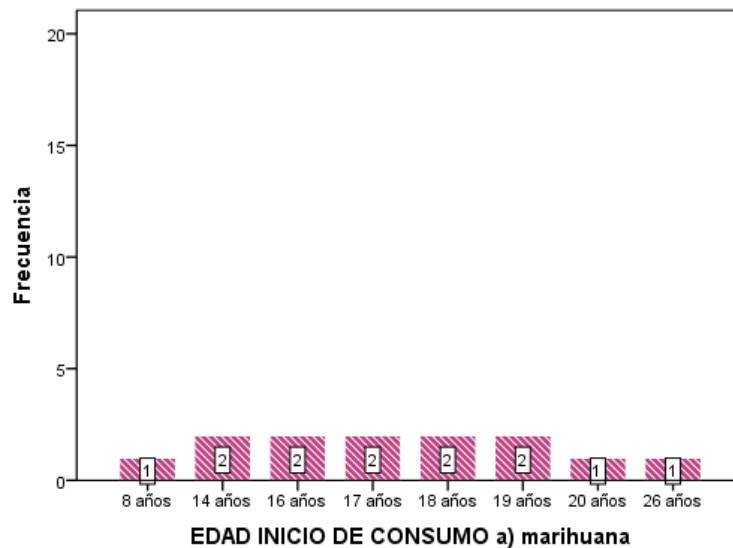


Figura 6. Edad de inicio de consumo marihuana

En cuanto al uso de cocaína, únicamente se encontró que 3 (10%) de los internos consumen esta droga (Figura 7). La edad de inicio corresponde en la mayoría de los casos a 19 años, seguido por un interno cuyo inicio fue a los 34 años (Figura 8).

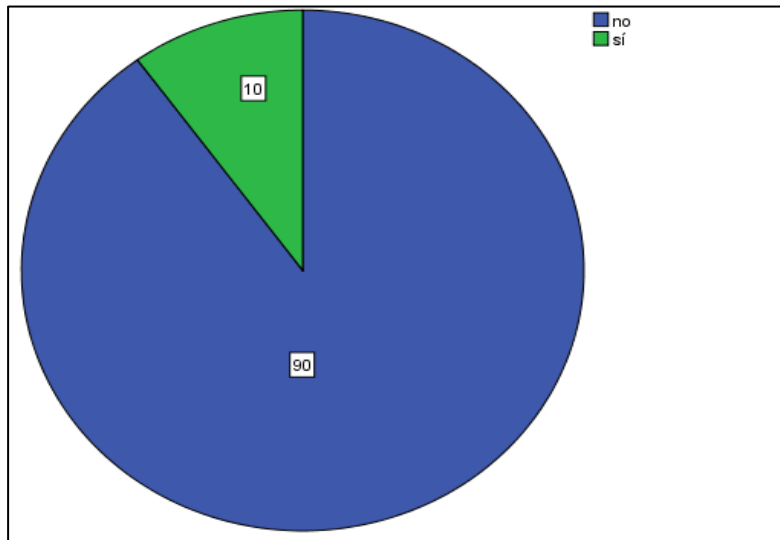


Figura 7. Consumo de cocaína

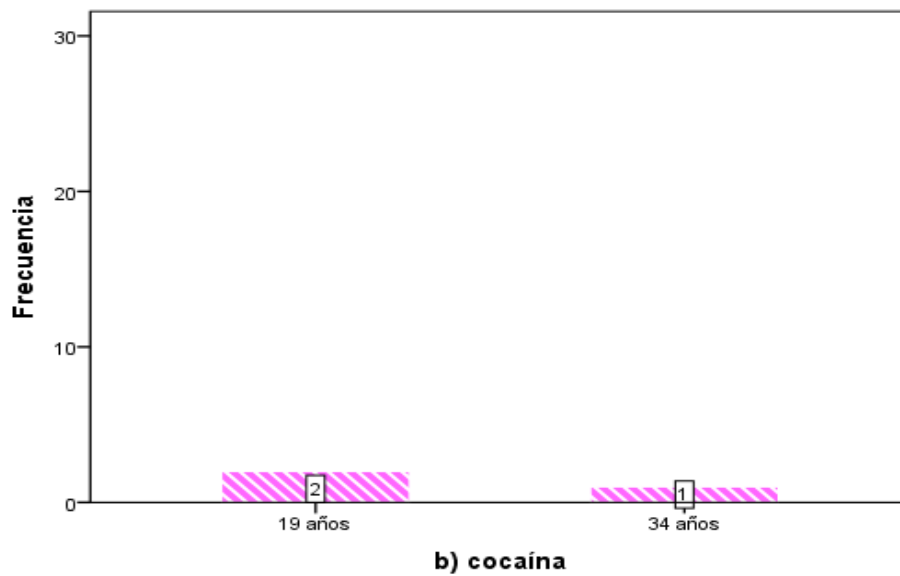


Figura 8. Edad de inicio de consumo cocaína

En relación al consumo de heroína se encontró uso en 3 (10%) casos (Figura 9), siendo la edad de inicio para todos de 20 años.

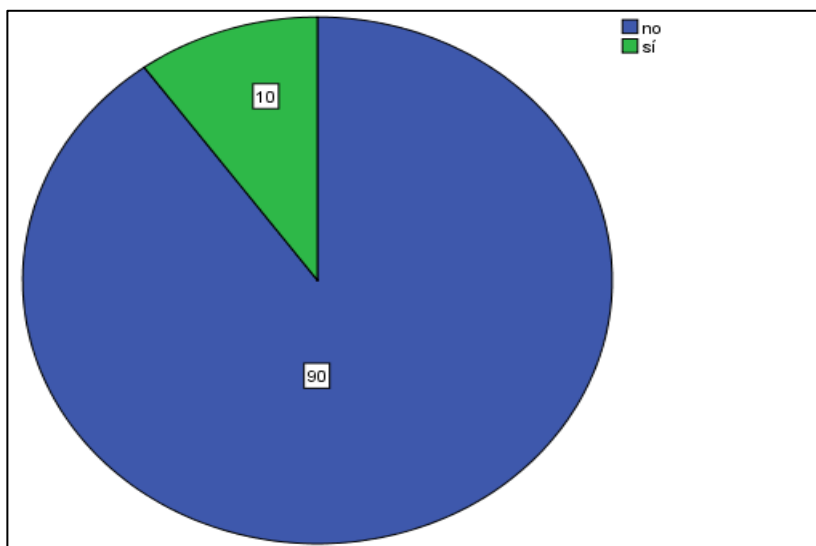


Figura 9. Consumo de heroína

En el caso de las pastillas, sólo dos internos reportaron su consumo, con edades de inicio de 14 y 17 años. Los inhalantes se encontraron reportados en 4 casos (Figura 10) cuya edad de inicio mínima fue de 6 años y máxima de 32 años (Figura 11).

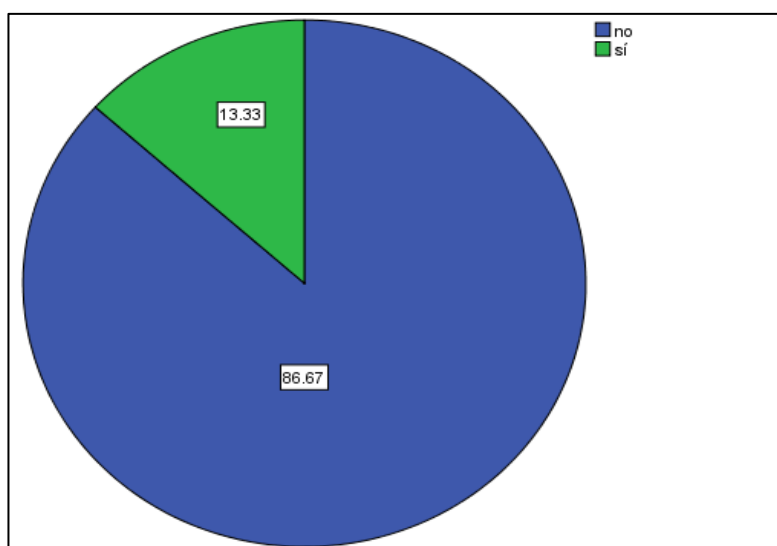


Figura 10. Consumo de inhalantes

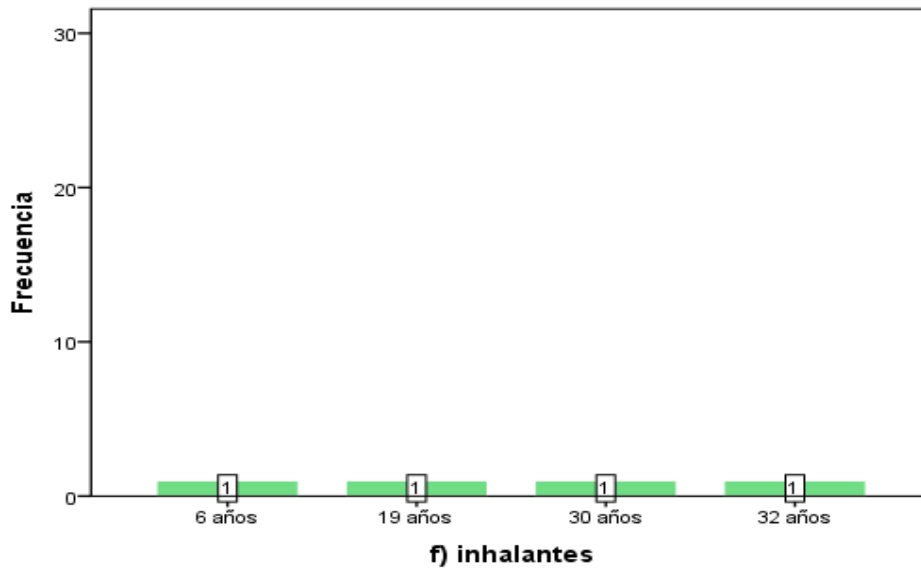


Figura 11. Edad de inicio de consumo inhalantes

En lo que respecta al consumo de alcohol, 29 (96.7%) casos resultaron positivos para esta sustancia (Figura 12).

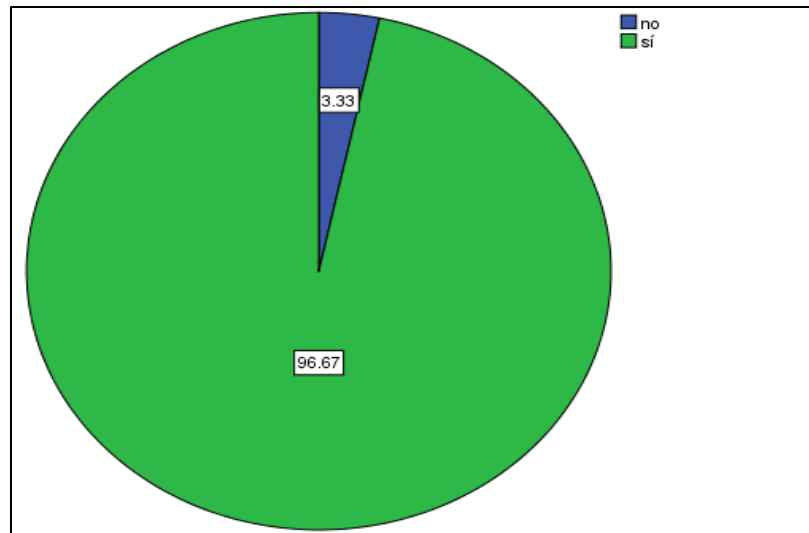


Figura 12. Consumo de alcohol

Las edades de inicio van de los 6 años hasta los 25, con un interno cuya edad no es conocida. En la mayoría de los internos la edad de inicio de consumo sucede antes de los 18 años (Figura 13).

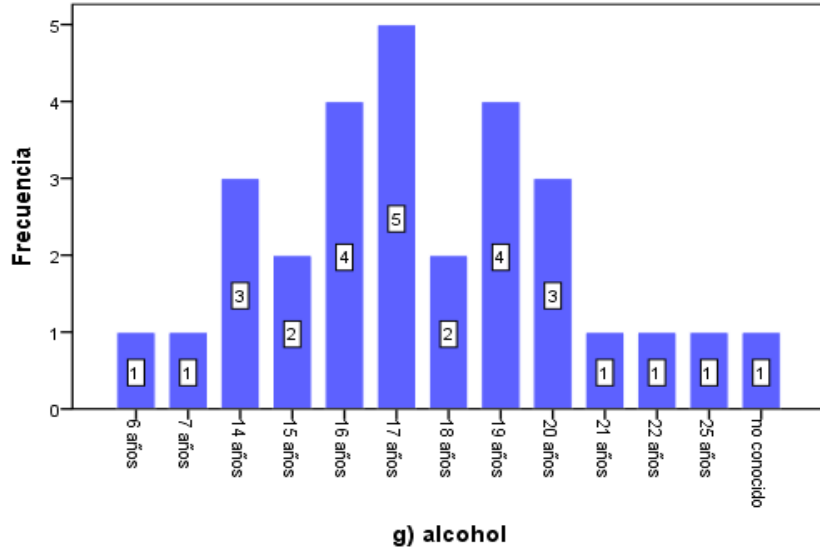


Figura 13. Edad de inicio de consumo alcohol

La última droga considerada en el estudio es el tabaco. Para éste, 26 (86.7%) casos fueron encontrados (Figura 14). La edad de inicio de consumo va desde los 6 años hasta los 22, nuevamente se refleja que en la mayoría de los internos el uso de la sustancia comenzó antes de los 18 años (Figura 15).

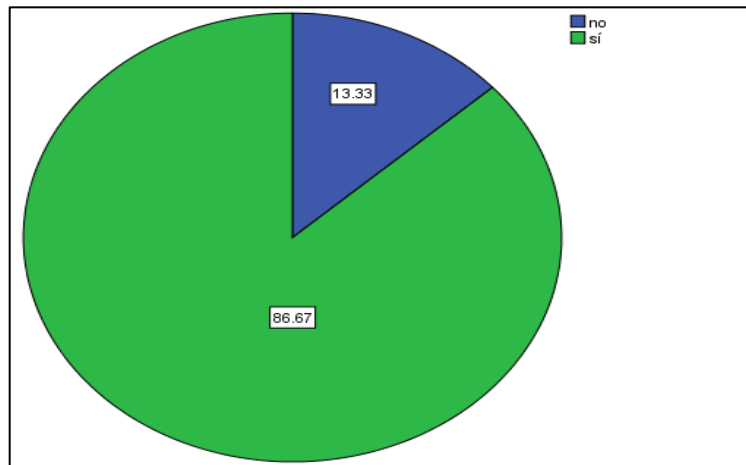


Figura 14. Consumo de tabaco

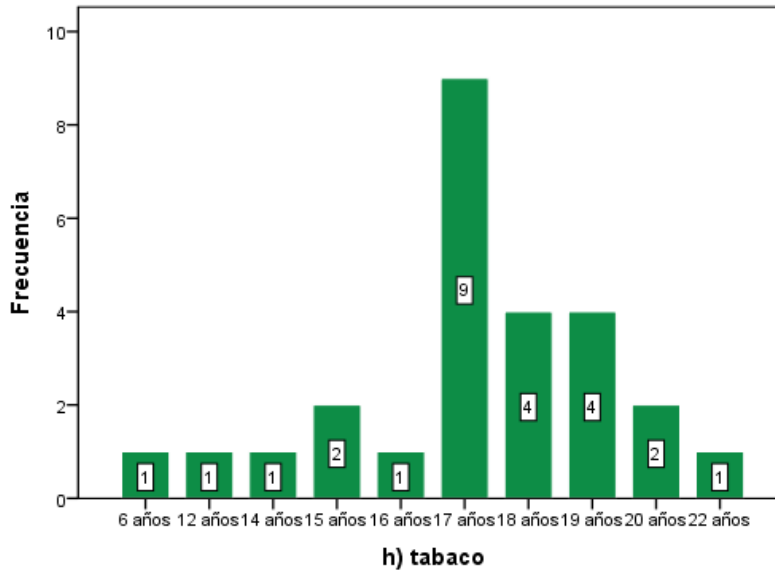


Figura 15. Edad de inicio de consumo tabaco

Otro de los objetivos del estudio es considerar si los internos han recibido en el pasado tratamiento por consumo de sustancias. Al respecto, se encontró que 93.3%, es decir 28 de los casos, no han participado en tratamientos para la desintoxicación (Figura 16).

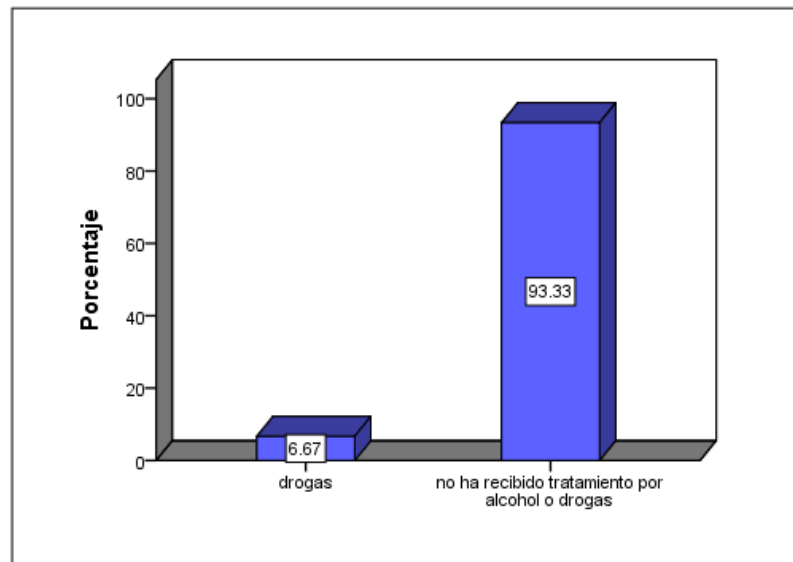


Figura 16. Tratamiento recibido por consumo de alcohol o drogas en el pasado

3.1.4 Discusión

Las tres drogas más consumidas según lo contenido en los expedientes de los internos son el alcohol, el tabaco y la marihuana. En lo relativo al alcohol, 29 (96.7%) casos resultaron positivos para esta sustancia, la edad promedio de inicio es de 16.9 años, siendo la edad mínima 6 años y la máxima 25. En segundo lugar, el tabaco refleja consumo en 26 (86.7%) de los casos revisados, el inicio de consumo promedio es de 16.3 años, la edad mínima de 6 años y máxima de 22. Con respecto a la marihuana se encontró presencia en 13 internos (43.3%), cuya edad de inicio promedio es de 17 años, la edad mínima es 8 años, mientras que la máxima es de 26 años.

Bajo esta perspectiva, la Dirección General de Ejecución de Sanciones y Medidas del Estado de Puebla, llevó a cabo una investigación en la cual se presentan datos relacionados con el consumo de sustancias y la comisión de delitos. Entre los resultados más destacados se incluyen los siguientes:

La muestra asciende a 643 (13.8%) de 4632 sentenciados hasta febrero de 2015, quienes se encuentran en los distintos Centros de Reinserción Social del Estado de Puebla. De ellos, 227 cometieron el delito bajo los efectos de la intoxicación, y de éstos únicamente 58 informaron que han recibido tratamiento (Figura 17).

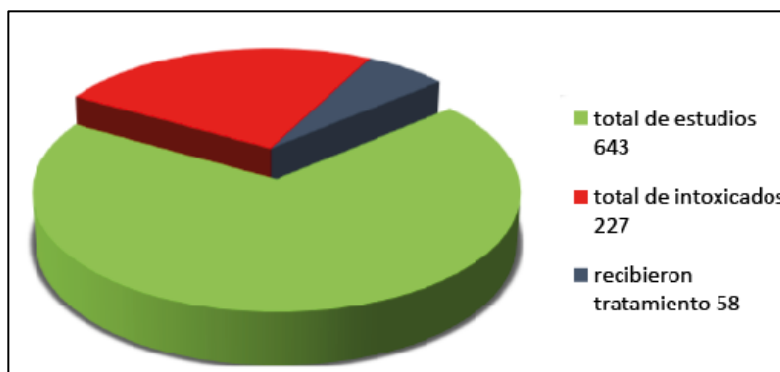


Figura 17. Delitos cometidos con intoxicación.
Fuente: Durán y Avendaño, 2016, p. 97.

De los 227 internos que presentaron intoxicación, 200 consumieron alcohol, es decir el 88.1% lo cual representa la mayoría; le siguen drogas como marihuana, cocaína y heroína, con sólo tres usuarios por cada una de ellas. 19 personas manifestaron el uso combinado de drogas y 1 utilizó alguna sustancia distinta de las evaluadas (Figura 18).

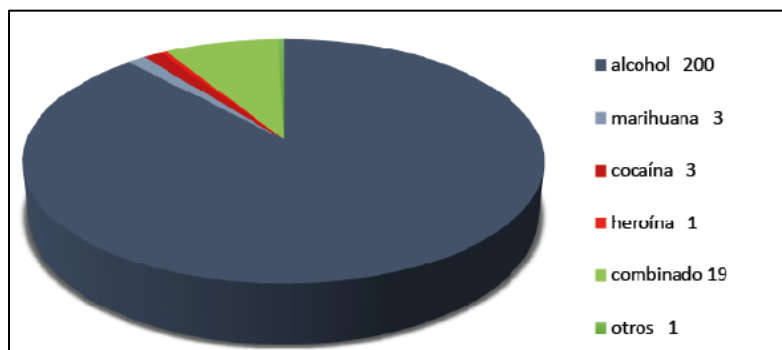


Figura 18. Tipos de sustancia y delito.
Fuente: Durán y Avendaño, 2016, p. 97.

En cuanto al tipo de delito cometido bajo la influencia de alguna sustancia tóxica, la mayoría corresponde a los delitos contra la vida y la integridad corporal con 101 casos (44.4%). En segundo lugar, los delitos contra las personas y su patrimonio donde existen 62 casos (27.3%). Después, delitos sexuales con presencia de 51 casos (22.4%), los delitos contra la paz, seguridad y las garantías de las personas ocupan el cuarto puesto con 8 casos (3.5%). En quinto lugar, los delitos contra la salud en su modalidad de narcomenudeo con 3 casos (1.32%). Finalmente, con sólo 2 casos (.8%) se encuentran los delitos contra la familia (Figura 19).

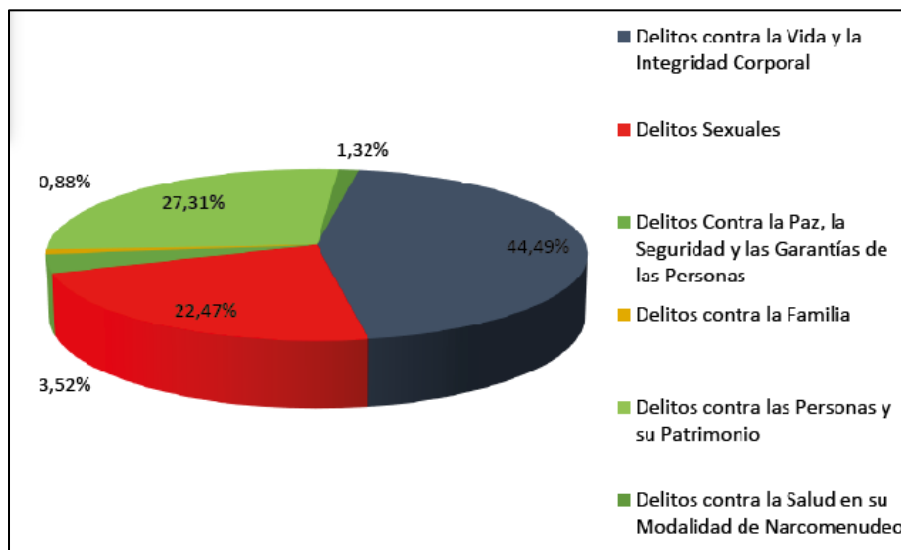


Figura 19. Delitos cometidos bajo el influjo de sustancia tóxica.
Fuente: Durán y Avendaño, 2016, p. 99.

Tanto en el análisis de expedientes realizado en nuestro estudio piloto, como en el estudio llevado a cabo por Durán y Avendaño (2016), la droga de mayor consumo es el alcohol. Con relación a los delitos analizados, aquellos contra el patrimonio constituyen los segundos más frecuentes ejecutados bajo la influencia de alguna sustancia. Los delitos contra la familia no muestran mayores estadísticas, sin embargo se debe tomar en cuenta que éstos pueden ser la combinación de otros, como delitos sexuales o contra la vida.

Los datos revelados, nos ayudan a entender la posible relación entre el consumo de sustancias y el comportamiento delictivo. De ahí la importancia de contar con estudios específicos que evalúen el consumo en detenidos recientes o la historia de uso de drogas en una persona que ha cometido un delito, se deben considerar otras variables y realizar el diagnóstico oportuno para detectar un trastorno por dependencia de sustancias, lo cual permitirá diseñar el tratamiento adecuado para cada caso. El tribunal de tratamiento para las adicciones puede ser la opción para muchos de los hechos presentados, teniendo como consecuencia positiva la disminución de personas dentro de las cárceles y la aceleración del sistema de justicia, brindando la oportunidad de rehabilitación a quienes cumplan con las condiciones requeridas.

3.2 Tribunal para el tratamiento de adicciones en Puebla

3.2.1 Modelo de TTA en Puebla

Los tribunales para el tratamiento de las adicciones son una realidad en el país. Actualmente operan en cinco estados: Chihuahua, Durango, Estado de México, Morelos y Nuevo León. El apoyo para su implementación viene desde la Secretaría de Gobierno, la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana, la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional contra las Adicciones. A estas instituciones se suman aquellas que participan a nivel estatal, cuya actuación forma parte fundamental para su estructura y ejecución. La Organización de Estados Americanos a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) ha sido parte importante para la orientación y capacitación desde el diseño hasta la implementación de cada tribunal en América Latina, incluidos los que existen en México.

A partir del 2014, se comenzó con la ejecución de dos fases para la operación de tribunales en 10 estados. En la Fase uno se contempló al Estado de México, Morelos, Durango y Chihuahua. En todos ellos se cumplió con el objetivo de comenzar funciones, aunque algunos aún están en la etapa de implementación. La fase dos incluyó a Baja California, el Distrito Federal, Hidalgo, Sonora, Puebla y Guanajuato (Figura 20).

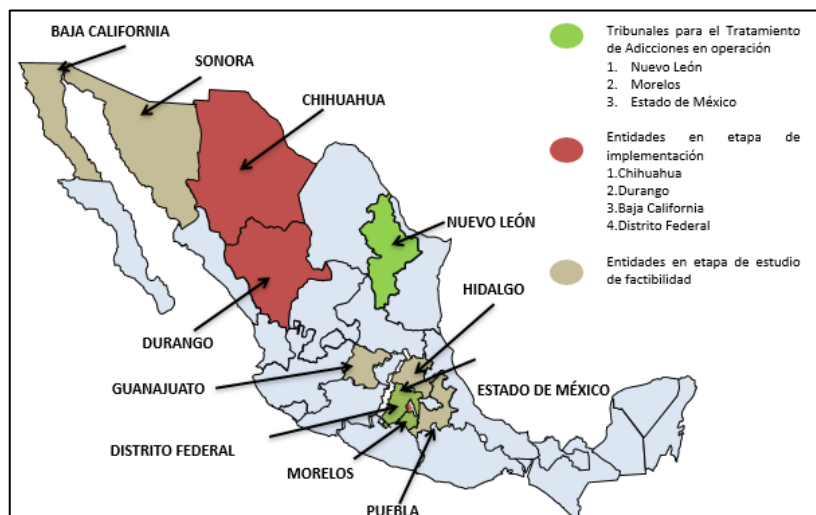


Figura 20. Avances 2013-2014 en la implementación de TTA.
Fuente: Santamaría, 2014, p. 30.

Para el logro de la implementación de estos tribunales el tiempo considerado fue de dos años, es decir, el proyecto comenzó en 2014 y debía culminar en 2016 con la consolidación del modelo en los estados participantes en cada etapa. Sin embargo, el último tribunal inaugurado fue el de Durango en diciembre de 2014. El resto de los que se habían contemplado se encuentran aún en la etapa de diagnóstico de viabilidad, además se sumó a esta última fase el estado de Chiapas, el cual firmó un convenio con la Organización de Estados Americanos para la apertura de un tribunal en aquel lugar (Ramírez, 2016).

De esta manera, Puebla está contemplada en la segunda fase de expansión del modelo lo cual refleja el interés y la disposición del gobierno local por la implementación del tribunal. Para que esto sea posible se debe analizar cuál es la situación del estado respecto a los siguientes elementos (Santamaría, 2014):

1) Diagnóstico de viabilidad. Donde se realice un estudio que incluya la incidencia delictiva en relación a delitos menores, el marco jurídico aplicable para la operación del tribunal, los recursos humanos disponibles, esto es la existencia de juzgados y jueces, los recursos sanitarios que son los centros de tratamiento para las adicciones en el estado, un tamizaje sobre los delitos cometidos bajo intoxicación y aquellos que podrían ser seleccionados para el tribunal de drogas y los programas de reinserción social actuales para esta población.

2) Formación de recursos humanos, capacitación y asistencia técnica. Identificación de recursos humanos y capacidades, identificación de necesidades, diseño y desarrollo de programas específicos de capacitación (jurídico-clínico), programas presenciales y a distancia, sistemas de acreditación.

3) Desarrollo del modelo. Definición de los criterios de elegibilidad, desarrollo del programa de tribunal para el tratamiento de adicciones con base en las necesidades del estado, definición del juzgado, diseño y desarrollo del modelo de tratamiento con base en la población objetivo y definición de metas del programa.

El primer paso es evaluar los criterios del diagnóstico de viabilidad, lo cual implica conocer si el estado cuenta con los requisitos en cada una de las áreas. Bajo esta perspectiva, Puebla podría ser beneficiada a mediano plazo debido a que investigaciones como ésta brindan un panorama del contexto actual. Algunos avances que ha logrado el estado en la primera etapa de implementación del proyecto piloto de tribunales de drogas son los siguientes:

a) Estudio sobre incidencia delictiva de delitos menores. De acuerdo con Durán y Avendaño (2016), los delitos cometidos con mayor frecuencia en la zona centro del estado son el robo, el homicidio y los delitos de carácter sexual (Figura 21).

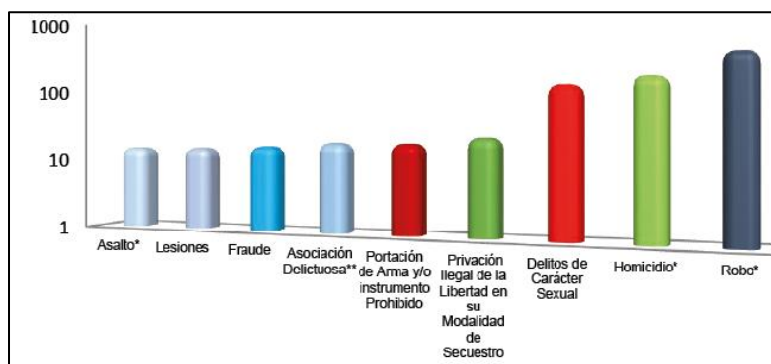


Figura 21. Principales delitos en la zona centro del estado de Puebla.

Fuente: Durán y Avendaño, 2016, p. 45.

Esta información puede ser de utilidad como antecedente para clasificar los delitos por el carácter que tienen y además seleccionar aquellos que podrían ser candidatos para el tribunal, según la experiencia de otros estados, el robo ha sido considerado dentro de los delitos menores cuyos responsables tienen la oportunidad de ser tratados en el tribunal siempre y cuando se compruebe la relación entre éste y la dependencia a drogas o alcohol. De igual manera, es importante mencionar la necesidad de generar estadísticas a través de estudios con metodologías específicas que analicen la incidencia delictiva en el estado, más allá de las presentadas por las instancias oficiales, es relevante conocer el número de internos por cada delito, lo que permitirá establecer cifras contundentes para explicar la trascendencia de operar un juzgado especializado de este tipo en Puebla.

b) **Marco jurídico aplicable para la operación del tribunal.** Como se ha mencionado con anterioridad, el marco legal para la ejecución de los tribunales en México se encuentra en la suspensión condicional del proceso, figura incluida en el Código Nacional de Procedimientos Penales el cual entró en vigor en Puebla desde noviembre del 2014. Asimismo, es necesario que haya entrado en vigor en el estado el sistema de justicia acusatorio adversarial el cual incluye los juicios orales, debido a la importancia que tiene la interacción entre el juez y el participante. Dicho sistema comenzó a operar en la capital del estado a partir de junio de 2016. Con estos antecedentes se cumplen los dos primeros requisitos legales para la introducción del tribunal de tratamiento de adicciones en Puebla.

c) **Recursos humanos disponibles.** Los juzgados de drogas en México no son parte de tribunales especiales, como señala Ramírez (2016) estos tribunales operan como miembro de los que ya están establecidos, las audiencias son llevadas a cabo en los juzgados de control o garantías por lo que no se requiere de instalaciones especiales o jueces que dediquen su tiempo únicamente a los casos del tribunal. Gracias a la entrada en vigor del sistema de justicia acusatorio adversarial, en Puebla se cuenta con este tipo de juzgados. Sin embargo, es necesario capacitar a los futuros jueces del tribunal en temas relacionados con la dependencia a drogas y los tratamientos actuales para dependientes de sustancias.

d) **Recursos sanitarios.** Este apartado constituye uno de los más importantes para que el tribunal pueda brindar los servicios de tratamiento a las personas participantes. Para lograr la rehabilitación es necesario identificar a las instituciones que podrían colaborar desde el sistema de salud para ejecutar los planes individualizados. Por ejemplo, en Puebla existe la Unidad de Desintoxicación y Rehabilitación de Adictos cuya sede se encuentra en el Centro Estatal de Salud Mental, la cual cuenta con servicio de hospitalización, consultorios de medicina general y de psiquiatría, además de espacios para terapia de grupo. Dentro de la unidad se concentra la sede del Consejo Estatal contra las Adicciones que tiene un área de enseñanza y consultorios para valoración y terapéutica farmacológica y psicoterapéutica, clínicas de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia (Comunicado de prensa 149, 2003). Por otro lado, se cuenta con los Centros de Atención Primaria en Adicciones “Nueva Vida” conocidos como UNEME CAPA. Éstas son unidades para la prevención, tratamiento y formación de personal para el control de las adicciones. Poseen una infraestructura que permite ofrecer servicios ambulatorios de manera gratuita, tratamientos basados en un modelo cognitivo conductual desarrollado por la Universidad Nacional Autónoma de México, derivación de pacientes que lo requieran a uno de los centros que conforman la red nacional, prevención de recaídas y cuidados posteriores, orientación preventiva familiar, orientación a familiares de usuarios así como conformación y apoyo en grupos de ayuda mutua (Comisión Nacional contra las Adicciones, s/f).

e) **Estudio de tamizaje.** El estudio coordinado por Durán y Avendaño (2016), es uno de los primeros antecedentes sobre la investigación en Puebla de los delitos que se cometieron bajo la influencia de una o varias sustancias. Sin embargo, es necesario establecer desde las instancias de salud y justicia estatales la aplicación de una metodología que permita analizar el consumo de alcohol y drogas tanto en detenidos recientes como en población carcelaria con la finalidad de conocer la dinámica de estas variables y poder detectar de manera temprana a los posibles participantes del tribunal para el tratamiento de las adicciones. Una de las metodologías que proponemos desde este proyecto de investigación, es la I-ADAM que se ha descrito en el primer capítulo y que representa un referente a nivel internacional.

3.3 Aportes de la Criminología a los tribunales de tratamiento de adicciones

3.3.1 Áreas de oportunidad dentro de los TTA

En el ámbito de la criminología, la prevención terciaria se refiere al tratamiento y se lleva a cabo cuando un sujeto ya ha desarrollado una carrera delictiva. El tratamiento que se realiza en cárceles o centros de internamiento para adolescentes es un claro ejemplo. Este tipo de prevención está encaminado a la rehabilitación y reinserción social de la persona que ya ha cometido un delito, es decir son dirigidos principalmente a los delincuentes (Redondo & Garrido, 2013). Bajo este enfoque, se puede afirmar que los tribunales para el tratamiento de las adicciones forman parte de la prevención terciaria, aunque no se desarrollan dentro de instituciones penitenciarias pero sí tienen como principal objetivo la reinserción social a través de la superación de la adicción y demás factores que influyeron sobre su comportamiento.

Por consiguiente, la criminología puede aportar herramientas que son necesarias para el mejor desarrollo de los tribunales de drogas. En este apartado, se describirán las funciones que nuestra ciencia brinda a esta medida de tratamiento a través de todas sus fases.

Elementos clave de los tribunales de tratamiento de adicciones

Principio 1: los TTD integran los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogas y alcohol con el sistema de justicia. Antes y durante el proceso de tratamiento, la criminología puede brindar herramientas útiles a través del conocimiento especializado para las diversas fases del programa. Durante la estabilización, el diagnóstico oportuno tiene un papel relevante en el establecimiento de los criterios de elegibilidad así como la selección de los posibles participantes; asimismo, se diseña el plan de tratamiento individualizado, de ahí la importancia de contar con especialistas en la evaluación de nivel de riesgo y necesidades criminógenas. Más adelante, en el tratamiento intensivo, resulta fundamental el monitoreo de avances o retrocesos del participante a través de evaluaciones periódicas con la finalidad de realizar los ajustes requeridos al plan; por último durante la transición, que engloba la reinserción social del individuo, el criminólogo hará el seguimiento posterior al tratamiento, especialmente en lo relativo al nivel de riesgo de reincidencia.

Nivel de riesgo y necesidades criminógenas

En lo que respecta al tratamiento, el modelo más conocido para los delincuentes es el Modelo de Riesgo-Necesidades-Responsividad de Andrews y Bonta (1990). Los tres principios básicos del tratamiento según este modelo son el riesgo, la necesidad y la responsividad o adaptación (Tabla 6). (Andrews & Bonta, 2010; Cooke & Philip, 2001; Cullen & Gendreau, 2006; Howell, 2003; Ogloff & Davis, 2004, citados por Redondo & Garrido, 2013).

Tabla 6

Principios del Modelo de Riesgo-Necesidades-Responsividad

Principio de riesgo	Principio de necesidad	Principio de Responsividad o de Adaptación
Para que el delincuente reciba un plan de tratamiento individualizado debe evaluarse el nivel de riesgo de reincidencia.	Para lograr la reducción del nivel de reincidencia es necesario conocer las necesidades criminógenas que deberán ser cubiertas por el tratamiento.	Se refiere a aquellas condiciones y circunstancias que pueden influir en la manera en la cual un individuo responde al tratamiento. Éstas pueden ser internas como el bajo nivel intelectual o la falta de motivación y externas como la calidad o características del tratamiento.
Aquellos con niveles de riesgo más alto necesitan intervenciones más intensivas.	Las necesidades criminógenas son factores dinámicos de riesgo, es decir pueden ser modificables y guardan estrecha relación con el delito.	En relación a la respuesta que muestre la persona sobre el tratamiento, éste deberá modificarse o ajustarse a los estilos de aprendizaje de manera que resulte benéfico para el participante.
	Se consideran como necesidades criminógenas: actitudes y sentimientos antisociales, dependencia de alcohol o drogas, falta de cualificación laboral y escolar, déficit en la capacidad de resolución de problemas, escaso desarrollo de inteligencia social o personal, tener amigos o compañeros delincuentes y presentar alta hostilidad (Ogloff, 2002, citado por Redondo & Garrido, 2013; Morales, 2011.)	

Fuente: Elaboración propia con base en Morales, 2011; Redondo y Garrido, 2013.

Los tres principios anteriores son importantes en cuanto a los alcances que tienen sobre el tratamiento de una persona que ha cometido un acto delictivo. Dentro del tribunal de tratamiento para las adicciones, la criminología ofrecería la posibilidad de realizar evaluaciones tanto a los candidatos como a los participantes que contemplen cada una de estas áreas. El criminólogo posee el conocimiento especializado en relación a los

factores de riesgo y protección así como las necesidades criminógenas. Como señalan Arbach y Andrés-Pueyo (2016):

Los profesionales que trabajan en salud mental y en la justicia penal, se enfrentan cada día a situaciones que requieren la evaluación del riesgo de violencia de los individuos para facilitar un proceso de toma de decisiones conducente tanto al tratamiento y rehabilitación de los delincuentes como a la prevención de la conducta criminal (p.95).

El interés por evaluar los principios de riesgo, necesidad y responsividad ha sido manifestado por múltiples investigaciones a través de los años. Cabe destacar que los instrumentos de valoración de riesgo están diseñados de acuerdo con la población objetivo, es decir, aquellos que se utilizan para adolescentes y jóvenes son diferentes de los empleados para los adultos.

La referencia más cercana a nuestro contexto es España, por tratarse de un país cuyo idioma es el mismo que el nuestro. En éste se han adaptado algunos instrumentos que originalmente se encuentran en inglés y vale la pena mencionarlos debido a la relevancia que presentan en el contexto del tratamiento (Tabla 7).

Tabla 7

Instrumentos de evaluación de riesgo de violencia disponibles en España

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA DISPONIBLES EN ESPAÑA				
VIOLENCIA INTERPERSONAL INESPECÍFICA				
	Objetivo	Contenido	Niveles de respuesta	Autores/adaptadores
VRAG¹	Predecir el comportamiento violento grave en adultos afectados por trastornos mentales graves o con un historial delictivo. Contexto forense, penitenciario o clínico.	12 ítems (factores de riesgo) de naturaleza variada. Escala actuarial con ponderación de los factores de riesgo y escala continua de probabilidad de violencia futura.	Rango: -28 a +33. A partir de una puntuación superior a +6, la probabilidad de reincidencia a los 10 años es, al menos, del 58%	Ballesteros, Graña y Andreu, 2006
HCR-20²	Valorar el riesgo de conductas violentas en pacientes mentales y delincuentes adultos. Contexto forense, penitenciario o clínico.	20 ítems (factores de riesgo) agrupados en tres categorías: factores históricos (H), clínicos (C) y de riesgo futuro (R).	Rango: 0 a 40. No hay puntos de corte formales. Una puntuación superior a 25 anticipa riesgo alto de violencia.	Hilterman y Andrés-Pueyo, 2005 Arbach y Andrés-Pueyo, 2007

Escala de chequeo de factores de riesgo.				
PCL-R³	Evaluar la presencia de psicopatía en adultos con un historial violento o delictivo. Contexto forense, penitenciario o clínico.	Listado de 20 ítems tras una entrevista semiestructurada. Versiones adicionales de cribado (PCL-SV) y para jóvenes (PCL-YV).	Rango: 0 a 40 Diagnóstico psicopatía: >28 Riesgo de violencia: >20	Moltó, Poy y Torrubia de 2000
VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA				
SARA⁴	Valorar el riesgo de conductas violentas de naturaleza física o sexual contra la pareja o ex pareja. Contexto forense, penitenciario o clínico.	20 ítems (factores de riesgo) agrupados en tres categorías: factores históricos (H), clínicos (C) y de riesgo futuro (R). Incluye factores críticos.	Rango: 0 a 40. No hay puntos de corte formales. Una puntuación superior a 19 anticipa reincidencia.	
EPV⁵	Predecir el riesgo de homicidio o de	20 ítems (factores de riesgo) agrupados en	Rango: 0 a 20. Riesgo bajo: 0-4	

<p>violencia grave contra la pareja o ex pareja. Contexto policial, judicial, penitenciario o forense.</p>	<p>cinco categorías: datos personales; relación de pareja; tipo de violencia; perfil del agresor; y vulnerabilidad de la víctima.</p> <p>Incluye ítems con valor crítico.</p>	<p>Riesgo medio: 5-9 Riesgo alto: 10-20</p>
--	---	---

VIOLENCIA SEXUAL

SVR-20⁶

<p>Valorar el riesgo de violencia sexual en pacientes mentales y delincuentes adultos. Acusados de este tipo de delito. Contexto forense, penitenciario o clínico.</p>	<p>20 ítems (factores de riesgo) agrupados en tres categorías: factores históricos (H), clínicos (C) y de riesgo futuro (R). Incluye valoraciones de cambio en los factores de riesgo.</p> <p>Escala de chequeo de factores de riesgo.</p>	<p>Rango: 0 a 40 No hay puntos de cortes formales. Pero una puntuación superior a 11 está asociada a la reincidencia.</p>
--	--	---

VIOLENCIA JUVENIL

SAVRY⁷

Valorar el riesgo de violencia física, sexual y de amenazas graves en pacientes mentales y delincuentes jóvenes (14-18 años), Contexto forense o judicial.

30 ítems (24 factores de riesgo y 6 de protección) agrupados en cuatro categorías: factores de riesgo, históricos, sociales e individuales; y factores de protección variados.

1. VRAG: Violent Risk Appraisal Guide (Harris, Rice y Quinsey, 1993)

2. HCR-20: Assessing Risk for Violence (Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997)

3. PCL-R: Psychopathy Checklist-Revised (Hare, 1991)

4. SARA: Spousal Assault Risk Assessment Guide (Kropp, Hart, Webster y Eaves, 1995)

5. EPV: Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral y López-Goñi, 2009)

6. SVR-20: Guide for Assessment of Sexual Risk Violence (Boert, Hart, Kropp y Webster, 1997)

7. SAVRY: Structured Assessment of Violence Risk in Youth (Borum, Bartel y Forth, 2003)

Fuente: Andrés- Pueyo y Echeburúa, 2010, p. 406.

Además de los instrumentos de evaluación referidos en la tabla 7, existen otros que también merecen ser mencionados por la utilidad que han presentado en las investigaciones realizadas. En el contexto de la violencia juvenil, el *Youth Level of Service/Case Management Inventory* (Hoge & Andrews, 2003) está dirigido a detectar los niveles de riesgo de reincidencia general y necesidades criminógenas sobre las cuales se hará la intervención (Arbach & Andrés-Pueyo, 2016). La adaptación en población española recibe el nombre de Inventario de Gestión e Intervención para Jóvenes (I.G.I.-J.) desarrollado por Garrido, López y Silva (2003). Se aplica a población de 12 a 17 años y cuenta con 42 ítems divididos en ocho áreas que evalúan factores de riesgo y protección (Arbach & Andrés-Pueyo, 2016).

Bajo este enfoque, es relevante mencionar la investigación llevada a cabo por Morales, Vega, Cuapanteca y Gayosso (2014) y Vega (2016) donde se aplicó el Inventario de Gestión e Intervención para Jóvenes a una muestra de 48 adolescentes en dos centros de internamiento para jóvenes en México, dentro de los resultados más significativos se encontró que el 70.8% de los jóvenes se ubica en un nivel de riesgo moderado, seguido de un 25% con nivel alto y 4.2% que presenta nivel bajo. Con relación a los factores protectores, el área de educación formal/empleo tuvo los puntajes más altos con 77.1% mientras que la relación con el grupo de iguales presentó el menor puntaje con 35.4%.

Esta investigación es un ejemplo de la utilidad de los instrumentos de evaluación relacionados con los principios de riesgo y necesidades criminógenas. Los resultados obtenidos muestran la relevancia que puede tener para la ayuda en la toma de decisiones judiciales así como el diseño del plan individualizado, en este caso en el sistema de justicia juvenil.

Para el caso de los adultos, el *Level of Service Inventory-Revised* (Andrews & Bonta, 1995) es uno de los instrumentos utilizados para medir nivel de riesgo de reincidencia y necesidades criminógenas. El LSI-R evalúa necesidades criminógenas, combina factores estáticos y dinámicos en escalas de riesgo-necesidades. A través de 54 preguntas se miden 10 esferas: historia criminal, empleo/educación, finanzas, residencia, tiempo libre, relaciones familiares/maritales, compañía, alcohol/drogas,

aspecto emocional/personal y actitudes/orientación. El LSI-R engloba los factores o caminos más significativos que conducen al comportamiento criminal: la historia criminal, personalidad antisocial, actitudes antisociales y el respaldo social para el delito (Andrews & Bonta, 2006, citados por Guastafarro, 2012).

Vose, Smith y Cullen (2013), llevaron a cabo un estudio donde aplicaron el LSI-R en dos tiempos diferentes a una muestra de 2,489 personas en libertad condicional. A partir de su investigación, estos autores descubrieron que el instrumento es un predictor válido de la reincidencia, además una reducción en el puntaje total resulta en menores tasas de reincidencia, contrariamente, mayores puntajes indican tasas más altas de reincidencia; por último, este cambio es importante ya que la reducción sobre el puntaje total indicó cambios más drásticos en la reducción de la reincidencia para los agresores de alto riesgo que para aquellos con riesgo bajo, es decir se demuestra la importancia de situar en el tratamiento correspondiente a cada tipo de delincuente.

En cuanto al uso del LSI-R dentro de un tribunal para el tratamiento de las adicciones, el antecedente más cercano lo constituye la investigación realizada por Guastafarro (2012), donde se empleó el instrumento para medir las necesidades criminógenas en dos muestras de participantes de un juzgado de drogas, el primer grupo corresponde a quienes se encuentran con necesidades más altas o tratamiento intensivo, en el segundo grupo están los participantes con servicios moderados o bajos de tratamiento.

Dentro de los resultados se encontró que el grupo con menor intensidad en el tratamiento tuvo puntuaciones más altas en cuanto a los factores protectores, por ejemplo, fueron más propensos a estar casados o a haber concluido la preparatoria, en el ámbito de las variables que evalúan la carrera delictiva, este grupo tuvo un promedio de ocho arrestos previos en comparación con el grupo en tratamiento intensivo que resultó con un promedio de 20. Con relación a la puntuación total, el 78.7% de los participantes en tratamiento moderado tuvo resultados menores a 24, mientras que el otro grupo tuvo una puntuación de 24 a 33. Según las escalas de este instrumento, los participantes con puntuaciones de 13 o menos se consideran de bajo riesgo, aquellos

que puntúan de 14 a 23 son de riesgo bajo a moderado, de 24 a 33 de riesgo moderado, de 34 a 40 el riesgo es alto y más de 40 muy alto.

Lo anterior, demuestra la importancia de contar con herramientas validadas que sirvan para evaluar a los participantes del tribunal y así ubicarlos en el tratamiento que les corresponda, también es útil para identificar las necesidades sobre las cuales se debe trabajar durante el mismo para que no sólo se contemple la dependencia a drogas o alcohol sino que se brinde la atención integral requerida. Asimismo, al evaluar el nivel de riesgo se ayudará en la toma de decisiones respecto de si el participante se encuentra listo para graduarse del programa. La labor del criminólogo junto con los demás especialistas es fundamental en las tres fases que contempla el principio de integración de servicios de tratamiento y rehabilitación con el sistema de justicia.

Para ilustrar la falta de la aplicación de instrumentos dentro del sistema de funcionamiento de los tribunales, en el documento de observaciones y recomendaciones que surge a partir del estudio diagnóstico del tribunal de tratamiento de adicciones en Guadalupe, Nuevo León, México se señala:

[...] el centro de tratamiento no utiliza una herramienta validada para evaluar las distintas necesidades criminógenas importantes -incluida la mentalidad delictiva, las compañías antisociales y los problemas laborales- y el centro de tratamiento tampoco utiliza una herramienta actuarial para medir el riesgo de reincidencia, el riesgo de futura violencia doméstica o el riesgo de futuro homicidio por violencia doméstica [...] (Rempel et al., 2014, p.47)

Con lo anterior se evidencia la necesidad expuesta de que ciencias como la criminología aporten conocimientos respecto al diseño, validación y/o estandarización de instrumentos que permitan hacer evaluaciones objetivas de los tribunales de drogas.

Principio 4: las cortes de drogas proveen acceso a una amplia y variada gama de servicios de tratamiento y rehabilitación. En este apartado se especifica que para la rehabilitación del participante deben considerarse todos los factores que llevaron a la

comisión del delito. Bajo esta perspectiva, la criminología emplea los instrumentos descritos con anterioridad para evaluar las necesidades que el tratamiento debe proveer, por lo cual es importante informar al resto de los especialistas para que en conjunto se establezcan las estrategias adecuadas.

Principio 6: las consecuencias que tenga el cumplimiento y no cumplimiento de las condiciones por parte del participante están establecidas previamente y acordadas por todas las instituciones involucradas. Desde la criminología se puede participar en la redacción del contrato para el participante, es importante que en éste queden establecidas las directrices del tratamiento. Por lo tanto, la información obtenida de las evaluaciones de riesgo y necesidades pueden ayudar a establecer el nivel de tratamiento requerido para cada usuario. En conjunto con los demás especialistas se puede llegar a diseñar un plan individualizado que contribuya a satisfacer las necesidades criminógenas para garantizar el éxito del mismo. La evaluación sobre cuáles incentivos o sanciones son mejores para el correcto desarrollo del programa puede ser llevada a cabo por el criminólogo, al estudiar el efecto que éstas tienen sobre la conducta que toma el participante y verificar si realmente son útiles para los fines propuestos. Esto se puede hacer en el marco de la Justicia Terapéutica, aplicando los principios de adherencia al tratamiento y prevención de recaídas explicados en el capítulo dos.

Principio 8. Se monitorea y evalúa constantemente el proceso e impacto del programa. Para garantizar que los tribunales cumplan con el objetivo de rehabilitar a las personas de su adicción es necesario que se incorporen sistemas para la evaluación de los programas, es importante también que se evalúe constantemente el progreso de los participantes. Se han hecho diversas evaluaciones (Por ejemplo, Jewell et al., 2016; Krebs et al., 2007; Mitchell, et al., 2012; Rempel et al., 2012;) en las cuales a través de estudios experimentales y cuasi experimentales se analiza el efecto que tiene el tribunal para el tratamiento de adicciones sobre los niveles de reincidencia en comparación con otros programas o alternativas para personas que han cometido delitos y presentan una adicción a drogas o alcohol.

De esta manera, se logra entender si las cortes representan una vía eficaz en términos de reducir la reincidencia. Como se mencionó en el capítulo previo, la *Drug*

Policy Alliance ha señalado como una crítica hacia los tribunales el hecho de que no demuestran verídicamente los efectos que alcanzan sobre los participantes, sin embargo los estudios citados cuentan con el rigor metodológico para demostrar los avances de las cortes en lo relativo a la disminución de la reincidencia. A pesar de que aún no existe una única metodología para la evaluación de los juzgados de drogas, es cada vez más evidente la preocupación por académicos e instituciones por llevar a cabo este tipo de evaluaciones.

La criminología ofrece el conocimiento científico para participar en el diseño e implementación de estudios experimentales y cuasi experimentales, así como revisiones meta analíticas⁹ dentro de los tribunales con la finalidad de monitorear el estado del tribunal. El criminólogo puede colaborar con especialistas en el área estadística para diseñar un programa donde se registren todos los casos que están en tratamiento, el número de graduados, aquellos que no concluyen el proceso y el seguimiento después de la graduación. De esta manera se pueden generar estadísticas para elaborar informes periódicos y así tener mayor transparencia.

Principio 9. La capacitación interdisciplinaria continua promueve la planificación efectiva del TTD y su operación. Al ser un programa que cuenta con la participación de especialistas en áreas como la medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social y esperamos que próximamente la criminología, el tribunal se convierte en una herramienta que puede brindar el tratamiento necesario para la rehabilitación. Asimismo, la capacitación en temas de adicción para todo el personal es fundamental, los jueces, abogados y demás profesionales que participan durante el programa deben contar con los conocimientos actualizados sobre consumo de sustancias.

La criminología puede ofrecer capacitación sobre la evaluación de nivel de riesgo y necesidades criminógenas, así como sobre los instrumentos presentados anteriormente. En relación con los principios de justicia terapéutica que recogen los tribunales para el tratamiento de las adicciones, debe destacarse la función del criminólogo como facilitador de conocimiento para jueces y abogados en temas de

⁹ Una revisión meta analítica se utiliza para sintetizar datos de una colección de estudios.

empatía, estrategias para la interacción con los participantes, conocimiento de los casos, así como riesgo de reincidencia en personas que consumen drogas. Como señala Morales (2011) “los tratamientos apropiados según el riesgo, la necesidad y la adaptación son más efectivos cuando son aplicados por terapeutas bien formados y supervisados que cuando son realizados por personas no calificados para ello” (p. 149). En este sentido, es un reto importante para los criminólogos su profundización en conductas antisociales como las adicciones para poder contribuir en los temas de rehabilitación y capacitación.

Principio 10. Forjando la asociación entre el TTD, las agencias públicas y organizaciones de base comunitaria, se genera apoyo local a la iniciativa y se favorece su efectividad. En este punto se toman en cuenta todas las instituciones que pueden colaborar con el tribunal para brindar los servicios de tratamiento. A través de la elaboración de convenios, los juzgados pueden ser beneficiados para cumplir con los objetivos. El criminólogo puede ser el funcionario encargado de estudiar y seleccionar aquellos organismos que pueden trabajar con el juzgado para cubrir las necesidades criminógenas durante el tratamiento y hacer la propuesta para que en conjunto con los demás especialistas se decida la pertinencia de las mismas. Además, este profesional puede ser el encargado de la gestión y evaluación del trabajo inter-institucional para lograr los fines del tratamiento.

Fases del programa

En cuanto a las fases que integran el programa del tribunal para el tratamiento de las adicciones, de acuerdo con el análisis realizado en esta investigación se han identificado principalmente dos en las cuales el criminólogo puede tener participación activa.

1. Mantenimiento: se vigila esporádicamente que el participante siga funcional en las diferentes áreas de su vida. Por ello, el criminólogo puede ser el encargado de elaborar las evaluaciones correspondientes para la supervisión del participante. Deberá realizar una evaluación propia desde su disciplina así como contar con la información recabada por las otras áreas para elaborar los reportes necesarios e informar a las autoridades judiciales si se han cumplido los objetivos planteados al comienzo y elaborar

los cambios o adecuaciones pertinentes al plan para cumplir con el principio de adaptación.

2. Seguimiento y vigilancia: es la última fase y en ella se mantiene una supervisión del participante, con visitas domiciliarias y aplicación de pruebas de dopaje y psicoterapias grupales e individuales, a fin de corroborar el éxito del programa. Es en este momento cuando los estudios experimentales y cuasi experimentales son de gran utilidad pues pueden emplearse para conocer la reincidencia en diferentes momentos de la vida del graduado, por ejemplo después de un año o 18 meses. Además, esta etapa tiene como principal objetivo la reinserción del individuo para la cual es necesario saber el nivel de riesgo de violencia, tanto para evaluar si se encuentra preparado para graduarse del programa como para ubicar el nivel de vigilancia o supervisión que debe tener.

Ambas etapas representan oportunidades para la aplicación del conocimiento criminológico. No se trata de que cualquier profesional puede llevar a cabo las tareas descritas, es necesario contar con criminólogos y criminólogas especialistas en los temas que se requieren y que cuenten con la experiencia comprobable. También se puede dar la oportunidad para estudiantes que se encuentren en formación a través de convenios para la realización de servicio social y prácticas profesionales dentro del tribunal, lo cual ahorraría costos y permitiría descubrir un ámbito de actuación novedoso para nuestra ciencia.

Conclusiones

El consumo de sustancias representa un factor de riesgo sobre el comportamiento delictivo. Aunque existe un sustento teórico que explica la relación droga-delito, es necesario realizar investigaciones en población que haya sido sentenciada por actos delictivos que estén estrechamente relacionados con la dependencia a una o varias drogas. La metodología I-ADAM que ha sido expuesta en esta investigación, representa una forma validada a nivel internacional para evaluar el consumo en detenidos recientes, lo cual permite la posibilidad de analizar el estado en el cual se encontraban las personas cuando llevaron a cabo el delito, medir el historial de consumo a lo largo de la vida y conocer la frecuencia del mismo.

Una de las dificultades encontradas al principio de la búsqueda de información para esta tesis fue la escasez de datos relacionados con estas variables, a pesar de que se encontraron algunos estudios realizados de manera independiente por investigadores, no fue posible visualizar información de este tipo desde las organizaciones gubernamentales que deberían proporcionar las estadísticas relativas al número de delitos cuya probable causa subyacente es una adicción. No cabe duda de que esto representa una limitación en cuanto a la posibilidad de elaborar políticas públicas en materia de tratamiento y rehabilitación para la población afectada.

En este trabajo se han presentado algunas cifras que resultaron del ejercicio práctico llevado a cabo en el Centro de Reinserción Social de Puebla donde tuve la oportunidad de revisar expedientes y encontrar variables relativas al consumo de sustancias a lo largo de la vida en internos por los delitos de violencia familiar o robo. Lo anterior, ilustra la realidad del consumo en población carcelaria, llegando a la conclusión de que es una problemática presente en nuestro estado y que debe recibir atención por parte de las autoridades correspondientes.

Por otro lado, ha quedado demostrado que los tribunales para el tratamiento de las adicciones son una de las alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con drogas que cuenta con la mayor evidencia disponible a nivel internacional. Aunque todavía falta mucho por descubrir sobre este modelo, es una realidad que su expansión

se encuentra en aumento en más países, además de que poseen el respaldo de instituciones como el Instituto Nacional de Justicia de los Estados Unidos, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

En el ámbito de México, los tribunales para el tratamiento de las adicciones son una realidad desde el año 2009 en el estado de Nuevo León. Además es de resaltar que se cuenta con el fundamento legal para su funcionamiento. La suspensión del proceso a prueba permite que los procesados por delitos menores tengan la facultad de solicitar que la sentencia sea cumplida en otros términos. Así, se brinda una oportunidad para no llegar a una pena privativa de la libertad y además contar con el tratamiento y rehabilitación adecuados para su reinserción a la sociedad. Por lo anterior, no es factible argumentar que los Tribunales para el Tratamiento de las Adicciones no se pueden implementar en México, lo cierto es que ya existen y su aplicabilidad en estados como Puebla es sólo cuestión de tiempo.

Con relación a la integración de la criminología dentro de los tribunales para el tratamiento de las adicciones, esta tesis presenta la vinculación que tienen los criminólogos al estar dentro de los juzgados de drogas. La evaluación del nivel de riesgo y necesidades criminógenas constituye una de las principales intervenciones que puede desarrollar esta ciencia y que servirá para fijar condiciones del tratamiento, contratos de los participantes y el seguimiento de los mismos. Actuando en conjunto con los demás profesionales, puede contribuirse a la recuperación de las adicciones y la garantía de una vida diferente para los participantes.

Finalmente, vale la pena mencionar que esta tesis representa un antecedente directo para el diseño de un tribunal en Puebla que contemple la figura del criminólogo. Asimismo, han quedado establecidas las bases para que otros estados incorporen los conocimientos que brinda nuestra ciencia y se permita desarrollar las habilidades que adquirimos durante la formación académica. Tengo la certeza de que este trabajo será considerado por quienes tienen dentro de sus atribuciones la toma de decisiones.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andrés-Pueyo, A. & Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22(3), 403-409.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J. Gendreau, P. & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Arbach, K. & Andrés-Pueyo, A. (2016). Valoración de riesgo y predicción de la violencia juvenil. En Godoy-Cervera, V., Morales, L.A. & Dzib, P. (eds.), *Los niños, niñas y adolescentes en el sistema de justicia: contribuciones desde la psicología jurídica y forense (pp. 85-107)*. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Azaola, E., & Bergman, M. (2009). *Delincuencia, marginalidad y desempeño institucional: resultados de la tercera encuesta a población en reclusión en el Distrito Federal y el Estado de México*. Centro de Investigación y Docencia Económicas. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/28582675/Delincuencia-marginalidad-y-desempeno-institucional>
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuad. Med. Psicosom.* 110.
- Bennett, T. & Holloway, K. (2005). The association between multiple drug misuse and crime. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49 (1), 63-81. doi: 10.1177/0306624x04269003
- Bentley, P. & Barnes, K. (2013). Principios básicos de los tribunales de drogas: el componente judicial. La experiencia de Canadá y las lecciones aprendidas. En Cooper, C. (ed.), *Tribunales de tratamiento de drogas: una respuesta internacional para infractores dependientes de drogas (pp. 47-69)*. Organización de Estados Americanos, School of Public Affairs, American University. Recuperado de: http://cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/PUBLICACION_FINAL.pdf
- Boles, S. & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: a review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 8, 155-174.
- Cadena, J.D. (2012). Programa tribunal para el tratamiento de adicciones. Implementación por vez primera en México del modelo corte de drogas. En García, L.M. & Barriguete, B. (coord.), *Actualidades en adicciones 2012. Adicciones y*

grupos específicos: grupos vulnerables y personas en conflicto con la ley (pp. 213-234). Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones. Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/libro5.pdf>

Cadena, J.D., Santamaría, B. & García, L.M. (2013). Un enfoque vertical de “arriba hacia abajo” para la creación de un tribunal de tratamiento de drogas: el caso del estado de Nuevo León, México. En Cooper, C. (ed.), *Tribunales de tratamiento de drogas: una respuesta internacional para infractores dependientes de drogas (pp. 177-129)*. Organización de Estados Americanos, School of Public Affairs, American University. Recuperado de: http://ciCAD.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/PUBLICACION_FINAL.pdf

Camacho, A. (2013). *Tribunales para el tratamiento de adicciones. Un nuevo enfoque en las políticas públicas.* Recuperado de: https://issuu.com/fitin/docs/8_mtra._ariadna_camacho_contreras

Campbell, G. (2013). Principios básicos del tratamiento de la drogodependencia: dos perspectivas. Perspectiva de salud pública. En Cooper, C. (ed.), *Tribunales de tratamiento de drogas: una respuesta internacional para infractores dependientes de drogas (pp. 70-77)*. Organización de Estados Americanos, School of Public Affairs, American University. Recuperado de: http://ciCAD.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/PUBLICACION_FINAL.pdf

Cárcamo, J. (2011). *Consumo de drogas en detenidos: estudio I-ADAM 2010*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Sociología, Fundación Paz Ciudadana, CONACE Ministerio del Interior. Recuperado de: http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/07/2011-0622_consumo-de-drogas-en-detenidos-estudio-i-adam-2010.pdf

Centro de Investigación y Docencia Económicas. (2012). *Resultados de la primera encuesta realizada a población interna en Centros Federales de Readaptación Social.* Recuperado de: https://publiceconomics.files.wordpress.com/2013/01/encuesta_internos_ceferes_o_2012.pdf

Cobo, S. (2016). *Modelo mexicano del programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas.* 5° taller de capacitación de alto nivel del programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/Activities_spa.asp?IE=MX0326

Coghlan, S., Gannoni, A., Goldsmid, S., Patterson, E. & Willis, M. (2015). *Drug use monitoring in Australia: 2013-2014 report on drug use among police detainees.* Australian Government, Australian Institute of Criminology. Recuperado de: http://www.aic.gov.au/media_library/publications/mr/mr27/mr27.pdf

Comisión Nacional contra las Adicciones. Recuperado el 15 de noviembre de 2016 de: http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/uneme_capa.html

- Cravioto, P., Medina-Mora, M.E., De la Rosa, B., Galván, F. & Tapia-Conyer, R. (2003). Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: barreras de acceso a tratamiento. *Salud pública de México*. 45 (3).
- Dietze, P., Jenkinson, R., Aitken, C., Stoové, M., Jolley, D., Hickman, M. & Kerr, T. (2013). The relationship between alcohol use and injecting drug use: impacts on health, crime and wellbeing. *Drug and Alcohol Dependence*, 128. 111-115.
- Droppelmann, C. (2008). *Análisis del proceso de implementación de los tribunales de tratamiento de drogas en Chile, avanzando hacia una política pública*. Fundación Paz Ciudadana. Recuperado de: <http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2014/01/analisis-del-proceso-de-implementacion-ttd.pdf>
- Droppelmann, C. (Ed.). (2010). *Tribunales de tratamiento de Drogas en Chile, material educativo*. Fundación Paz Ciudadana. Recuperado de: http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/07/2010-04-28_tribunales-de-tratamiento-de-drogas-en-chile-material-educativo.pdf
- Drug Policy Alliance. (2011). *Drug courts are not the answer: toward a health-centered approach to drug use*. Recuperado de: https://www.drugpolicy.org/docUploads/Drug_Courts_Are_Not_the_Answer_Final_2.pdf
- Durán, L.A & Avendaño, R. (2016). *Cartografía de la delincuencia en el estado de Puebla: orígenes, prevención tratamiento y reinserción social*. [Versión Adobe Digital Editions].
- Estrada, C., Rodríguez, F. J., & Solano, C. (2012). Castigo y carrera delictiva de liberados del Sistema Penitenciario de Jalisco. En Colín S. P. & García-López E. (Eds.), *Más allá de la violencia. Retos hacia la reconstrucción* (pp. 291-320). Morelia, Michoacán: UDEM.
- Fulton, P. (2002). A dozen years of drug treatment courts: uncovering our theoretical foundation and the construction of a mainstream paradigm. *Substance Use and Misuse*. Vol. 37, 1469-1488. doi: 10.1081/JA1200144191532-2491
- Fundación Paz Ciudadana, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2013). *Consumo de drogas en detenidos: estudio I-ADAM 2012*. Recuperado de: http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/07/2013-0513_consumo-de-drogas-en-detenidos-estudio-i-adam-2012.pdf
- García, L.M. (2012). Factores clave para la implementación de un proyecto de justicia alternativa para personas con adicciones en México. En García, L.M. & Barriguete, B. (coord.), *Actualidades en adicciones 2012. Adicciones y grupos específicos: grupos vulnerables y personas en conflicto con la ley* (pp. 163-175). Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones. Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/libro5.pdf>

- Goldberg, S. (2005). *Traducción del manual: juzgados para el siglo 21: un enfoque de resolución de conflictos*. Fundación Paz Ciudadana. Traducido por: Gustavo Muñoz. Recuperado de: http://www.courtinnovation.org/sites/default/files/documents/NJI_ProbSolv_Benchbook_Spanish.pdf
- Goldstein, P. (1985). The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*. Vol. 39, 143-174.
- Guastaferro, W.P. (2012). Using the Level of Service Inventory-Revised to improve assessment and treatment in drug court. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(5). 769-787. doi: 10.1177/0306624X11413879
- Haggård-Grann, U., Hallqvist, J., Långström, N. & Möller, J. (2006). The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence: a case-crossover study. *Addiction*, 101. 100-18.
- Hoaken, P., Hamill, V., Ross, E., Hancock, M., Lau, M. & Tapscott, J. (2012). Drug use and abuse and human aggressive behavior. En Vester, J.C. et al. (Eds.), *Drug Abuse and addiction in medical illness: causes, consequences and treatment*. (pp. 467-477). doi: 10.1007/978-1-4614-3375-0_38
- Holloway, K., Bennett, T. & Lower, C. (2004). *Trends in drug use and offending: the results of the NEW-ADAM programme 1999-2002*. Recuperado de: <http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/r219.pdf>
- Hurtado, P. (2010). Elementos clave de los tribunales de tratamiento de drogas. En Droppelmann, C. (ed.), *Tribunales de tratamiento de drogas en Chile. Material educativo* (pp. 47-56). Fundación Paz Ciudadana. Recuperado de: http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/07/2010-04-28_tribunales-de-tratamiento-de-drogas-en-chile-material-educativo.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: reporte de alcohol*. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: reporte de drogas*. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Inter-American Drug Abuse Control Commission. (2015). *Informe del uso de drogas en las Américas 2015*. Recuperado de: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>
- Jewell, J.D., Rose, P., Bush, R. & Bartz, K. (2016). The long term effectiveness of drug treatment court on reducing recidivism and predictors of voluntary withdrawal. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi: 10.1007/s11469-016-9652-8

- López-Muñoz, F., González, E., Serrano, MD., Antequera, R. & Alamo, C. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II). *Cuad de Med Forense*, 17(2). 67-75.
- Martínez, P., Carabaza, R. & Hernández, A. (2008). Factores de riesgo predisponentes a la delincuencia en una población penal femenina. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 13 (2), 301-318.
- Mitchell, O., Wilson, D.B., Eggers, A. & Mackenzie, D.L. (2012). Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: a meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*, 40. 60-71. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2011.11.009
- Morales, L.A. (2011). *Revisión sistemática de la efectividad del tratamiento dirigido a delincuentes juveniles serios institucionalizados*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Morales, L.A. & Aguilar, M.B. (2014). Justicia terapéutica: barreras y oportunidades para su aplicabilidad en México. En Wexler, D.B., Fariña, F., Morales, L.A. & Colín, S.P. (comp.), *Justicia terapéutica: experiencias y aplicaciones* (pp. 11-28). Poder Judicial del Estado de Puebla, Asociación Iberoamericana de Justicia Terapéutica, Instituto Nacional de Ciencias Penales. Recuperado de: <https://www.pjenl.gob.mx/TTA/download/justicia-terapeutica.pdf>
- Morales, L.A., Vega, A., Cuapanteca, G., & Gayosso, M. (2014). Evaluación de riesgo y necesidades criminógenas de adolescentes en conflicto con la ley. En Morales, L.A., Fariña, F., & Colín, S.P. (comp.), *Resúmenes de comunicaciones del II Congreso Iberoamericano De Justicia Terapéutica* (pp. 49-55). Honorable Tribunal de Justicia del Estado de Puebla, Asociación Iberoamericana de Justicia Terapéutica, Instituto Nacional de Ciencias Penales. Puebla, México.
- National Association of Drug Court Professionals. (2004). *Defining drug courts: the key components*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Assistance. Recuperado de: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/bja/205621.pdf>
- National Association of Drug Court Professionals. (S/f). *Drug court's holistic approach*. Recuperado de: http://www.miamidrugcourt.com/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=54
- National Association of Drug Court Professionals. (S/f). *Drug Courts Work*. Recuperado de: <http://www.nadcp.org/learn/facts-and-figures>
- Niekerk, E., Parry, C., Plüddemann, A., Louw, A., Weir-Smith, G. & Locke, D. (2002). South Africa. En Taylor, B. (Ed.), *I-ADAM in eight countries: Approaches and challenges*. (pp. 117-138). U.S Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. Recuperado de: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/189768.pdf>

- Office of National Drug Control Policy. (2014). *2013 annual report, arrestee drug abuse monitoring program II*. Washington, DC: Executive Office of the President. Recuperado de: <https://www.nij.gov/topics/drugs/markets/adam/pages/welcome.aspx>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2010). *Consumo de drogas en población privada de libertad y la relación entre delito y droga (cuarto informe conjunto)*. Recuperado de: http://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Consumo_de_drogas.pdf
- Organización de Estados Americanos, Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2015). *Informe técnico sobre alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con las drogas*. Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/InformeSobreAlternativasEncarcelamiento_SPA.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10).
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. [Edición en español]. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Ramírez, T.T. (2016). La expansión de los tribunales de drogas en México. *Cuadernos de trabajo del monitor del programa de política de drogas*. Centro de Investigación y Docencia Económicas. Recuperado de: http://ppd.cide.edu/documents/302668/0/21_CIDE3.pdf
- Redondo, S. & Garrido, V. (2013). *Principios de criminología*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Rempel, M., Green, M. & Kralstein, D. (2012). The impact of adult drug courts on crime and incarceration: findings from a multi-site quasi-experimental design. *Journal of Experimental Criminology*, 8(2), 165-192. doi: 10.1007/511292-012-9143-2
- Rempel, M., Maurandi, A., Raine, V., Spadafore, J., Lambson, S.H. & Cooper, C.S. (2014). *Estudio diagnóstico del tribunal de tratamiento de adicciones de Guadalupe, Nuevo León, México: observaciones y recomendaciones*. Organización de Estados Americanos. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Center for Court Innovation. American University. Recuperado de: http://www.courtinnovation.org/sites/default/files/documents/estudioDTC_guadalupeMX_2014.pdf
- Riquelme, J.E. (2015). *Actualización DSM V Trastornos por consumo de sustancias*. Centro de Salud Mental ARRAYAN. Recuperado de: http://saludmentalarrayan.cl/files/Presentacion%20adicciones/Dr__Riquelme.pdf

- Roque, J.J. & Mancera, J.L. (2012). Juzgado para el tratamiento de adicciones en Nuevo León. En García, L.M. & Barriguete, B. (coord.), *Actualidades en adicciones 2012. Adicciones y grupos específicos: grupos vulnerables y personas en conflicto con la ley* (pp. 199-212). Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones. Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/libro5.pdf>
- Rossman, S.B., Roman, J.K., Zweig, J.M., Rempel, M. & Lindquist, C.H. (2011). *The multi-site adult drug court evaluation: executive summary*. U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, Office of Justice Programs. Recuperado de: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/237108.pdf>
- Santamaría, B. (2012). Consideraciones y alcances de la relación entre la comisión de conductas delictivas y el consumo de drogas en México. En García, L.M. & Barriguete, B. (coord.), *Actualidades en adicciones 2012. Adicciones y grupos específicos: grupos vulnerables y personas en conflicto con la ley* (pp. 141-162). Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones. Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/libro5.pdf>
- Santamaría, B. (2014). *Tribunales para el tratamiento de adicciones en México y su prospectiva*. Recuperado de: http://salud.edomex.gob.mx/imca/doc/encuentro_preencion2014/dia22/P6_2_Berenice%20Santamaria%20Gonzalez.pdf
- Santamaría, B. (2016). *Programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas*. 5° taller de capacitación de alto nivel del programa de justicia terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/Activities_spa.asp?IE=MX0326
- Secretaría de Salud. (Julio, 2003). Comunicado de prensa No. 149. Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2003-07-11_623.html
- Stinchcomb, J.B. (2010). Drug courts: conceptual foundation, empirical findings and policy implications. *Drugs: education, prevention and policy*. 17(2), 148-167. doi: 10.3109/09687630802286901
- Taylor, B. (Ed.). (2002). *I ADAM in eight countries: Approaches and challenges*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. Recuperado de: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/189768.pdf>
- Tribunal para el tratamiento de las adicciones. (Abril, 2015). Poder Judicial del Estado de Morelos. Recuperado de: <http://tsjmorelos2.gob.mx/TTA/TTAMORELOS-FUNCIONES.pdf>
- Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas, Instituto Costarricense sobre Drogas. (2014). *Relación entre el delito y el consumo de drogas en mujeres sentenciadas en el Centro Penal Buen Pastor*. Recuperado de: http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/Relacin_delito_drogas_mujeressentenciadas_PenalBuenPastor.pdf

- United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *World drug report 2015* (United Nations Publication, sales No.E.15. XI.6). Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf
- Vega, A. (2016). *Evaluación del nivel de riesgo y necesidades criminógenas en adolescentes que han cometido delitos graves: utilidad del inventario de gestión e intervención para jóvenes en México*. (Tesis de licenciatura). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, México.
- Vose, B., Smith, P. & Cullen, F.T. (2013). Predictive validity and the impact of change in total LSI-R score on recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 40(12), 1383-1396. doi: 10.1177/0093854813508916
- Wexler, D.B. (octubre, 1999). *Justicia terapéutica: una visión general*. Trabajo presentado en el simposio sobre leyes de discapacidad en la escuela de derecho Thomas Cooley. Traducido por: Gustavo Muñoz & Catalina Droppelmann. Recuperado de: http://justicia.gencat.cat/web/.content/home/ambits/formacio__recerca_i_docum/biblioteca_i_publicacions/publicacions/materials_de_jornades/jornades_formacio_d_acces_lliure/prospectiva_criminal_prevenccio_delinquencia05062012/justicia_terapeutica_resum.pdf
- Winick, B.J. & Wexler, D.B. (2002). Tribunales de tratamiento de drogas: justicia terapéutica aplicada. En Graharn, A.W. & Schultz, T.K. (eds.). *Principles of addiction medicine*. Traducido por: Gustavo Muñoz.
- Winick, B.J. (2008). Justicia terapéutica y los juzgados de resolución de problemas. En Arroyo, L.A., Montañés, J. & Rechea, M.C. (coord.). *Estudios de criminología*, vol.3. Recuperado de: <http://www.scrye.com/~jessica/wexler/intj/JTylosJRP-BruceWinick.PDF>
- Wolf, R.V. (2007). *Principles of problem-solving justice*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Assistance, Center for Court Innovation. Recuperado de: <http://www.courtinnovation.org/sites/default/files/Principles.pdf>
- World Health Organization. (2014). *Global Status report on alcohol and health 2014*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

Legisgrafía

Código Nacional de Procedimientos Penales. 17-06-2016. Recuperado el 15 de noviembre de 2016 de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CNPP_170616.pdf

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). Recuperado el 15 de noviembre de 2016 de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_050217.pdf

Ley Nacional de Ejecución Penal. 16-06-2016 Recuperado el 15 de noviembre de 2016 de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LNEP.pdf>