

## EL COMPONENTE SANITARIO DEL MODELO NACIONAL DE JUSTICIA TERAPÉUTICA

Mario GONZÁLEZ ZAVALA\*

---

**SUMARIO:** Introducción; **I.** Generalidades del componente sanitario del Modelo Nacional de Justicia Terapéutica; **II.** Objetivo general y criterios de inclusión; **III.** Intervenciones del componente sanitario; **IV.** Evaluación del cumplimiento y evolución; **V.** Retos para la adecuada implementación del MNJT desde el componente sanitario; Fuentes consultadas.

### Resumen

El componente sanitario dentro del Modelo Nacional de Justicia Terapéutica (MNJT) se desarrolló por un grupo de especialistas de la salud coordinados por la Comisión Nacional Contra las Adicciones. Su operación se sustenta en los principios internacionales para la reinserción social y en la premisa de que los trastornos por uso de sustancias son de los principales factores relacionados con la comisión de delitos. Las acciones sanitarias dentro del MNJT incluyen intervenciones multidisciplinarias en diferentes niveles de atención e integradas por diferentes instituciones. El objetivo del componente sanitario es brindar tratamiento multidisciplinario a personas con trastornos por uso de sustancias en conflicto con la ley, con la finalidad de favorecer la mejora en la calidad de vida, la reinserción social y la disminución de la reincidencia delictiva.

### Introducción

El Reporte Mundial de Drogas del año 2018 indica que 275 millones de personas, que representa el 5.6 % de la población mundial entre 15-64 años de edad, consumió alguna droga ilegal durante el año 2016. De este grupo, aproximadamente 31 millones sufren de algún trastorno por uso de drogas, y se estima que a nivel mundial solo 1 de cada 6 reciben tratamiento. En el caso de América Latina, este número se reduce a 1 de cada 11 y en África 1 de cada 18. Lo anterior, se complica al presentarse un importante estigma hacia los consumidores y en muchos de los

---

\* *Médico Cirujano* por la Universidad Autónoma de Guadalajara; *Médico Especialista en Psiquiatría*, por el Instituto Nacional de Psiquiatría y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); *Alta Especialidad en el Manejo de las Adicciones*, por el Instituto Nacional de Psiquiatría y la UNAM; *Posgrado en Gestión de Instituciones de Salud* por el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM); *Certificado* por el Consejo Mexicano de Psiquiatría; *Miembro* de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

casos la criminalización de los consumidores<sup>1</sup>. Aproximadamente el 10% de las personas que inician con el consumo de drogas, desarrollarán cambios en su comportamiento u otros síntomas que constituyen un trastorno por uso de sustancias<sup>2</sup>.

Debido a las importantes consecuencias que provocan para los individuos, sus familias y la sociedad en general, los trastornos por uso de sustancias son un problema serio de salud. De acuerdo al reporte mundial de drogas del 2016, el costo social del consumo de drogas ilegales está estimado hasta en el 1.7 % del producto interno bruto (PIB) en algunos países. El tratamiento de las personas que padecen estos trastornos representa una importante carga para los sistemas de salud pública<sup>3</sup>.

*«El componente sanitario dentro del Modelo Nacional de Justicia Terapéutica (MNJT) se desarrolló por un grupo de especialistas de la salud coordinados por la Comisión Nacional Contra las Adicciones. Su operación se sustenta en los principios internacionales para la reinserción social y en la premisa de que los trastornos por uso de sustancias son de los principales factores relacionados con la comisión de delitos. Las acciones sanitarias dentro del MNJT incluyen intervenciones multidisciplinarias en diferentes niveles de atención e integradas por diferentes instituciones. El objetivo del componente sanitario es brindar tratamiento multidisciplinario a personas con trastornos por uso de sustancias en conflicto con la ley, con la finalidad de favorecer la mejora en la calidad de vida, la reinserción social y la disminución de la reincidencia delictiva».*

---

<sup>1</sup> UNITED NATIONS, *Executive Summary Conclusions and Policy Implications, World Drug Report 2018*, United Nations Office on Drugs and Crime, Austria 2018.

<sup>2</sup> UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME & WORLD HEALTH ORGANIZATION, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. Draft for field testing*, United Nations Office on Drugs and Crime, Austria 2017.

<sup>3</sup> *Ídem.*

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 11 (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) se definen por el patrón y las consecuencias del consumo de alcohol, drogas ilegales y medicamentos de abuso. Los TUS incluyen al consumo perjudicial, caracterizado por un patrón de consumo que ha causado daño físico o mental al consumidor o ha provocado cambios en su conducta que llevan al daño a la salud de otros; y a la dependencia, comúnmente llamada adicción<sup>4</sup>.

La adicción es considerada una enfermedad crónica del cerebro, que se caracteriza por el consumo compulsivo de una sustancia a pesar de las consecuencias negativas, dentro de las que se encuentran los cambios en la conducta y las emociones asociados a las conductas delictivas. Si bien, se conoce que la asociación entre las conductas delictivas y el consumo de sustancias no es causal de forma

absoluta, es bien reconocido que el consumo perjudicial de drogas o alcohol incrementa la extensión y la severidad de la conducta delictiva.

Dentro de los delitos relacionados con drogas, el rubro que cubre el mayor porcentaje es el sistémico, de acuerdo al modelo tripartita de GOLDSTEIN. Lo anterior, principalmente debido al tráfico de drogas y la violencia y armas que lo acompañan. En segundo lugar, se considera a los consumidores crónicos de grandes cantidades de drogas que algunas veces realizan crímenes con la finalidad de obtener recursos para continuar con el consumo, lo que el modelo de GOLDSTEIN denomina económico compulsivo. En este grupo, la asociación más grande se ha descrito para la cocaína, heroína y metanfetamina. Y finalmente, con menor nivel de evidencia para los casos donde no se involucra al alcohol, se encuentra el farmacológico, que involucra los efectos de la sustancia en el individuo<sup>5</sup>.

*«La adicción es considerada una enfermedad crónica del cerebro, que se caracteriza por el consumo compulsivo de una sustancia a pesar de las consecuencias negativas, dentro de las que se encuentran los cambios en la conducta y las emociones asociados a las conductas delictivas».*

---

<sup>4</sup> Información disponible en: [<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>], consultada en: 2018-07-12.

<sup>5</sup> OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY, *Improving the*

*Measurement of Drug Related Crime*, Executive Office of the President of the United States, Washington 2013, disponible en: [<http://www.whitehouse.gov/ondcp>], consultada en 2018-07-14.

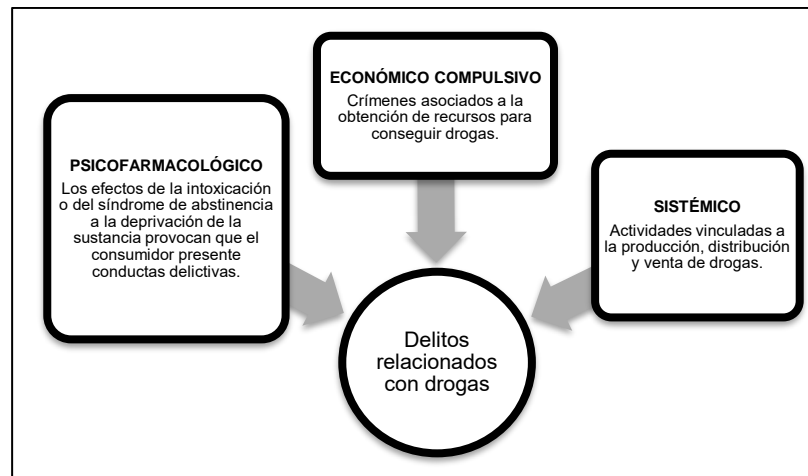


Imagen 1. Características del Modelo Tripartita de GOLDSTEIN.

El Modelo Nacional de Justicia Terapéutica (MNJT), enfatiza la atención de los problemas que favorecen las conductas delictivas, priorizando los trastornos por uso de alcohol, drogas ilegales o medicamentos de abuso. Este abordaje multifactorial, requiere de la coordinación de los sistemas de justicia, salud, seguridad pública y de las instancias dedicadas a la reinserción social. Es decir, un enfoque multidisciplinario integrado que tiene como finalidad disminuir la reincidencia delictiva y favorecer la reinserción social de las personas que cometieron delitos.

Las personas en conflicto con la ley que padecen de Trastornos por Uso de Sustancias tienen problemas en diferentes áreas: personal, salud, social y económica. Los TUS pueden ser tratados de forma efectiva si las

personas que los padecen tienen acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación que son apropiados a sus necesidades, con suficiente calidad, intensidad y duración. No existe un tipo de tratamiento que sea efectivo para todas las personas que padecen de dichos trastornos, por lo que cada una debe de tener acceso a los servicios que mejor cubran sus necesidades, incluyendo intervenciones de reducción del daño (ejemplo: terapia de sustitución con metadona para la dependencia a heroína). Además, el tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias debe de considerar factores como el género, la edad, el estado de salud y las conductas de riesgo asociadas al consumo, para el diseño de un plan de tratamiento integral individualizado<sup>6</sup>. Con base en lo anterior, es importante recalcar que no solo se debe de

<sup>6</sup> UNITED NATIONS, *Introductory Handbook on the Prevention of Recidivism and the Social Reintegration of Offenders*, Criminal

Justice Handbook Series, United Nations Office on Drugs and Crime, Viena 2012.

abordar el consumo de alcohol, drogas ilegales y medicamentos de abuso, sino también otras enfermedades coexistentes y diferentes tipos de necesidades (ejemplo: académicas, laborales, sociales, etc.).

Existen diferentes experiencias con resultados positivos en la atención de personas con consumo de sustancias en conflicto con la ley, entre las que destacan las Cortes de Drogas

en Estados Unidos o las Comisiones de Disuasión de la Drogodependencia en Portugal. A través de los años, se han generado lineamientos o principios para la reinserción social de esta población. Dentro de los principales factores que han constituido el marco de referencia más importante en el desarrollo de programas de reinserción social efectivos destacan los incluidos en la siguiente tabla<sup>7</sup>.

Tabla 1.- Principios de las mejores prácticas en los programas de derivación

1. Todos los involucrados en el programa deben de conocer y estar comprometidos con los principios filosóficos del mismo. Se deben definir los principios sobre la meta deseada, la falta de lo anterior disminuye la percepción de efectividad en el equipo y su posterior evaluación.
2. Las personas que ingresan a estos programas deben de ser seleccionadas mediante criterios establecidos y estandarizados, la mala identificación, incrementa las tasas de reincidencia delictiva y disminuye la efectividad del programa.
3. Los programas deben de estar accesibles para todos los candidatos que cumplen criterios de elegibilidad, la accesibilidad se ve limitada cuando las necesidades de los participantes son amplias o cuando geográficamente los servicios son escasos.
4. Las intervenciones dentro del programa no deben de ser más intrusivas que el sistema de justicia tradicional, deben de respetar los derechos del participante y ser otorgadas siempre previo consentimiento informado.
5. Se deben definir procedimientos claros para el monitoreo del cumplimiento. Estos incluyen indicadores y criterios claros de cumplimiento (sanciones y/o incentivos).
6. Es importante contar con sistemas efectivos y eficientes de recolección y manejo de datos. Dentro de estos sistemas se debe de considerar el intercambio de información entre los diferentes involucrados y homologar terminología.
7. Todos los involucrados deben tener capacitación en cuanto a los principios básicos y sus roles y contar con mecanismos de retroalimentación y ser continua a través del tiempo.
8. Los servicios de intervención deben de estar integrados en los procesos judiciales, el establecimiento de estructuras de gestión claras con funciones operativas y procesos claramente establecidos previo un acuerdo mutuo favorece el éxito de los programas.
9. La consolidación de alianzas entre las diferentes instituciones, con una comunicación eficiente y acciones coordinadas han sido de las principales deficiencias en los programas de derivación que se han evaluado.
10. Con la finalidad de asegurar la consistencia en el desarrollo y eficiencia de los programas, deben de documentarse claramente las políticas y procedimientos de los mismo.
11. El marco legal debe de dar soporte al programa para el desarrollo consistente y apoyo en la infraestructura.
12. Deben de abordar la interacción entre los factores psicosociales y el consumo de sustancias, entre los que destacan: empleo, vivienda, economía y familia.
13. Los programas deben de contar con fondos suficientes para su operación e incluir todas las acciones, desde la detección temprana de los participantes hasta la evaluación del programa.

<sup>7</sup> BULL, Melissa, *A comparative review of best practice guidelines for the diversion of*

*drug related offenders*, International Journal of Drug Policy, Australia 2005, pp. 223-234.

*«Existen diferentes experiencias con resultados positivos en la atención de personas con consumo de sustancias en conflicto con la ley, entre las que destacan las Cortes de Drogas en Estados Unidos o las Comisiones de Disuasión de la Drogodependencia en Portugal. A través de los años, se han generado lineamientos o principios para la reinserción social de esta población».*

Con base en los principios para la reinserción social descritos previamente y a la premisa de que los trastornos por consumo de sustancias son factores de riesgo modificables para la presentación de conductas delictivas, las acciones del componente sanitario cobran particular importancia. Sus intervenciones inician desde la vinculación con el sistema de justicia, en la evaluación de diagnóstico confirmatorio para los Trastornos por Uso de Sustancias y terminan en el acompañamiento continuo en las acciones dirigidas a la reinserción social hasta el final del programa.

## **I. Generalidades del componente sanitario del Modelo Nacional de Justicia Terapéutica**

Como se ha mencionado previamente, el Modelo Nacional de Justicia Terapéutica (MNJT) tiene dentro de sus principales objetivos la reinserción o inserción social de personas en conflicto con la ley con problemas de consumo de sustancias, mediante la atención de los factores que favorecen la reincidencia delictiva. Con base en lo anterior, es importante recalcar que no solo se debe de abordar el consumo de alcohol, drogas ilegales y medicamentos con potencial adictivo, sino también otros padecimientos asociados y diferentes tipos de necesidades (por ejemplo: académicas, laborales, sociales, etc.). Mientras más integral y exhaustiva sea la evaluación dirigida a la identificación de las necesidades clínicas y psicosociales, más se favorece una adecuada ubicación de los participantes en los entornos de tratamiento apropiados para cada caso, lo que contribuye a la mayor probabilidad de éxito. Es así, que adicionalmente a las evaluaciones clínicas rutinarias, es indispensable incluir la identificación y abordaje de los factores de riesgo para las conductas delictivas.

Dentro de los factores de riesgo para la presentación de conductas delictivas, se encuentran los que incrementan la probabilidad de que se cometa nuevamente un delito y los

que disminuyen esta probabilidad. Adicionalmente, estos factores pueden presentar un carácter de estático o dinámico. Los factores estáticos son aquellos factores que no pueden cambiar, siendo los más reportados: la menor edad, el sexo masculino y la historia delictiva. Los factores dinámicos pueden ser modificados mediante intervenciones dirigidas, entre ellos destacan: el bajo nivel académico, las enfermedades mentales, los trastornos por uso de sustancias, las asociaciones con pares delictivos, el deterioro en las redes familiares, entre otros. Es así, que el abordaje de los Trastornos por Uso de Sustancias las enfermedades mentales coexistentes, la disfunción familiar y el mayor número posible de los factores criminógenos, disminuyen la posibilidad de reincidencia delictiva.

Las acciones sanitarias dentro del MNJT incluyen intervenciones multidisciplinarias a diferentes niveles, por lo que integran servicios de salud de varias instituciones dentro de una red de tratamiento. Estos servicios son coordinados y supervisados por el centro coordinador de casos, mediante la figura del gestor de casos (Ver Imagen 2), e incluyen:

- Tratamiento para la intoxicación y el síndrome de abstinencia en los centros toxicológicos y servicios de urgencias de los hospitales;

- Tratamiento residencial (internamiento) para los trastornos por uso de sustancias;
- Tratamientos ambulatorios especializados para los trastornos por uso de sustancias (por ejemplo: terapia de sustitución con metadona), y
- Tratamiento de los trastornos mentales y otras enfermedades médicas coexistentes.

*«Mientras más integral y exhaustiva sea la evaluación dirigida a la identificación de las necesidades clínicas y psicosociales, más se favorece una adecuada ubicación de los participantes en los entornos de tratamiento apropiados para cada caso, lo que contribuye a la mayor probabilidad de éxito. Es así, que adicionalmente a las evaluaciones clínicas rutinarias, es indispensable incluir la identificación y abordaje de los factores de riesgo para las conductas delictivas».*



Imagen 2. Principales acciones del gestor de casos.

Los servicios e intervenciones del componente sanitario, son otorgados por profesionales de la salud, que incluyen los perfiles de: medicina, medicina especializada, psicología, enfermería, trabajador social, consejería en adicciones, entre otros.

## II. Objetivo general y criterios de inclusión

El objetivo del componente sanitario del Modelo Nacional de Justicia Terapéutica es brindar atención integral a las personas que padecen de Trastornos por Uso de Sustancias y han cometido delitos relacionados con los mismos, con la finalidad de favorecer la mejora en la calidad de vida, la reinserción social y la disminución de la reincidencia delictiva.

Desde el ámbito del componente sanitario, los criterios para la

inclusión al MNJT son:

- Que el imputado cumpla con los criterios clínicos para un trastorno por uso de sustancias (excepto tabaco y cafeína) de acuerdo a la CIE-11, y
- Que el Trastorno por Uso de Sustancias se identifique como uno de los principales factores de riesgo para la comisión o reincidencia de conductas delictivas.

En caso de que el candidato presente una enfermedad médica o especialmente psiquiátrica que limite su participación en las actividades de tratamiento dentro del MNJT, esta se considerará un criterio de exclusión y el candidato será referido al nivel de atención correspondiente. Algunos ejemplos de estas enfermedades son: trastornos mentales en los que la persona se encuentre “fuera de la realidad” o su capacidad de comprensión esté limitada, o diabetes



mellitus descompensada que ponga en peligro la vida de la persona.

Estos criterios deben determinarse por un profesional de la salud que cuente con la acreditación y capacitación competente. La evaluación clínica debe ser exhaustiva, situada en el contexto del individuo y abordada de forma multidisciplinaria.

Las acciones del componente sanitario dentro del MNJT incluyen intervenciones multidisciplinarias a diferentes niveles de atención, por lo que integran servicios de salud de varias instituciones dentro de la red de tratamiento (Ver imagen 3). Estos servicios son coordinados y

supervisados por el centro coordinador de casos, mediante la figura del gestor de casos, e incluyen:

- Tratamiento para la intoxicación y el síndrome de abstinencia a sustancias en los centros toxicológicos y servicios de urgencias de los hospitales;
- Tratamiento residencial para los trastornos por uso de sustancias;
- Tratamiento ambulatorio especializado para los trastornos por uso de sustancias (por ejemplo: terapia de sustitución con metadona), y
- Tratamiento de los trastornos mentales y otras enfermedades médicas coexistentes.

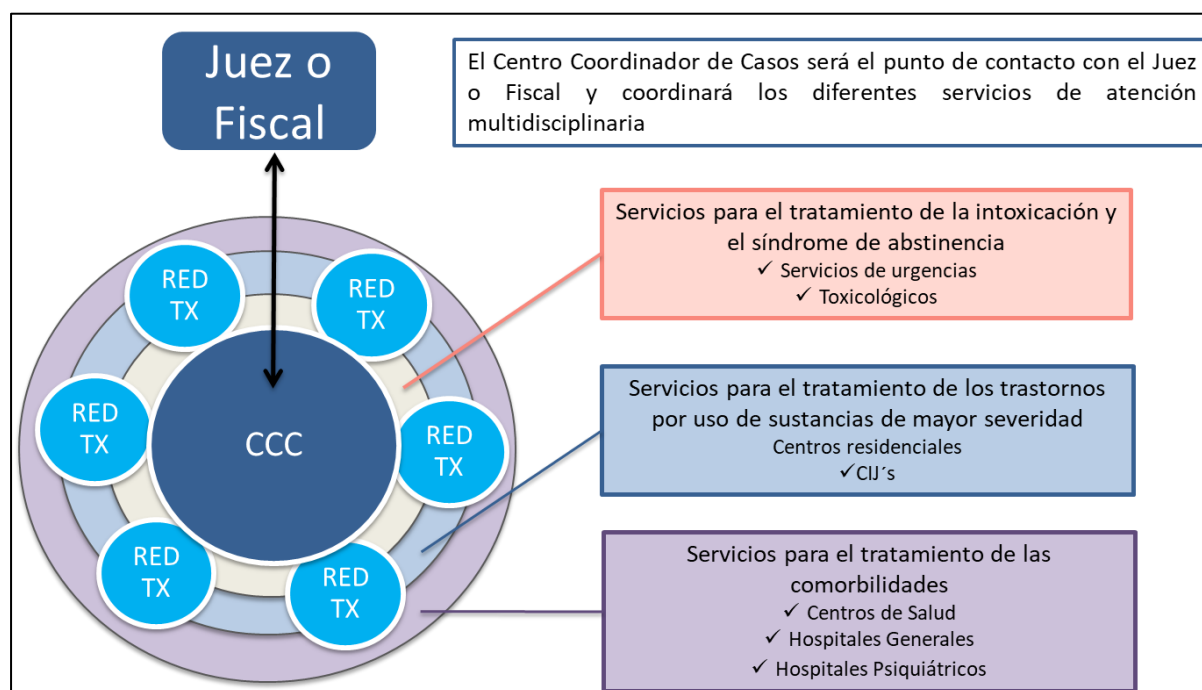


Imagen 3. Red de Tratamiento dentro del Modelo Nacional de Justicia Terapéutica.

Como se mencionó previamente, el gestor de casos es el encargado de coordinar y supervisar los diferentes tipos de intervenciones multidisciplinarias otorgadas por la red de servicios de atención y funge como enlace directo entre el centro coordinador de casos y el juez. Además, es el responsable de la recolección y manejo de datos provenientes de la cédula de evaluación del cumplimiento (apego a tratamiento) y evolución de los participantes.

### III. Intervenciones del componente sanitario

Los candidatos para ingresar al Modelo Nacional de Justicia Terapéutica son detectados por el área jurídica mediante la aplicación de una prueba de detección rápida, denominada tamizaje. El tamizaje consiste en la aplicación de un cuestionario dirigido a la detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés). Una entrevista estructurada desarrollada por la OMS, que tiene la finalidad de identificar los riesgos para la salud y los trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos<sup>8</sup>. Una vez que las áreas de procuración de justicia

detectan a personas que cometieron delitos que pudieran relacionarse a un por Uso de Sustancias, se aplica el tamizaje; en caso de resultar positivo, el candidato es canalizado al coordinador del componente sanitario para confirmar la presencia de un trastorno y su papel como factor de riesgo para conductas delictivas.

Las intervenciones sanitarias inician con la evaluación de diagnóstico confirmatorio para los trastornos por uso de sustancias, mediante una entrevista dirigida a la búsqueda intencionada de los criterios diagnósticos para consumo perjudicial o dependencia, en base a la CIE 11<sup>9</sup>.

El abordaje integral de los padecimientos de cada participante se realiza con base en un plan de tratamiento que se sustentará en Guías de Práctica Clínica y Manuales de Tratamiento reconocidos por las instancias de salud competentes. Este plan de tratamiento se desarrolla en 4 fases de tratamiento, con duración variable de acuerdo con las características clínicas de cada participante (Ver Imagen 3). Dentro de las intervenciones de tratamiento, se incluyen principalmente: el abordaje psicoterapéutico, el uso de fármacos, las intervenciones socio

---

<sup>8</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria*, Ginebra 2011.

<sup>9</sup> UNITED NATIONS, *Executive Summary Conclusions and Policy Implications, World Drug Report 2018*, op. cit.

comunitarias y los grupos de ayuda mutua.

**Figura 3.- FASES DEL TRATAMIENTO**

<b>FASE I</b> Evaluación Integral y Apego al Tratamiento <b>1 a 3 meses</b>	<b>FASE II</b> Tratamiento Intensivo <b>3 a 6 meses</b>	<b>FASE II</b> Mantenimiento <b>3 a 6 meses</b>	<b>FASE IV</b> Consolidación de la Reinserción Social <b>1 a 3 meses</b>
<p><b>Objetivo</b> Realizar la Historia Clínica Adictológica Integral y favorecer el apego al tratamiento mediante el abordaje de las Etapas de Cambio.</p> <p><b>Método</b> Realizar la Historia Clínica Adictológica Integral en base al formato establecido</p> <p><b>Indicador para el cambio de fase</b> Contar con Historia Clínica Adictológica Integral, Plan de Tratamiento y Cédula de Evaluación y Seguimiento (adaptada al caso).</p>	<p><b>Objetivo</b> Otorgar tratamiento integral en base al Plan de Tratamiento y en búsqueda de cumplir los objetivos terapéuticos.</p> <p><b>Método</b> Evaluaciones periódicas con el equipo clínico multidisciplinario, mediante el uso de la Cédula de Evaluación y Seguimiento.</p> <p><b>Indicador para el cambio de fase</b> Alcanzar el 70% o más de los objetivos del Plan de Tratamiento y la estabilización del trastorno por uso de sustancias y sus principales comorbilidades asociadas; así como la reducción de los factores criminógenos identificados.</p>	<p><b>Objetivo</b> Mantener los cambios alcanzados como objetivos del Plan de Tratamiento por un periodo mínimo de 3 meses.</p> <p><b>Método</b> Evaluaciones periódicas con el equipo clínico multidisciplinario, mediante el uso de la Cédula de Evaluación y Seguimiento.</p> <p><b>Indicador para el cambio de fase</b> Mantener los cambios alcanzados en la Fase II (Tratamiento Intensivo) por un periodo mínimo de 3 meses.</p>	<p><b>Objetivo</b> Dar seguimiento a las acciones de reinserción social por periodo mínimo de 3 meses.</p> <p><b>Método</b> Dar seguimiento a las acciones de reinserción social mediante la cédula de evolución y seguimiento.</p> <p><b>Indicador para el cambio de fase</b> Cumplimiento del tiempo establecido de seguimiento.</p>

El diseño del plan de tratamiento surge de los padecimientos y necesidades identificados en la historia clínica adictológica Integral, que está compuesta por los diagnósticos de:

- Trastornos por consumo de sustancias (de acuerdo con la CIE-11).
- Otras enfermedades asociadas al consumo de sustancias y las crónico-degenerativas coexistentes (por ejemplo: diabetes mellitus o hipertensión arterial sistémica);
- Trastornos mentales secundarios o no a consumo de sustancias (por ejemplo: depresión o trastornos de ansiedad), y
- Otras necesidades criminógenas (factores estáticos y dinámicos).

*La fase I o de evaluación integral y apego al tratamiento, tiene el objetivo de realizar la historia clínica adictológica integral y favorecer el apego al tratamiento. En esta fase se realiza la historia clínica adictológica integral con base en el formato establecido y, el indicador para el cambio a la siguiente fase es contar con la historia clínica adictológica integral, el plan de tratamiento (con objetivos) y la cédula de evaluación y seguimiento (adaptada para cada uno de los casos).*

*La fase II o de tratamiento intensivo, tiene el objetivo de otorgar un tratamiento integral con base en el plan de tratamiento y en búsqueda de cumplir los objetivos terapéuticos. En esta fase se realizan evaluaciones periódicas con el equipo clínico multidisciplinario, mediante el uso de la cédula de evaluación y*

seguimiento. El indicador para cambio a la siguiente fase es el haber alcanzado los objetivos del plan de tratamiento, la estabilización del trastorno por uso de sustancias y sus principales comorbilidades asociadas.

*La fase III o de mantenimiento,* tiene el objetivo de mantener los cambios alcanzados del plan de tratamiento por un periodo mínimo de tres meses. En esta fase se realizan evaluaciones periódicas con el equipo clínico multidisciplinario, mediante el uso de la cédula de evaluación y seguimiento. El indicador para el cambio a la siguiente fase es el mantener los cambios alcanzados en la Fase II por un periodo mínimo de tres meses.

Por último, *la fase IV o de acompañamiento en el proceso de reinserción social,* tiene el objetivo de dar seguimiento conjunto a las acciones de reinserción social por un periodo mínimo de tres meses. Durante esta fase se da seguimiento a las acciones de reinserción social mediante la cédula de evaluación de la evolución y seguimiento. El indicador para la finalización de esta fase y la conclusión del plan de tratamiento, es el cumplimiento del tiempo establecido de seguimiento.

La duración y los componentes de las fases II, III y IV de tratamiento, son resultado de las evaluaciones integrales realizadas en la fase I (evaluación integral y apego al tratamiento). Es así, que la identificación de los padecimientos, el

nivel de severidad de los mismos y las características generales de los participantes, son la base de un adecuado plan de tratamiento. En el que se incluyen el tipo de intervenciones (por ejemplo: psicoterapia, uso de fármacos, tratamiento residencial, etc.), el número y duración de las mismas, y el objetivo específico de cada una de ellas (por ejemplo: en el caso de presentar depresión, el objetivo será la resolución de este padecimiento y la mejora en la calidad de vida).

*«La revisión continua del nivel de cumplimiento o apego a las intervenciones (por ejemplo: asistencia a las consultas programadas, toma de medicamentos, etc.) que se han establecido en el plan de tratamiento y la evolución que ha presentado el participante para cada uno de los padecimientos detectados, son esenciales para el seguimiento de los casos. Además, permiten la modificación del plan de tratamiento en base a la evolución y la definición del cambio de fase o alta del programa».*

#### **IV. Evaluación del cumplimiento y evolución**

La revisión continua del nivel de cumplimiento o apego a las intervenciones (por ejemplo: asistencia a las consultas programadas, toma de medicamentos, etc.) que se han establecido en el plan de tratamiento y la evolución que ha presentado el participante para cada uno de los padecimientos detectados, son esenciales para el seguimiento de los casos. Además, permiten la modificación del plan de tratamiento en base a la evolución y la definición del cambio de fase o alta del programa.

Con la finalidad de eficientar el seguimiento de los casos y sistematizar el uso de indicadores que permitan medir la efectividad de los tratamientos, se diseñó una cédula de evaluación del cumplimiento y evolución. Esta cédula tiene la característica de ser adaptable a cada caso, lo que permite la medición cuantitativa del nivel de cumplimiento y la evolución de cada uno de los casos, a pesar de presentar diferentes características en los padecimientos y severidad de estos. Es decir, permite la homologación de la información de los casos y la medición de la efectividad de las intervenciones del componente sanitario. Lo que permitirá realizar diferentes tipos de estudios en el futuro, como los enfocados a medir la efectividad, el impacto, o incluso el

costo efectividad de estos programas.

#### **V. Retos para la adecuada implementación del MNJT desde el componente sanitario**

En los últimos años, se ha presentado un gran avance en la definición de un Modelo Nacional de Justicia Terapéutica. Lo presentado en este artículo, es parte del esfuerzo interinstitucional y de varios expertos en el área de la salud, que ha sido coordinado por la Comisión Nacional Contra las Adicciones y en el cual ha participado ampliamente el Instituto Nacional de Psiquiatría. Su implementación en los diferentes escenarios, representa un reto para las entidades federativas de nuestro país. Como parte de estos retos, destacan:

a) La capacitación cruzada de los diferentes actores, que implica capacitar en temas de salud al área jurídica y de temas jurídicos al área de salud. Adicionalmente, a las otras áreas involucradas, como la de reinserción social o seguridad pública.

b) La sistematización de los procesos para la detección temprana o tamizaje en las áreas de procuración de justicia, mediante la eficientización y capacitación en los procesos para la aplicación de las pruebas de detección temprana.

c) La profesionalización y mejora en la calidad de los servicios para la atención de los trastornos por uso de sustancias y sus principales padecimientos coexistentes, con el

desarrollo de un modelo de abordaje integral coordinado.

d) La integración de intervenciones dirigidas a la detección y abordaje de los factores de riesgo para la aparición de conductas delictivas dentro del sistema de salud y en las instancias dedicadas a la reinserción social.

e) La coordinación efectiva de los servicios para la atención de los trastornos por uso de sustancias y sus principales padecimientos coexistentes, mediante un efectivo sistema de referencia y contra-referencia.

f) La creación de mecanismos para la gestión de estos programas, que favorezca contar con los recursos necesarios para su operación.

g) El desarrollo de investigaciones que sustenten este tipo de programas y permitan la mejora continua y buena administración de los recursos.

*«En los últimos años, se ha presentado un gran avance en la definición de un Modelo Nacional de Justicia Terapéutica. Lo presentado en este artículo, es parte del esfuerzo interinstitucional y de varios expertos en el área de la salud, que ha sido coordinado por la Comisión Nacional Contra las Adicciones y en el cual ha participado ampliamente el Instituto Nacional de Psiquiatría. Su implementación en los diferentes escenarios, representa un reto para las entidades federativas de nuestro país».*

## Fuentes consultadas

### Bibliografía

BULL, Melissa, *A comparative review of best practice guidelines for the diversion of drug related offenders*, International Journal of Drug Policy, Australia 2005.

OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY, *Improving the Measurement of Drug Related Crime*, Executive Office of the President of the United States, Washington 2013, disponible en: [<http://www.whitehouse.gov/on-dcp>], consultada en 2018-07-14.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria*, Ginebra 2011.

UNITED NATIONS, *Executive Summary Conclusions and Policy Implications, World Drug Report 2018*, United Nations Office on Drugs and Crime, Austria 2018.

\_\_\_\_\_, *Introductory Handbook on the Prevention of Recidivism and the Social Reintegration of Offenders*, Criminal Justice Handbook Series, Viena 2012.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME & WORLD HEALTH ORGANIZATION, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. Draft for field testing*, United Nations, Austria 2017.