



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

GUÍA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA

ÍNDICE

ABREVIATURAS	5
INTRODUCCIÓN	6
1. Problemática General	8
1.1 Problemática Específica.....	12
1.2 Incremento de la Incidencia Delictiva en la Última Década.....	15
1.3 La Asociación Droga-Delito desde un Enfoque de Salud Pública.....	22
1.4 Sistema de Justicia Penal en México.....	38
1.4.1 El Carácter Punitivo del Sistema de Justicia Penal en México hasta inicios del siglo XXI	38
2. Marco Teórico	39
2.1 Ámbitos de la Justicia Terapéutica.....	41
2.1.1 Adolescentes.....	44
2.2. Experiencias Internacionales	44
3. Marco Normativo	45
3.1 Principios.....	46
3.2 Ejes Rectores.....	47
4. Objetivo de la Guía de Justicia Terapéutica	48
4.1 Objetivos Específicos.....	49
4.2 Componentes de la Guía de Justicia Terapéutica.....	49
4.3 Integración del Equipo Multidisciplinario	50
5. Programa de Justicia Terapéutica	51
5.1. Objetivo del Programa de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas	51
5.2. Etapas para el Tratamiento.....	52
5.3 Flujo General del Programa de Justicia Terapéutica. Acuerdo Reparatorio y Suspensión Condicional del Proceso. (<i>Consultar el Anexo 1</i>).....	57
5.4 Flujo del Proceso de la Guía de Justicia Terapéutica en Etapa Inicial (<i>Consultar el Anexo 2</i>).....	59
6. Componente Jurídico	61
6.1. Objetivo del Componente Jurídico.....	61
6.2. Objetivos Específicos	61
6.3. Recursos Humanos.....	61

6.3.1. Equipo Operador del Componente Jurídico	61
6.3.2. Perfiles para los Puestos	66
6.3.3. Capacitación.....	74
6.3.4. Perfil docente	80
6.4. Infraestructura y equipamiento	80
6.5. Instrumentos operativos	81
6.6 Flujo del Proceso de la Guía de Justicia Terapéutica en Ejecución Penal (Consultar el Anexo 3).	81
7. Componente Sanitario	84
7.1 Objetivo del Componente Sanitario.....	85
7.2 Objetivos Específicos.....	85
7.3 Recursos Humanos para el componente sanitario	86
7.3.1. Equipo Operador del Componente Sanitario	86
7.3.2. Descripción y Análisis del Puesto.....	87
7.3.3. Capacitación.....	101
7.4 Recursos Materiales	104
7.4.1 Infraestructura.....	104
7.4.2 Generalidades	104
7.4.3 Especificaciones	104
7.4.4 Equipamiento.....	106
7.5 Instrumentos Operativos	107
7.5.1 Manual de Actuación Sanitaria (Consultar Anexo 6).....	107
7.5.2 Flujo del Protocolo Sanitario de la Guía de Justicia Terapéutica (Consultar Anexo 8).....	117
8. Componente de Reinserción Social.....	125
8.1 Objetivo del Componente de Reinserción	127
8.2 Objetivos Específicos	127
8.3 Dimensión Educativa del Componente de Reinserción Social	128
8.3.1 Los Procesos de Educación Formal.....	128
8.3.2. Los Procesos de Educación No Formal.....	129
8.4 Dimensión de Asistencia Económica para la Reinserción Social del Componente.....	132
8.5 Dimensión de Empleo para la Reinserción Social del Componente.....	132
8.6 Dimensión de Vivienda y Entorno Social del Componente.....	133

8.7 Dimensión de Construcción de Proyectos de Vida del Componente.....	133
8.8 Proceso del Proyecto de Vida como Técnica de Praxis Socioeducativa.....	135
8.9 Recursos Humanos para el Componente de Reinserción Social.....	136
8.9.1 Equipo Operador del Componente de Reinserción Social.....	136
8.9.2 Perfiles de Puesto.....	137
8.9.3 Capacitación.....	141
8.10 Recursos materiales.....	143
8.10.1 Infraestructura.....	143
8.10.2 Equipamiento.....	143
8.11 Instrumentos operativos.....	144
8.11.3 Guía Básica para implementadores de programas de reinserción social de Personas en Conflicto con la Ley que presentan Consumo de Sustancias Psicoactivas (<i>Consultar Anexo 11</i>).....	146
8.11.4 Formatos administrativos: (<i>Consultar Anexo 12</i>).....	146
BIBLIOGRAFÍA.....	147
GLOSARIO.....	154

ABREVIATURAS

ANCD/ NADCP	Asociación Nacional de Cortes de Drogas (NADCP por sus siglas en inglés)
AR	Acuerdos Reparatorios
CAPA	Centro de Atención Primaria en Adicciones
CCC	Centro Coordinador de Casos
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIJ	Centro de Integración Juvenil
CNGSPSP	Censo Nacional de Gobierno Seguridad Pública y Sistema Penitenciario
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNPP	Código Nacional de Procedimientos Penales
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones
ENPOL	Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad
ENVIPE	Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública
JT/TJ	Justicia Terapéutica (TJ por sus siglas en inglés)
LNEP	Ley Nacional de Ejecución Penal
LNASC	Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal
MASC	Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal
GJT	Guía de Justicia Terapéutica
OEA	Organización de Estados Americanos
OEMASC	Órgano Especializado en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal
OMS	Organización Mundial de la Salud
PJT	Programa de Justicia Terapéutica
PNPSVD	Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia
RNASC	Registro Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal
RNMCSCP	Registro Nacional de Medidas Cautelares y Suspensiones Condicionales del Proceso
SCP	Suspensión Condicional del Proceso
SESNSP	Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública
SJPA	Sistema de Justicia Penal Acusatorio
SSPC	Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana
TTA	Tribunales de Tratamiento de Adicciones
UMECAS	Unidades Estatales de Supervisión a Medidas Cautelares y Suspensión Condicional del Proceso
UNEME-CAPA	Unidades de Especialidad Médica-Centros de Atención Primaria en Adicciones
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

INTRODUCCIÓN

No puede haber paz sin justicia

Uno de los pilares fundamentales del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 es la paz, la seguridad y la justicia. Sin lugar a dudas, como gobierno y sociedad en general, tenemos pendiente la tarea de generar y participar como actores corresponsables en la pacificación del país. Para ello, el Gobierno de México se ha planteado atender el problema de la inseguridad, la violencia, la criminalidad y en este caso la incidencia y reincidencia delictiva, desde un cambio de paradigma.

El uso de la fuerza y la política de crimen y castigo no han dado los mejores resultados; ante esto, lo que se pretende ahora es plantear soluciones más humanas, que desde un enfoque social e integral, se vele por los derechos humanos de los más necesitados para que con urgencia, se reestablezca la paz que tanto anhela y demanda la sociedad mexicana.

Lograr lo anterior, requiere de atender las causas que han originado la injusticia, la inseguridad y la violencia; para que desde una justa dimensión social se resuelvan las aristas que forman parte de uno de los principales problemas en México; es decir, la delincuencia asociada al trastorno por el consumo de sustancias psicoactivas.

Como se delinea en el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 16 de la Agenda 2030, promover una sociedad pacífica será posible si se provee a las personas el acceso a la justicia. México como uno de los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas, al desarrollar la presente Guía en el marco del Programa de Justicia Terapéutica, coopera a nivel mundial para el desarrollo del cumplimiento de los objetivos enmarcados en la Agenda 2030.

En este sentido, este gobierno apela a la transformación de la vida pública desde una justicia restaurativa que incluye a todas y a todos, y no menos importante a quien por razones múltiples se encuentra o está en proceso de ser privado de su libertad.

Las estrategias políticas de *tolerancia cero* han dejado de ser la vía de solución, ya que constitucionalmente se mandata desde el artículo 18° a romper el círculo del castigo a cambio de ofrecer a las personas un proceso completo de reinserción social, a fin de que accedan al derecho humano a tener una vida digna que les permita reconciliarse con la sociedad y ser parte de una reconstrucción del tejido social. Así, este nuevo paradigma tiene como base una estrategia de esclarecimiento de los hechos, justicia expedita, reparación del daño y garantía de no repetición.



La Justicia Terapéutica como alternativa a la solución de controversias, es un mecanismo de este tipo de justicia restaurativa con el que el Gobierno de México busca abrir una oportunidad de alcance nacional para lograr la rehabilitación de esta población, ofrecer un proceso de reinserción social y alcanzar una reconciliación y perdón, tanto con la víctima como con su comunidad. Para lograrlo, es necesario contar con una guía integral que nos permita recuperar los esfuerzos caminados en el país.

De este modo, la presente Guía de Justicia Terapéutica (GJT)¹, es resultado de una suma de esfuerzos en pro de reforzar el sistema de Justicia Penal Acusatorio y también, impulsar una transformación completa en el proceso de justicia restaurativa. Además, se busca contribuir a erradicar la estigmatización que ha llevado a criminalizar a los consumidores desde un enfoque de salud pública, que vaya de la mano de estrategias de prevención y tratamiento de adicciones para los imputados o sentenciados que cometieron algún delito relacionado con un trastorno generado por el consumo de sustancias.

Finalmente, lograr una verdadera estrategia de reinserción social para las personas que opten por esta alternativa, a fin de asegurar la seguridad pública de la sociedad pero también, de atender y salvaguardar los derechos humanos de las personas que cumplan con el tratamiento y logren, a través de la Justicia Terapéutica, una sana y responsable incorporación ciudadana a su comunidad.

¹ Documento que sustituye la *Guía Metodológica del Modelo Mexicano del Programa de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas* (2016).

GUÍA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA

1. Problemática General

Durante la última década, Latinoamérica ha sido una de las regiones a nivel global en donde se ha optado por el diseño y la ejecución de sistemas de justicia penal restaurativos. Si bien, hay esfuerzos ya en algunos países como México, en muchos casos todavía dichos sistemas han quedado reducidos meramente a un plano administrativo y no tanto a procesos verdaderos de justicia restaurativa.

Las alternativas a la solución de controversias que se han venido implementando con el Sistema de Justicia Penal Acusatorio (SJPA) y los fundamentos establecidos en el Código Nacional de Procedimientos Penales (CNPP) y la Ley Nacional de Ejecución Penal (LNEP), actualmente se encuentran en un proceso de consolidación necesario de reforzar.

Por ello, “se requiere elaborar políticas criminales orientadas y articuladas con las políticas sociales y con un mayor énfasis en la prevención” (Azaola Ruíz 2009, 6), que permitan un medio alternativo de solución de controversia a fin de contrarrestar el uso de la pena privativa de la libertad en centros penitenciarios, así como las problemáticas estructurales generadas en todo el sistema de justicia, tanto en el ámbito económico, político, social y cultural.

De acuerdo al Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (2020, 3), a enero del presente año la población total registrada en los centros penitenciarios tanto estatales como federales fue de 202, 337 personas. De las cuales 173, 192 que representa el 85.602% corresponde al fuero común y 29, 145 que representa el 14.40% al fuero federal.

De la población total 191, 748, es decir, el 94. 77% son hombres y 10, 589, el 5.23% mujeres. El cuadro siguiente, expone los porcentajes de quienes se encuentran procesados o sentenciados.

POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD			
HOMBRES		MUJERES	
PROCESADA	SENTENCIADA	PROCESADA	SENTENCIADA
31. 78%	53. 81%	5.60%	8.80%

Fuente: Elaboración propia con base en el Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (2020, 3).

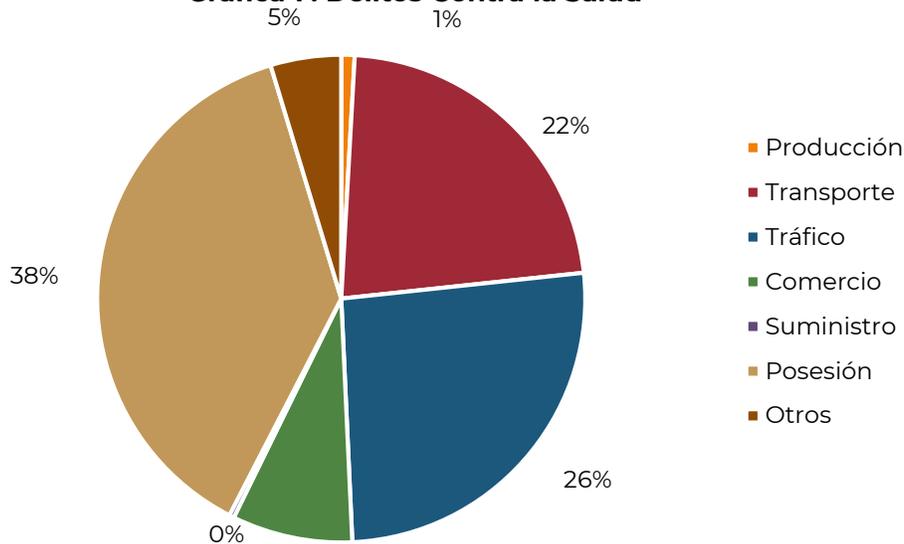
Como se puede observar, los hombres procesados representan 64, 305 personas privadas de la libertad, mientras que sentenciados se encuentran 108, 887. En el caso de las mujeres se encuentran procesadas 11, 339 y sentenciadas 17, 806 mujeres. Si bien, durante los últimos años muchos de los delitos que se cometen en México

tienen su origen en múltiples causas y en diversos factores de riesgo, en algunos casos estos están relacionados con el consumo de alguna sustancia lícita e ilícita. “En los últimos cuarenta años, la guerra contra las drogas y el uso del derecho penal como parte de la misma, han contribuido a aumentar de manera significativa la población carcelaria en muchos países alrededor del mundo, y en especial en Latinoamérica”. Guzmán (2012, 2).

Las problemáticas asociadas a la producción, tráfico y consumo de sustancias psicoactivas son muy variadas y sin duda una de las asociaciones más polémicas es la que se establece entre el consumo y los delitos. Al respecto, uno de los estudios de meta-análisis realizado por Bennet, Holloway y Farrington (2008, 107-118) concluyó que, al revisar más de 30 investigaciones que trataban de establecer esta conexión, “la probabilidad de delinquir de sujetos que consumían drogas era cuatro veces mayor que la de los no consumidores”. El consumo problemático y/o dependencia de sustancias psicoactivas está considerada dentro de los factores criminógenos, entendidos como “factores de riesgo que se relacionan directamente con el involucramiento de una persona en actividades delictivas, pudiendo ser estáticos o dinámicos” (Morales 2015, 19).

Al respecto, de acuerdo al reporte de incidencia delictiva a nivel nacional que emite el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP) al mes de enero y febrero de 2020, de los 7 delitos clasificados contra la salud se registraron 1, 240 delitos en total. De los cuales el de posesión que incluye consumo representó el 38 % equivalente a 468 delitos, quedando en primer lugar respecto de transporte con 278 (22%) delitos y tráfico con 322 (26%) respectivamente.

Gráfica 1. Delitos Contra la Salud



Fuente: Reporte de incidencia delictiva del fuero federal por entidad federativa 2020

De ninguna manera se afirma que exista una relación causa-efecto entre la droga y el delito, debido a que como señala el *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías* (2007) la relación entre drogas y delincuencia no es ni sencilla ni lineal. Tampoco es generalizable, debido a que muchas personas que han cometido algún

delito y son reincidentes, no consumen drogas y muchos drogodependientes no cometen delitos.

Tabla 2. Factores Criminógenos

FACTORES ESTÁTICOS (Características inmodificables)	FACTORES DINÁMICOS (Características susceptibles de ser modificadas)
<ul style="list-style-type: none">• Edad• Sexo• Historia delictiva• Trastorno de personalidad antisocial• Problemas intelectuales• Conductas criminógenas en la familia	<ul style="list-style-type: none">• Bajo nivel académico• Enfermedades mentales• Abuso de drogas y/o alcohol• Asociaciones con pares delictivos• Deterioro de redes familiares• Factores de riesgo asociados a la personalidad como la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, la inestabilidad emocional, la dificultad para respetar límites• Falta de comunicación entre los miembros de la familia, el apoyo, la convivencia y la unión

Fuente: Elaboración propia con datos de la "Guía Básica para implementadores de Programas de Reinserción Social de personas en conflicto con la ley que presentan consumo de sustancias psicoactivas" (2018).

Sin embargo, se identifica un mayor riesgo de desarrollar conductas violentas o delictivas en personas que presentan trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. De acuerdo con el enfoque epidemiológico, hay un conjunto de factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que algunas personas se vean involucradas en actos violentos o en delitos de algún tipo. (Arriagada y Godoy, 1999).

Partiendo de este conjunto de factores criminógenos se han revisado diversas fuentes de información oficiales en México para identificar el conjunto de

características que se pueden establecer como factores de riesgo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL, 2016) las personas privadas de libertad vivieron las siguientes situaciones de vulnerabilidad en sus hogares antes de los 15 años:

Gráfica 2. Situaciones de vulnerabilidad vividas por la población privada de la libertad en sus hogares antes de los 15 años

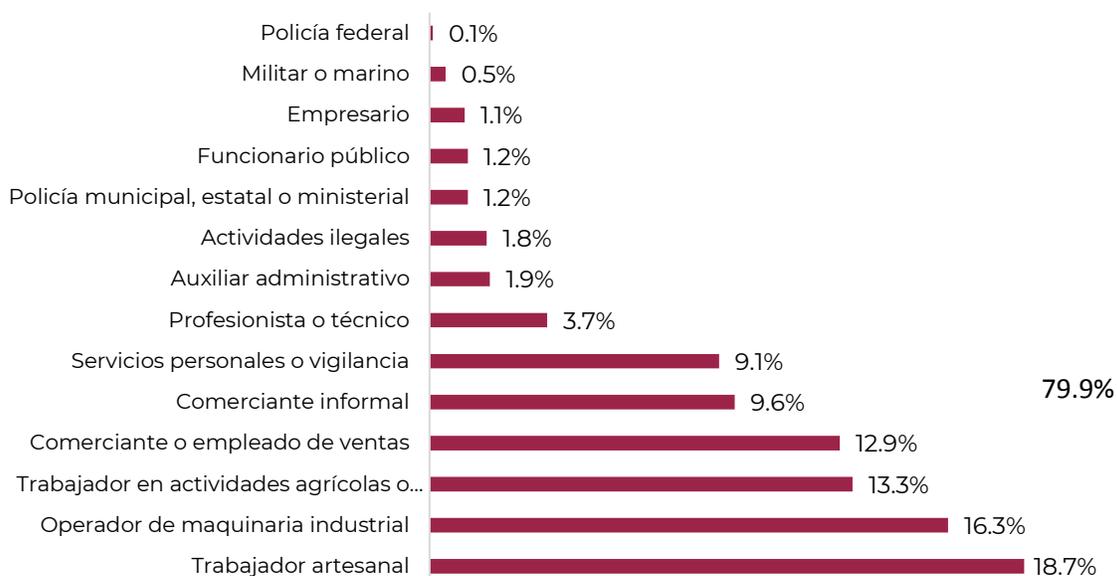


Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL, 2016 INEGI).

Al analizar estos datos se identifica la presencia de factores criminógenos como lo son las conductas criminógenas en la familia, el deterioro de redes familiares y la falta de comunicación entre los miembros de la familia, el apoyo, la convivencia y la unión. La misma investigación menciona que el 72.1% de la población privada de la libertad sólo cuenta con el nivel de educación básica, a lo que hay que sumar el 3.8% que no cuenta con ninguna educación; esto nos da un 75.9% de la población penitenciaria que se encuentra en una situación de exclusión social en el área educativa.

Lo anterior, se debe complementar con los datos referentes a la actividad económica de las personas antes de ser privadas de su libertad. La información nos permite saber que la mayor parte tenían actividades económicas con baja remuneración y bajos niveles de capacitación dentro de los estándares del mercado laboral actual, tal como se observa en la siguiente gráfica:

Gráfica 3. Última ocupación que desempeñó la población privada de la libertad antes de su arresto



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENPOL (INEGI, 2016).

El 79.9% de la población privada de la libertad presenta niveles de estudios inferiores a profesionista o técnico, lo cual refuerza el argumento de los bajos niveles educativos de la población que es condenada a prisión en nuestro país. Estos datos describen el perfil de personas víctimas de altos grados de exclusión en las dimensiones social, educativa y económica que componen la gran mayoría de la población que ha sido privada de su libertad en México. Sin embargo, a esto habría que agregar una condición más, aquella que implica trastornos por consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública que es considerado un factor de riesgo individual desde el enfoque de prevención social de la violencia y la delincuencia.

1.1 Problemática Específica

El *Informe sobre el Análisis del Tamizaje de las Entidades Federativas* realizado con base en la aplicación de una encuesta con representatividad estadística en seis estados del país durante el mes de julio del año 2015, identificó a las personas candidatas a ingresar al Programa de Justicia Terapéutica (PJT)². Dentro de este estudio, uno de los principales objetivos consistía en evaluar la proporción de casos que podrían ser susceptibles de derivarse hacia el Programa, con respecto al número total de casos atendidos. La selección de los casos que pueden participar en el Programa depende de dos criterios principales: a) Criterios jurídicos y b) Criterios sanitarios.

² La muestra recolectada fue de 1,069 personas en los estados de aplicación. Se asumió la fórmula para cálculo de muestra de población infinita y se calculó un error muestra de +/- 3 con un nivel de confianza del 95% de acuerdo con el software estadístico de cálculo de muestras EPIDAT.

En el área jurídica, la característica necesaria es que la persona haya sido imputada de un delito que pueda resolverse mediante alguna solución alterna, tratándose de la etapa procesal; mientras que, en etapa de ejecución de sentencia, cuando esta haya sido dictada por delito por el que proceda el beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena.

En cuanto al marco sanitario, la principal característica consiste en que la persona presente trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas. Lo anterior, derivado de los resultados de las pruebas tamizaje que se les aplican a los posibles candidatos, a fin de identificar y/o valorar si existe un trastorno.

Cuando se realiza el cruce de estas dos características, es posible identificar a los candidatos que podrían beneficiarse del Programa. Así, del total de la muestra, el 26% calificó como candidato para ingresar al Programa. Esto representa poco más de un cuarto de las personas que son detenidas y que tendrían la opción de optar de forma voluntaria por el tratamiento como una alternativa a la pena.

En lo que respecta a salud mental, el 4.3% de los candidatos refirió padecer algún trastorno psiquiátrico, mientras que el 15% de los candidatos presenta indicios de Trastorno Antisocial de la Personalidad, el cual se manifiesta por comportamientos que pueden llevar a una persona a delinquir o consumir alguna sustancia; ambos indicadores son mayores en los candidatos que en la muestra general.

En lo que se refiere al consumo de sustancias con riesgo moderado y alto, el alcohol, el cannabis y la cocaína son las sustancias más consumidas por los candidatos en el 65.1%, 46.6% y 22.3%, respectivamente. El consumo de inhalables es referido por el 15%, las anfetaminas por el 14.5%, los sedantes por el 7.2%, los opiáceos por el 2.1% y los alucinógenos por el 1.1% de los candidatos. Finalmente, el 57.9% consume una sola sustancia, alcohol o marihuana, principalmente, y el resto (42.1%) son poli usuarios.

Estos indicadores, en su conjunto, comienzan a dibujar un perfil de las personas que tienen mayor probabilidad de llegar a tener un conflicto con la ley penal en México. Un perfil que claramente cuenta con un conjunto de características que pueden asociarse con proceso de exclusión social grave, en donde la falta de oportunidades para el desarrollo pleno de las personas es la constante, a lo que en algunos casos podríamos sumar los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

A todo lo anterior, es posible agregar que privar a una persona de su libertad tiene altos costos para la sociedad en su conjunto. En la actualidad, de acuerdo al Censo Nacional de Gobierno Seguridad Pública y Sistema Penitenciario (CNGSPSP, 2019), los centros penitenciarios estatales y federales destinan en promedio 330.50 pesos diarios para cubrir gastos de alimentación, medicinas y uniformes de las personas privadas de la libertad, así como los pagos de energía eléctrica, combustibles, mantenimiento de inmuebles, salarios de custodios y la organización de actividades educativas, culturales y deportivas.



De forma adicional, y de acuerdo con la ENPOL (2016) el 70.3% de la población privada de la libertad tenía dependientes económicos al momento del arresto: el 70.4% tenía esposo o pareja, mientras que el 64.1% tenía hijas e hijos. Esto quiere decir que la privación de la libertad tiene costos directos para el Estado en la manutención de dichas personas, e indirectos para los dependientes económicos, quienes quedan en una condición de vulnerabilidad.

Siguiendo la ENPOL (2016), a "...nivel nacional, 25.9% de la población privada de la libertad en 2016, fue juzgada penalmente por algún delito de manera previa al proceso que determinó su reclusión actual; y 24.7% estuvo recluida previamente en un Centro Penitenciario". Situación que se agrava con el hecho que "...60% de la población privada de la libertad con antecedentes penales fue sentenciada por el delito de robo la última vez que fue juzgada penalmente, mientras que 12.9% fue procesada por posesión ilegal de drogas"; lo que refleja que aproximadamente 1 de cada 4 personas privadas de su libertad son reincidentes.

Estos datos nos llevan a la conclusión de que existen un conjunto de factores criminógenos (entendidos como factores de riesgo) que incrementan la probabilidad de que una persona cometa conductas violentas o delictivas.

De esta forma, la Guía de Justicia Terapéutica que se propone, parte de la existencia de una multitud de factores que, en combinación, potencializan el riesgo de que una persona se vea involucrada en hechos violentos o delictivos. Así, la Justicia Terapéutica brinda sustento a la ejecución de un Programa para personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, en donde se brinda atención integral a través de tres componentes:

- 1) Componente jurídico
- 2) Componente sanitario
- 3) Componente de reinserción social

La intervención social coordinada e integral de estos tres componentes busca incidir en una población específica conformada por personas que hayan cometido delitos violentos y no violentos por primera vez, que no tengan prisión preventiva oficiosa y permitan las soluciones alternas o la sustitución de la pena (condiciones jurídicas), que sean diagnosticadas con un trastorno por el consumo o dependencia (condiciones sanitarias) y que aceptan participar de manera voluntaria en las actividades integrales del Programa (condiciones de reinserción social).

La implementación de este tipo de programas, basados en principios de justicia terapéutica, implica un cambio en el paradigma tradicional de aplicación de la ley. Esto es necesario porque el panorama actual de la seguridad ciudadana en México exige la búsqueda de alternativas que permitan salidas innovadoras a la inercia histórica que se observa en el sistema de justicia penal en México. Dichas alternativas deben tomar en cuenta las siguientes dimensiones para su diseño: |

- 1) El incremento de la incidencia delictiva en la última década;
- 2) La asociación droga-delito desde un enfoque de salud pública; y

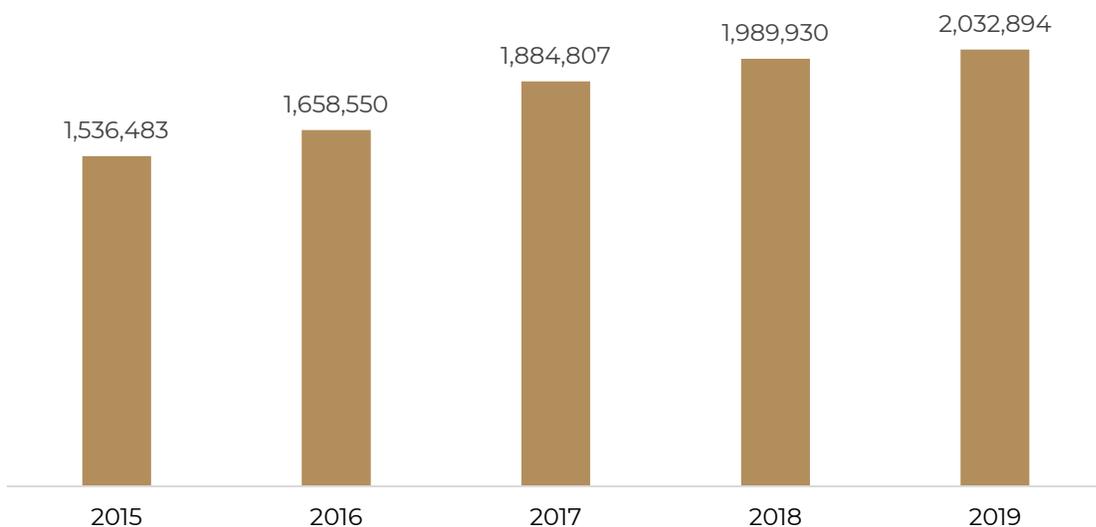
- 3) El excesivo carácter punitivo del sistema de justicia penal en México hasta inicios del siglo XXI.

A continuación, se desarrollan cada uno de estos factores para plantear un conjunto de argumentos basados en cifras oficiales e investigaciones que nos muestran el escenario complejo que da pauta a la necesidad de la implementación de una nueva perspectiva en la aplicación de la justicia en México a través de un enfoque de justicia terapéutica.

1.2 Incremento de la Incidencia Delictiva en la Última Década

La incidencia delictiva es entendida como la presunta ocurrencia de delitos registrados en averiguaciones previas iniciadas o carpetas de investigación, reportadas por las Procuradurías de Justicia y/o Fiscalías Generales de las entidades federativas (SENSP, 2018), es decir, el número de denuncias. La incidencia registrada durante los últimos años muestra que existe un incremento de 496,411 denuncias en 2019 con respecto a 2015 en delitos del fuero común, lo cual representa un aumento del 32%. En la gráfica 4, se muestra como ha cambiado la incidencia delictiva en los últimos 5 años.

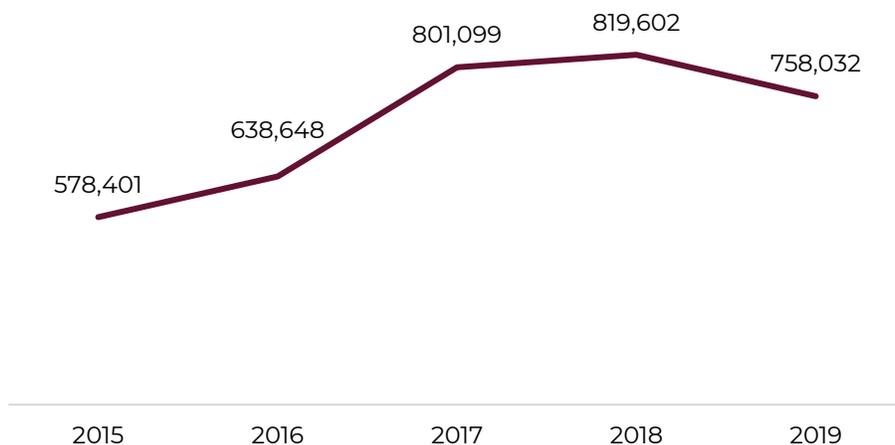
Gráfica 4. Incidencia delictiva en delitos del Fuero Común



Fuente: Elaboración propia con datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SENSP, 2019).

De acuerdo con los datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SENSP), el delito de robo representa 37% de la incidencia delictiva del fuero común. En la gráfica 5 se muestra cómo ha sido el cambio de la incidencia por robo en los últimos 5 años. Es posible apreciar que hasta 2018, la tendencia había ido en aumento, sin embargo, en 2019 disminuyó ligeramente.

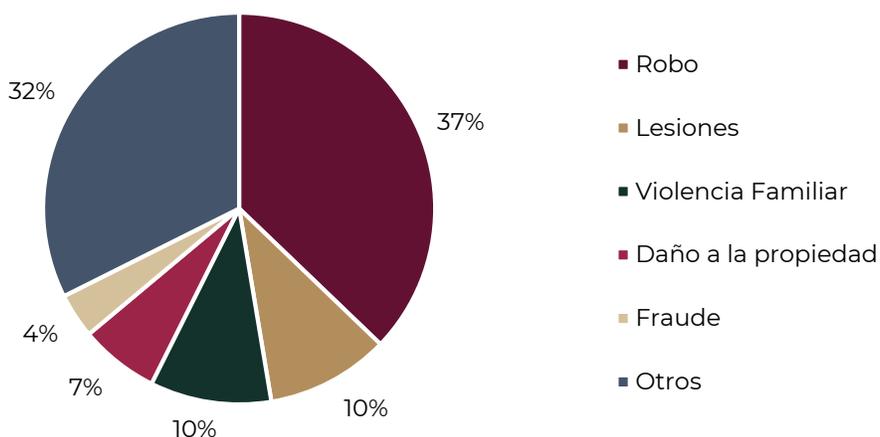
Gráfica 5. Incidencia delictiva del delito de robo



Fuente: Elaboración propia con datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP, 2019).

Así, como se puede observar en la gráfica 5, en 2019 los robos (758,032), las lesiones (207,746) y la violencia familiar (204,128) eran los delitos de mayor incidencia en el fuero común.³ Estos tres delitos representan más del 50% de las denuncias realizadas por delitos del fuero común, tal como se puede apreciar:

Gráfica 6. Delitos más frecuentes del Fuero Común

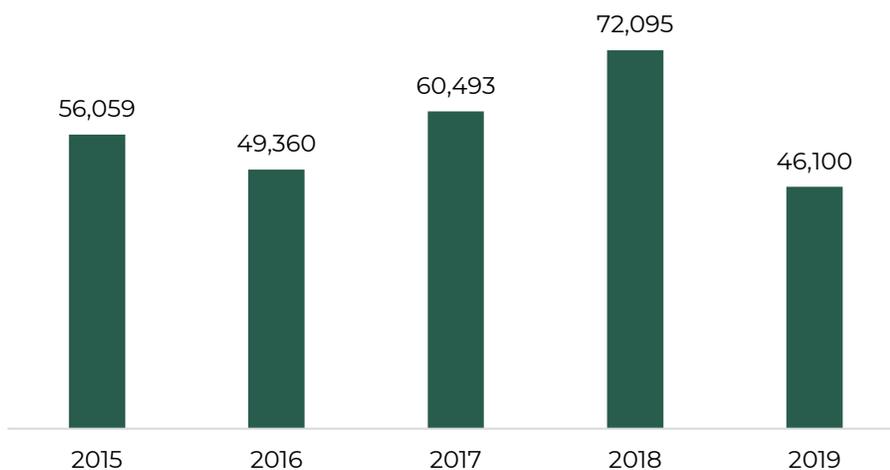


Fuente: Elaboración propia con datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP, 2019).

³ La categoría de "Otros" incluye: aborto, abuso de confianza, abuso sexual, acoso sexual, allanamiento de morada, amenazas, contra el medio ambiente, corrupción de menores, delitos cometidos por servidores, despojo, electorales, extorsión, falsedad, falsificación, feminicidio, fraude, homicidio, hostigamiento sexual, incesto, incumplimiento de obligaciones, narcomenudeo, delitos contra el patrimonio, la familia y la sociedad, rapto, secuestro, tráfico de personas, trata de personas, violación y violencia de género y otros delitos del Fuero Común.

En cuanto al fuero federal, la incidencia delictiva de 2015 a 2019 se muestra en la gráfica 7. Se observa que en 2019 hubo una incidencia de 9,959 menos denuncias con respecto a 2015, lo cual representa una disminución de 21% en la incidencia.

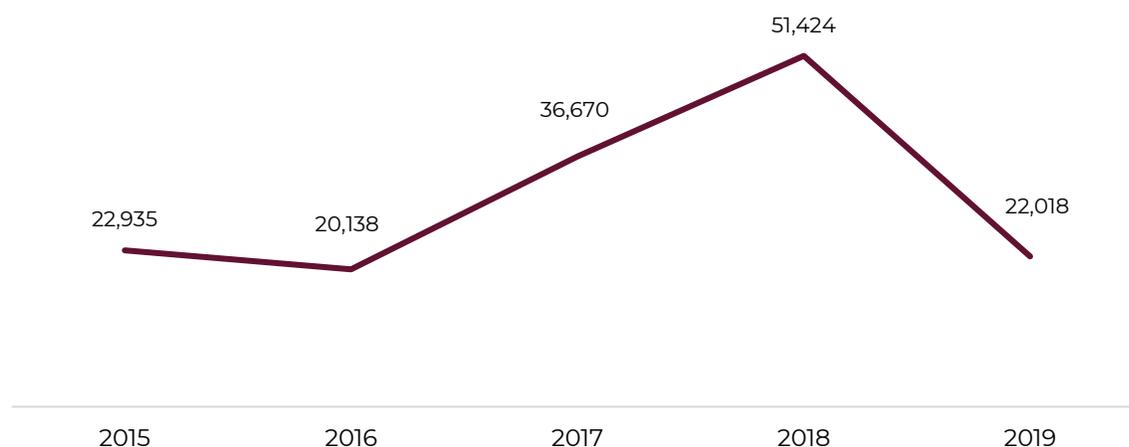
Gráfica 7. Incidencia delictiva en delitos del Fuero Federal



Fuente: Elaboración propia con datos del SESNSP (2019).

En el caso del fuero federal, los delitos más frecuentes son los delitos patrimoniales, ya que representan el 48% del total de la incidencia delictiva del fuero federal. En la gráfica 8 se muestra como ha cambiado el número de denuncias por delitos patrimoniales en los últimos 5 años. Nuevamente, hubo una disminución considerable en 2019 con respecto a los años anteriores.

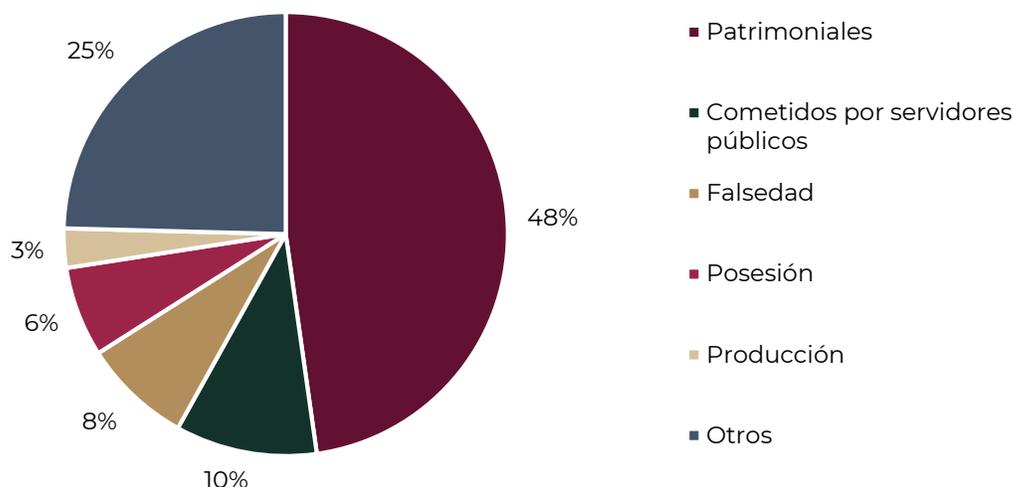
Gráfica 8. Número de denuncias por delitos patrimoniales del Fuero Federal



Fuente: Elaboración propia con datos del SESNSP (2019).

Ahora bien, en la gráfica 9, se muestra la incidencia de los 5 delitos más frecuentes del Fuero Federal en 2019 en comparación con el resto de los delitos y se observa que los delitos patrimoniales y los cometidos por servidores públicos representan el 58% de la incidencia delictiva del fuero federal.⁴

Gráfica 9. Delitos más frecuentes del Fuero Federal



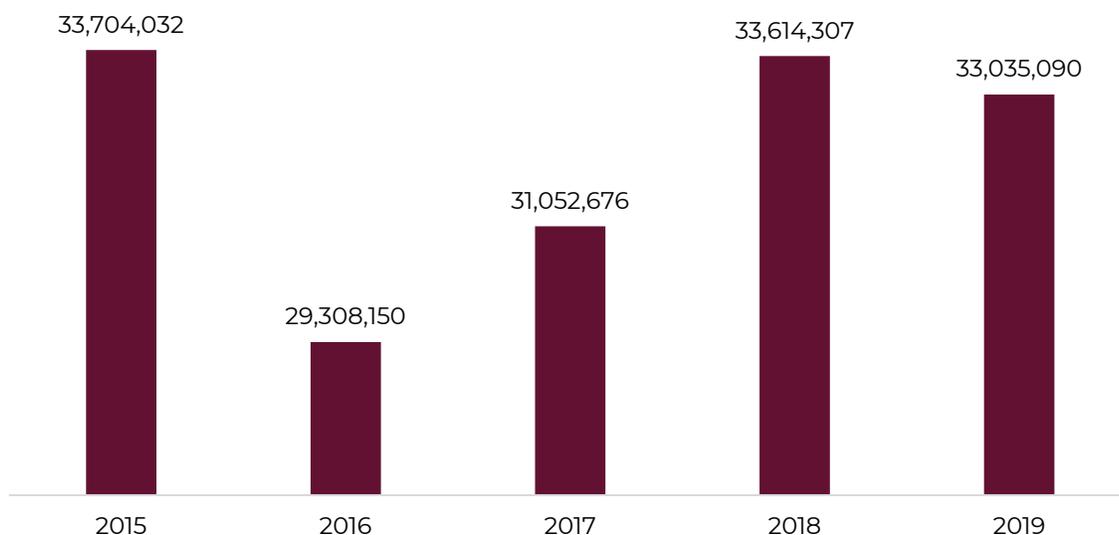
Fuente: Elaboración propia con datos del SESNSP (2019).

En adición a esto, la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE)⁵ realizada por el INEGI, muestra que la incidencia delictiva a nivel nacional se ha mantenido en 33 millones de delitos de 2015 a 2019, lo cual se observa en la gráfica 10. Es importante mencionar que INEGI define la incidencia delictiva como la suma de los delitos captados por la encuesta, hayan sido o no denunciados ante el Ministerio Público (ENVIPE, 2019). De igual forma, cabe destacar que únicamente contabiliza delitos del fuero común.

⁴ La categoría de "Otros" incluye los delitos de comercio, contra el ambiente, contra la integridad corporal, electorales, en materia de derechos de autor, suministro, tráfico, transporte, que afecten vías de comunicación y correspondencia y otros delitos del Código Penal Federal.

⁵ La ENVIPE mide delitos que afectan de manera directa a las víctimas o a los hogares, tales como: robo total de vehículo, robo parcial de vehículo, robo en casa habitación, robo o asalto en calle o transporte público, robo en forma distinta a las anteriores como (carterismo, abigeato y otros tipos de robo), fraude, extorsión, amenazas verbales, lesiones y otros delitos (secuestros y delitos sexuales), (INEGI, 2018).

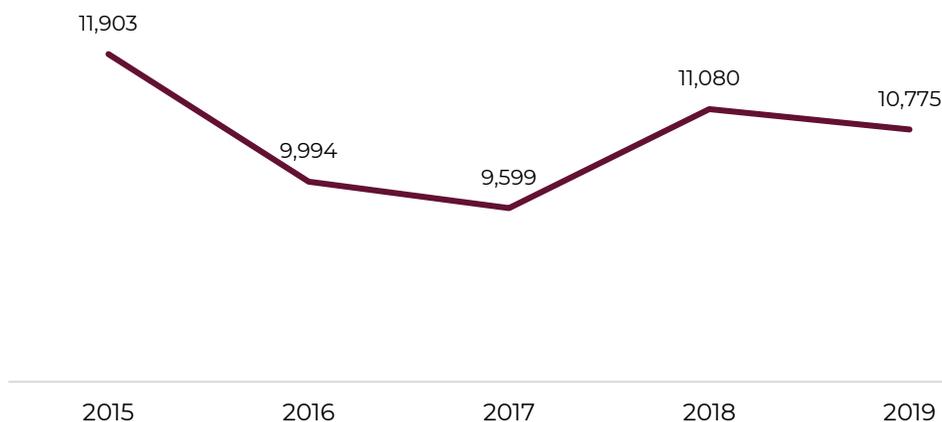
Gráfica 10. Incidencia delictiva de delitos del Fuero Común, 2015-2019



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENVIPE (2015-2019)

De manera particular, los delitos patrimoniales son los que más se cometen. De acuerdo con datos de la ENVIPE (2019), los delitos de mayor incidencia son los robos o asaltos en calle o transporte público, cuyo cambio en los últimos 5 años se observa en la gráfica 11.

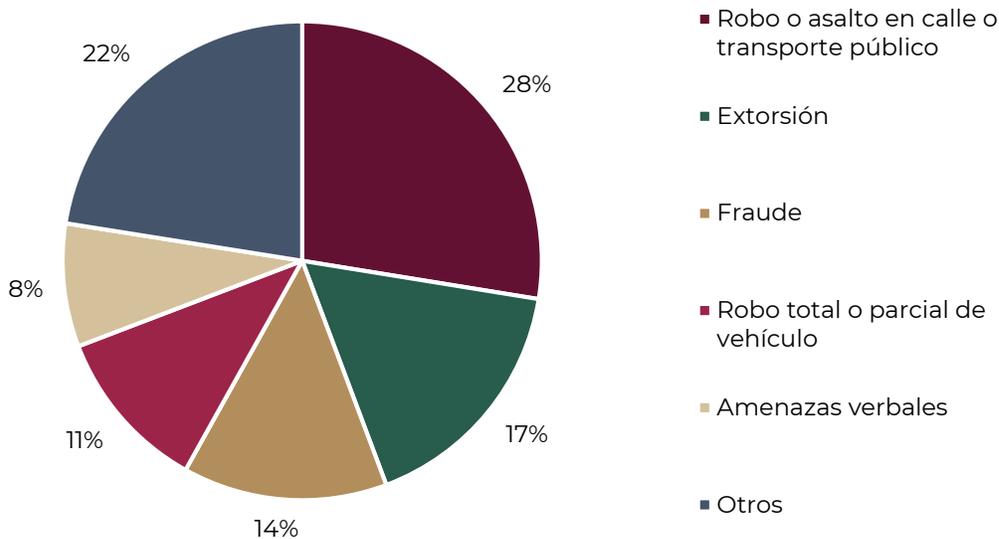
Gráfica 11. Incidencia de los delitos de robo o asalto en calle o transporte público



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENVIPE (2015-2019).

En la gráfica 12 se observa que los robos o asalto en la calle o transporte público, la extorsión y el fraude representan el 59% de la incidencia delictiva del fuero común.⁶

Gráfica 12. Delitos más frecuentes del Fuero Común



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENVIPE 2019.

Ahora bien, de acuerdo con datos de centros penitenciarios estatales reportados a la Unidad de Apoyo al Sistema de Justicia, en 2019 había 64,250 personas privadas de la libertad por el delito de robo. En la tabla 3, se observa la distribución de estas personas por entidad federativa, divididas por sexo. De igual forma, se aprecia que los estados con mayor población privada de la libertad con motivo de robo son: Estado de México (15,265), Ciudad de México (13,367) y Jalisco (6,796).

⁶ La categoría de "Otros" incluye: robo en casa habitación, robo en forma distinta a las anteriores, lesiones y otros delitos.

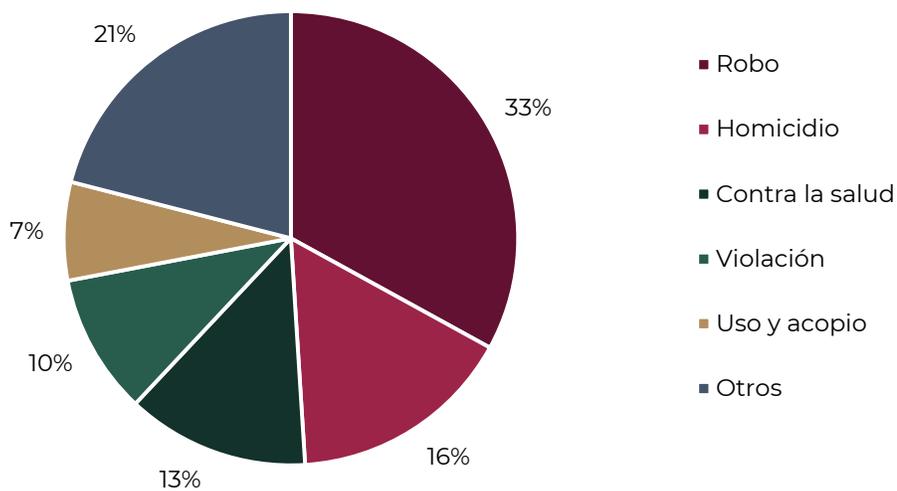
Tabla 3. Distribución de las personas privadas de la libertad en centros penitenciarios estatales, por delito de robo, desglosados por entidad federativa y sexo (ambos fueros)

Estado	Personas privadas de la libertad por el delito de robo	
	Hombres	Mujeres
Aguascalientes	14	1
Baja California	5,118	210
Baja California Sur	478	9
Campeche	291	5
Chiapas	439	24
Chihuahua	1,519	71
Ciudad de México	12,981	386
Coahuila de Zaragoza	367	7
Colima	408	14
Durango	811	47
México	14,579	686
Guanajuato	397	6
Guerrero	419	18
Hidalgo	2,614	166
Jalisco	6,605	191
Michoacán de Ocampo	570	19
Morelos	356	31
Nayarit	455	32
Nuevo León	2,243	62
Oaxaca	491	26
Puebla	2,008	124
Querétaro	892	44
Quintana Roo	410	13
San Luis Potosí	504	22
Sinaloa	650	11
Sonora	2,243	91
Tabasco	1,081	26
Tamaulipas	834	37
Tlaxcala	272	16
Veracruz de Ignacio de la Llave	1,020	38
Yucatán	314	9
Zacatecas	399	26
TOTAL	61,782	2,468

Fuente: Elaboración propia con datos procesados por el Área de Evaluación de la Unidad de Apoyo al Sistema de Justicia de la Secretaría de Gobernación, diciembre de 2019.

Cabe mencionar que, de estas 64,250 personas privadas de la libertad por el delito de robo, 706 pertenecían a una etnia indígena y 534 tenían una nacionalidad distinta a la mexicana. En cuanto a la población de adolescentes, de acuerdo con datos del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social (OADPRS), en septiembre de 2019 había un total de 4,822 adolescentes distribuidos en 50 Comunidades para Adolescentes en el país. En la gráfica 13 se aprecia que 33% se encontraban por el delito de robo, 16% por homicidio y 13% por delitos contra la salud.

Gráfica 13. Distribución de los delitos cometidos por adolescentes



Fuente: Elaboración propia con datos del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social (OADPRS), septiembre de 2019

1.3 La Asociación Droga-Delito desde un Enfoque de Salud Pública

Si bien, se conoce que la asociación entre las conductas delictivas y el consumo de sustancias no son causales de forma absoluta, si es reconocido que el consumo perjudicial de drogas o alcohol incrementa la extensión y la severidad de la conducta delictiva (González 2018, 88).

La relación entre la comisión de delitos y el consumo de sustancias psicoactivas es un tema complejo que en los últimos años ha cobrado relevancia dada la necesidad de entender esta relación, a fin de considerar los problemas estructurales que impactan de forma negativa en la convivencia social. Sin embargo, al disponer de un número reducido de estudios que permitan cuantificar la relación droga - delito y especificar el impacto que las drogas y el alcohol tienen sobre el comportamiento criminal, no se puede generalizar la posible vinculación directa o indirecta de dicho fenómeno, en virtud de que hay delincuentes que no consumen drogas, y hay quienes consumen drogas, pero no cometen delitos.



El Informe sobre la situación de las drogas en México (2019), señala que el aumento del consumo de drogas se debe a diversos factores tanto individuales como sociales. Se entiende por factor de riesgo a aquellas situaciones de tipo personal, familiar, escolar o social que incrementan las probabilidades de que las personas desarrollen conductas violentas o delictivas.

Es necesario precisar que la sola existencia de estos factores no implica que las personas inmersas en tales situaciones cometerán actos de violencia o delincuencia; sino que las coloca en una situación de mayor riesgo de experimentarlas.

Considerando que el delito no se correlaciona exclusivamente con el consumo de drogas legales e ilegales, es necesaria una comprensión más amplia de los factores de riesgo que influyen de manera directa e indirecta en la toma de este tipo de decisiones.

Así entonces, la evidencia para Latinoamérica (UNODC 2018) muestra que algunos de los factores importantes (necesidades criminógenas) a tomar en cuenta son:

- a) Consumo por motivos recreacionales
- b) Sobrellevar circunstancias adversas, como estar en condición de calle
- c) Factores personales como la salud mental, conductual, el propio desarrollo neurológico, variaciones genéticas e influencias sociales
- d) Factores familiares y parentales
- e) Entorno escolar e influencia de compañeros
- f) Entorno socioeconómico y físico, como condiciones de hacinamiento e inseguridad en sus comunidades o falta de espacios lúdicos y/o de recreación
- g) Pobreza y falta de oportunidades
- h) Falta de implicación de padres y apoyo social
- i) Desempleo
- j) Relaciones sociales disfuncionales
- k) Tendencia al suicidio

En consecuencia, partiendo de que el consumo de sustancias psicoactivas constituye un factor de riesgo, es necesario estimar el porcentaje de delitos que pueden ser atribuibles a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas; lo anterior con el objeto de crear un modelo de vinculación entre ambas variables.

Es por ello que el “Modelo Tripartito” de Paul J. Goldstein, permite visualizar los tres niveles de interacción entre las variables señaladas:

Tabla 4. Modelo Tripartito de Paul J. Goldstein en la relación Droga-Delito

TIPO DE RELACIÓN	DEFINICIÓN
Delitos psicofarmacológicos	Delitos cometidos bajo los efectos de una sustancia psicoactiva como resultado de su consumo agudo o habitual y, al mismo tiempo, se declara que ese delito no se habría cometido si no se hubiese estado bajo los efectos de la droga aludida.
Delitos compulsivos con fines económicos	Delitos cometidos para obtener dinero, bienes o drogas con objeto de financiar el consumo de las mismas.
Delitos sistemáticos	Delitos cometidos en el marco del funcionamiento de los mercados ilegales como parte del negocio de la producción o comercialización de drogas ilegales; y/o delitos contra la legislación en materia de drogas como consumo, posesión, venta, tráfico, entre otros.

Fuente: Goldstein (1985).

En el caso de la Guía de Justicia Terapéutica que se propone actualmente, y de acuerdo con la teoría de Goldstein tienen cabida los delitos psicofarmacológicos y compulsivos con fines económicos, de acuerdo con los requisitos procesales establecidos en el componente jurídico de la Guía. En el caso de los delitos sistemáticos habría cabida cuando la medida sea determinada por las autoridades estatales correspondientes y cuando el área de salud lo estime viable en virtud de que exista o no algún trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Dada la necesidad de contar con evidencia científica, se han realizado estudios diversos a nivel nacional e internacional con el objetivo de contribuir a la mejor comprensión de este fenómeno. Los resultados de las investigaciones guardan diferencias considerables en cuanto a la población objetivo de su investigación, el tamaño de las muestras utilizadas, la metodología de investigación, así como los resultados.

Sin embargo, se ha realizado un estudio del arte de las investigaciones en las que se indaga la relación entre la delincuencia y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Los resultados se subdividen en estudios internacionales y nacionales con el objetivo de exponer con mayor claridad las coincidencias y divergencias entre la investigación en estos dos niveles.

a) Nivel Internacional

El tema de la asociación *consumo de psicoactivos-delincuencia* es polémico debido a que existen posturas extremas que tienden a criminalizar a la población. Un claro ejemplo de esto puede observarse en el hecho de que gran parte de la investigación sobre este tema se ha realizado dentro de centros penitenciarios.

Según un estudio realizado en los años 90 en Los Ángeles, Phoenix, San Diego, Dallas y Miami por Deitch, Koutsenok y Ruiz “las estadísticas indican que aproximadamente del 60 al 80% del total de los delitos tienen una relación con las drogas” (2000:393). Los espacios donde más se ha estudiado esta relación han sido los Centros Penitenciarios. A nivel internacional, diversos estudios confirman que, en el ámbito penitenciario, una alta proporción de la población consume drogas. Según indica el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), en Estados Unidos, cerca del 70% de los individuos en prisiones estatales y cárceles locales usan drogas en forma regular (Mumola & Karberg, 2007), comparado con el 8.5% aproximado de la población general (NSDUH, 2012). Estos mismos estudios señalan que de este 70% de usuarios en prisión, el 35% son consumidores problemáticos (OEA, 2016).

Este tipo de investigaciones parten del supuesto de que para estudiar la relación consumo de psicoactivos-delincuencia se debe estudiar a las personas que ya han estado en prisión o que han cometido algún delito. Sin embargo, los críticos de esta perspectiva señalan que la mayor parte de los consumidores de psicoactivos son funcionales y no participan en actividades delictivas, dado que los factores criminógenos relacionados con la comisión de un delito son muy variados como ya se ha mencionado. Pese a ello:

Una investigación realizada en Canadá con personas que se encontraban reclusas reportó que los actos violentos son los delitos más comunes entre los delincuentes que consumieron alcohol el día en que cometieron el crimen. Por otro lado, se encontró que la mitad de ellos no consumió alcohol o drogas cuando cometieron un crimen, solamente 21% consumió alcohol, 16% otras drogas y 13% usó ambas. Entre estos últimos, el 79% de los consumidores de alcohol y el 77% de los de drogas declararon que no habrían cometido el delito en cuestión si se hubiesen encontrado sobrios (Brochu, Cousineau y Gille 2001, 22).

Los resultados de la investigación citada nos proporcionan una doble perspectiva. Si bien una mayor proporción de personas que cometieron delitos violentos consumieron alcohol el día que cometieron el crimen, en el lado opuesto se reporta que la mitad de las personas reclusas no consumieron alcohol o drogas el día del acto delictivo por el que están purgando condena.

Por un lado, el consumo de alcohol y/o drogas guarda una relación con los delitos violentos, pero el consumo no es condición suficiente ni necesaria para la relación de un acto delictivo, pues muchas personas cometieron un delito sin haber consumido algún psicoactivo.

Sin embargo, a nivel mundial continúan desarrollándose investigaciones que buscan entender la asociación entre la delincuencia y el consumo de sustancias psicoactivas. Uno de los estudios más representativos realizados a nivel mundial, hasta nuestros días, se titula *Quantifying crime associated with drug use among a large cohort of sanctioned offenders in England and Wales* (Pierce 2015) en el cual se evalúa la relación entre los resultados positivos en exámenes de consumo de opiáceos y/o cocaína y el historial de ofensas de personas a lo largo de dos años.



La metodología de la investigación incluyó una base de datos de 139, 925 personas que incluía los resultados de pruebas de consumo de psicoactivos a través de saliva, así como un seguimiento del historial de ofensas de las personas en los últimos dos años. Retomar una base de datos tan amplia permite establecer un comparativo de resultados en donde se tiene un grupo control de personas no consumidoras (con actividad criminal) con respecto a la actividad criminal de personas que siguen consumiendo opiáceos y cocaína. En la siguiente figura, podemos observar algunos de los resultados:

Tabla 5. Resultados de consumo por tipo de droga/sexo

	Sexo	Negativo en cocaína y opiáceos (n=96,590)	Positivo en cocaína (n=19,139)	Positivo en opiáceos (n=9042)	Positivo en cocaína y opiáceos (n=15,154)
Sexo	Hombres	72,646 (75%)	16,430 (86%)	7,046 (78%)	11,454 (76%)
	Mujeres	23,947 (25%)	2,709 (14%)	1,996 (22%)	3,700 (24%)
Edad media (± SD) ⁷	-	29.3 (± 10.3)	29.4 (± 8.8)	32.6 (± 8.4)	32.9 (± 7.9)
Índice de etnicidad	Grupos étnicos blancos	68,232 (76%)	15,078 (82%)	7,250 (87%)	11,798 (83%)
	Grupos étnicos no blancos	21,904 (24%)	3,293 (18%)	1,061 (13%)	2,380 (17%)
Índice de detención después del delito	Si	89,755 (93%)	17,499 (91%)	8,481 (94%)	13,991 (92%)
	No	6,835 (7%)	1,640 (9%)	561 (6%)	1,163 (8%)
Cantidad de personas con seguimiento	Hombres (% de todos los hombres)	43,076 (59%)	8,782 (53%)	4,794 (68%)	7,949 (69%)
	Mujeres (% de todas las mujeres)	9,556 (40%)	1,336 (49%)	1,240 (62%)	2,562 (69%)
Cantidad de crímenes	Hombres	194,195	39,053	26,990	45,976
	Mujeres	30,145	5,827	6,715	15,944
Media en el número de crímenes (± SD)	Hombres	2.67 (± 4.38)	2.38 (± 4.01)	3.83 (± 5.14)	4.01 (± 5.25)
	Mujeres	1.26 (± 3.20)	2.15 (± 4.05)	3.36 (± 5.08)	4.31 (± 5.77)
Personas con años de seguimiento	Hombres	145,286	32,860	14,092	22,908
	Mujeres	47,894	5,418	3,992	7,400
Estimación media de encarcelamiento (años) con más de 2 años (± SD)	Hombres	0.125 (± 0.265)	0.145 (± 0.289)	0.181 (± 0.317)	0.195 (± 0.318)
	Mujeres	0.032 (± 0.118)	0.074 (± 0.182)	0.098 (± 0.208)	0.110 (± 0.192)

Fuente: Traducción propia con base en Pierce (2015).

⁷ SD = Desviación Estándar.

En la tabla se observa que el grupo de personas que obtuvieron resultados negativos para el consumo de cocaína y opiáceos (segunda columna) cometieron un número promedio de crímenes menor que aquéllos que dieron positivo en estas pruebas (quinta columna). Si analizamos todos los datos del recuadro azul, podemos observar que esto mismo se repite en casi todos los casos, con excepción de los hombres que dieron positivo sólo al consumo de cocaína.

Algo muy parecido sucede al comparar los resultados referentes al tiempo promedio de encarcelamiento de estas poblaciones. Si se observa el recuadro rojo podemos concluir que aquéllos que, de acuerdo con los exámenes, continúan consumiendo psicoactivos tienen un tiempo promedio de encarcelamiento superior a los miembros del grupo control. Estos resultados se complementan con la siguiente imagen en donde se pueden observar los delitos cometidos que se subdividieron en cuatro categorías.

Tabla 6. Tasa por año, tasa ratio y tasa ajustada de edad para la principal categoría de ofensa por resultados de exámenes de drogas y género ⁸

Categoría de ofensa/ delito	Subgrupo DTR	Hombres n= 107,573			Mujeres n= 32,352		
		Tasa	RR	aRR	Tasa	RR	aRR
Todos los delitos	Doble negativo	1.378	Ref.	Ref.	0.632	Ref.	Ref.
	Sólo cocaína	1.235	0.90 [0.89, 0.91]	0.93 [0.92, 0.94]	1.090	1.73 [1.68, 1.77]	1.69 [1.64, 1.74]
	Sólo opiáceo	2.047	1.49 [1.47, 1.50]	1.66 [1.64, 1.68]	1.720	2.72 [2.65, 2.79]	2.73 [2.66, 2.80]
	Ambos	2.164	1.57 [1.55, 1.59]	1.77 [1.75, 1.79]	2.221	3.51 [3.45, 3.58]	3.46 [3.39, 3.53]
Delitos adquisitivos/ codiciosos (robos)	Doble negativo	0.455	Ref.	Ref.	0.349	Ref.	Ref.
	Sólo cocaína	0.372	0.82 [0.80, 0.83]	0.83 [0.81, 0.85]	0.532	1.52 [1.46, 1.58]	1.49 [1.43, 1.55]
	Sólo opiáceo	0.853	1.87 [1.84, 1.91]	1.95 [1.91, 1.99]	0.876	2.51 [2.42, 2.60]	2.46 [2.37, 2.55]
	Ambos	0.962	2.11 [2.08, 2.15]	2.21 [2.17, 2.24]	1.161	3.32 [3.24, 3.41]	3.21 [3.13, 3.30]
Delitos adquisitivos/ codiciosos graves (robos)	Doble negativo	0.133	Ref.	Ref.	0.017	Ref.	Ref.
	Sólo cocaína	0.110	0.83 [0.80, 0.86]	0.92 [0.89, 0.95]	0.033	1.94 [1.65, 2.29]	2.05 [1.74, 2.41]
	Sólo opiáceo	0.179	1.35 [1.29, 1.41]	1.84 [1.76, 1.92]	0.039	2.31 [1.95, 2.75]	2.74 [2.30, 3.27]
	Ambos	0.208	1.57 [1.52, 1.62]	2.19 [2.11, 2.27]	0.051	3.02 [2.67, 3.41]	3.63 [3.19, 4.12]
Delitos adquisitivos/ codiciosos no graves (robos)	Doble negativo	0.323	Ref.	Ref.	0.332	Ref.	Ref.
	Sólo cocaína	0.262	0.81 [0.79, 0.83]	0.80 [0.78, 0.82]	0.499	1.50 [1.44, 1.56]	1.46 [1.40, 1.52]
	Sólo opiáceo	0.674	2.09 [2.04, 2.14]	1.98 [1.94, 2.03]	0.836	2.52 [2.42, 2.61]	2.45 [2.36, 2.54]
	Ambos	0.754	2.34 [2.29, 2.38]	2.21 [2.17, 2.25]	1.109	3.34 [3.25, 3.43]	3.19 [3.11, 3.28]
Delitos no adquisitivos	Doble negativo	0.856	Ref.	Ref.	0.268	Ref.	Ref.
	Sólo cocaína	0.780	0.91 [0.90, 0.92]	0.95 [0.94, 0.96]	0.517	1.93 [1.85, 2.01]	1.89 [1.82, 1.97]
	Sólo opiáceo	1.088	1.27 [1.25, 1.29]	1.47 [1.45, 1.50]	0.779	2.90 [2.79, 3.02]	2.99 [2.88, 3.12]
	Ambos	1.085	1.27 [1.25, 1.29]	1.49 [1.47, 1.51]	0.985	3.67 [3.56, 3.78]	3.71 [3.60, 3.82]

Fuente: Traducción propia con base en Pierce (et. al., 2015).

8

Tasa= Tasa de ofendidos por persona por año.

RR= Tasa ratio sin ajustar.

aRR= Tasa ajustada por edad (conteo de delitos y covarianza de edad estimada)

En la tabla 6 se genera una tasa que resume la actividad criminal de las personas, es decir, el número de ofensas registradas por persona divididas en cinco categorías de análisis:

- a) Todas las ofensas;
- b) Ofensas de adquisición⁹;
- c) Ofensas graves de adquisición y
- d) Ofensas no adquisitivas.

Tal como se puede observar en la tabla, para el caso de los hombres (recuadro verde) en todas las categorías al observar los resultados de aquellos que dan negativo en el examen para detección de cocaína y opiáceos se vuelve claro que sus puntajes son menores que para aquellos que dan positivo. Por ejemplo, en el caso de las ofensas graves de adquisición el puntaje es de 0.133 para aquéllos que no son consumidores y de 0.208 para aquéllos que dan positivo a las pruebas de consumo. En el caso de las mujeres (recuadro amarillo) los resultados son similares: aquellas que dieron negativo a las pruebas tienen un puntaje de 0.017, mientras que aquellas que dieron positivo, tienen un puntaje de 0.051.

Estos resultados refuerzan la convicción de que, en algún grado, el consumo prolongado de alguna droga puede afectar y/o alterar de cierta forma, y en cierto grado, el comportamiento de un individuo, debido a que el consumo de sustancias psicoactivas tiene dos efectos principales: la intoxicación y la dependencia de sustancias en casos graves. Estos efectos están relacionados con dos modelos explicativos de la asociación consumo-delito:

- a) El modelo psicofarmacológico: Asocia el consumo de drogas y la intoxicación con una disminución de las funciones cognitivas y la falta de autocontrol, lo que lleva a impulsos violentos y a la falta de inhibiciones.
- b) El modelo económico-compulsivo: Se refiere a los enormes costos que se asocian con ser adicto a ciertos fármacos y conduce a la realización de actos delictivos para satisfacer la necesidad compulsiva de consumo motivada por la dependencia de sustancias psicoactivas.

En Latinoamérica ya se han comenzado a hacer esfuerzos por investigar la relación droga y delito a través de investigación de naturaleza empírico-analítica mediante la que se busca establecer estimaciones estadísticas sobre dicha relación, tomando como referencia el modelo tripartito de Goldstein.

Eduardo Valenzuela y Pilar Larroulet (2010, 41) realizaron un estudio con el objetivo de presentar estimaciones sobre la conexión entre droga y delito en Chile, utilizando como base el Modelo Tripartito de Goldstein. Valenzuela y Larroulet clasifican los delitos de la siguiente forma:

⁹ De acuerdo con el glosario de términos del Police & Crime Commissioner de West Yorkshire, el delito de adquisición se define como un delito en el que el delincuente obtiene una ganancia material del crimen.

- a) Atribución sistémica: cuando el delito cometido constituye una infracción a la ley de drogas y/o se declara que ha sido realizado en el contexto del mercado de drogas.
- b) Atribución psicofarmacológica: cuando quien declara haber estado bajo el efecto de alguna sustancia declare también que no habría cometido el delito de no haber estado bajo los efectos de la misma.
- c) Atribución económico-compulsiva: cuando se reconoce que se ha cometido el delito, cualquiera sea, con el fin de comprar o conseguir droga y existe evidencia complementaria de que el infractor tiene antecedentes de dependencia de las drogas.

En la tabla 7 se presentan los resultados del estudio de Valenzuela y Larroulete (2014).

Tabla 7. Modelo general de atribución de delitos relacionados con drogas en poblaciones infractoras adolescentes y adultas ¹⁰

TIPO DE DELITO	ADOLESCENTES	ADULTOS
Delito contra la ley de drogas	2,2	11,6
Delito dentro del mercado de drogas	-	2,7
Atribución sistémica	2,2	13,2
Delito para conseguir droga (% de sentenciados con antecedentes de dependencia a drogas)	18,4 (85,4)	25,4 (79,1)
Atribución económico-compulsiva o adquisitiva	15,7	20,1
Delitos cometidos bajo los efectos de alguna droga (% de sentenciados que sostienen que habrían cometido el delito si no hubiesen estado bajo la influencia de alguna droga)	11 (53,2)	16,9 (71,1)
Atribución psicofarmacológica con droga	5,9	12
Delito bajo los efectos del alcohol (% de atribución)	13,6 (66,4)	11,2 (88,8)
Atribución psicofarmacológica con alcohol	9	9,9
Delito bajo los efectos de alguna droga y alcohol (% de atribución)	6,4 (73,2)	17,1 (81,2)
Atribución psicofarmacológica con drogas y alcohol	4,7	13,9
Delito psicofarmacológico con víctima bajo efectos de alcohol/droga	-	8,8
Delitos relacionados solamente con drogas	21,3	36,5
Delitos relacionados con drogas y alcohol	32,4	53,6
Total de casos (n)	1,468	2,645

Fuente: Retomado de Valenzuela y Larroulet (2010).

-Los delitos relacionados solamente con drogas incluyen los tres primeros ítems de la tabla (delito sistémico, económico-adquisitivo y psicofarmacológico con droga).

-Los delitos relacionados con alcohol/droga agrega los demás ítems (psicofarmacológico con alcohol, con drogas y alcohol y con víctima bajo los efectos de drogas o alcohol). El porcentaje de delitos con la víctima bajo influencia al no distinguir entre alcohol y droga se atribuyó como delitos relacionados con drogas y/o alcohol.

-En población adolescente no se hizo la pregunta por el delito dentro del mercado de la droga ni por la víctima bajo influencia de alguna sustancia.

-El porcentaje de atribución del delito económico-adquisitivo es la fracción que marca positivo en dependencia de alguna droga.

-El porcentaje de atribución en el delito psico-farmacológico es el porcentaje que contesta que no lo habría hecho si no hubiera estado bajo la influencia de la sustancia que declara



Ahora bien, lo que muestra esta tabla es el porcentaje de personas sentenciadas que cometieron algún delito que cabe en alguna de las categorías de Goldstein. Posteriormente, muestra el porcentaje de personas que cumplen con los supuestos metodológicos que Valenzuela y Larroulet (2010) desarrollan, las cuales se describieron anteriormente. Para finalizar, ajustan la cifra para obtener una estimación neta de delitos.

Por ejemplo, 25.4% de adultos y 18.4% de adolescentes se encuentran sentenciados por cometer un delito, con el fin de comprar o conseguir droga. Sin embargo, sólo 79.1% de adultos y 85.4% de adolescentes reportaron antecedentes de dependencia de psicoactivos. Por lo tanto, los porcentajes estimados para los delitos de atribución económico-compulsiva o adquisitiva bajan a 20.1% y 15.7% en adultos y adolescentes, respectivamente.

En lo que respecta al delito psicofarmacológico por droga, la declaración bruta de delitos que se cometen bajo influencia de drogas es de 16.9% para adultos y 11.0% para adolescentes. Sin embargo, únicamente 71% de adultos y 53.2% de adolescentes respondieron que sí hubieran cometido el delito a pesar de no haber estado bajo la influencia de alguna droga. Por lo que el porcentaje estimado para atribución psicofarmacológica con drogas disminuye a 12.05% y 5.9% para adultos y adolescentes, respectivamente.

La tabla también nos permite observar resultados desagregados para el delito psicofarmacológico con alcohol y psicofarmacológico con droga y alcohol, los cuales no se consideran en las categorías anteriores “bajo la presunción de que el agente de influencia efectivo pudo haber sido el alcohol, más que la droga mencionada” (Valenzuela y Larroulete 2010, 46) pese a que es un psicoactivo legal:

Una de las sustancias que mayormente se encuentra relacionada con accidentes, lesiones, asesinatos, con la comisión de delitos y/o con infringir la ley, es justamente el alcohol. En una encuesta realizada por la CONADIC en los Centros de Internamiento Especializados para Adolescentes (SIC), de 3, 180 adolescentes el 98% de ellos consumió alcohol junto con otras sustancias, antes de haber ingresado a estos centros de tratamiento, mientras que el 40% consumió las mismas antes de haber cometido un delito, de los cuales robo, contra la salud y homicidio fueron los principales. (Informe sobre la Situación de las Drogas en México, 2019)

Todo lo anterior nos lleva a concluir que, a nivel internacional, se han desarrollado investigaciones de gran escala en la que se han tenido muchos avances para tratar de entender la relación entre droga y delito. Los resultados de estas investigaciones parecen estar enfocadas en comprender en qué medida el abuso y la dependencia de psicoactivos se configura como un factor de riesgo para la violencia y la delincuencia.

En estos estudios percibimos la presencia de un fuerte componente de salud pública con metodologías de recolección y análisis de interpretación desde un enfoque epidemiológico. Esto implica que no se busca criminalizar a la población,



sino detectar poblaciones focalizadas con las cuáles pueden diseñarse intervenciones específicas para atender sus problemas de consumo problemático y/o dependencia de sustancias.

En México existe un amplio interés por comprender la relación que puede establecerse entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos. Hace tiempo comenzaron a desarrollarse algunas investigaciones, como *“El consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo”* (Rojas, 1999), en la que se puede apreciar que el comportamiento antisocial se incrementa de manera significativa entre aquellos consumidores de alcohol con indicadores de consumo problemático y dependencia, además de aquéllos que son usuarios de psicoactivos.

Tabla 8. Actos antisociales y consumo de alcohol y drogas entre estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo, México, 1996.¹¹

Actos antisociales	Abstemios	Alcohol		Drogas	
	n= 1005	Beben menos de cinco copas n= 681	Beben cinco copas o más n= 243	No usuarios n= 1831	Usuarios n= 98
Portar objeto filoso para defensa en caso de pelea	4.9	9.7	21.7 ¹	8.0	21.6 ¹
Atacar a alguien con arma	1.8	2.4	11.7 ¹	2.5	17.2 ¹
Manifiestar crueldad con animales	1.9	4.4	11.2 ¹	3.4	14.0
Pasar la noche fuera de casa sin permiso	1.6	5.8	21.6 ¹	4.7	21.8 ¹
Tomar auto sin permiso del dueño	0.6	2.0	12.9 ¹	2.0	16.1
Dañar ajenos	2.0	6.8	18.1 ¹	4.8	24.4 ¹
Vender drogas	0.1	0.6	6.6	0.7	8.8 ¹
Tomar dinero o cosas que no le pertenecen (50 pesos)	1.7	4.8	11.9 ¹	3.5	14.3 ¹
Tomar dinero o cosas que no le pertenecen (500 pesos)	0	0.8	4.5	0.6	5.7 ¹
Golpear o herir a alguien	1.8	3.9	12.5 ¹	3.5	11.2 ¹
Forzar cerraduras	0.2	1.5	5.3	1.1	5.5
Tomar parte en riñas	1.0	4.8	21.8 ¹	4.2	19.1 ¹
Prender fuego en bienes ajenos	0.3	1.9	8.8	1.4	11.0 ¹
Golpear o herir a autoridad	0.2	0.9	4.0	0.8	4.4 ¹
Tomar mercancía de tienda sin pagarla	1.6	6.2	20.8 ¹	5.0	18.2 ¹
Amenazar a persona con arma para obtener algo	0.2	1.4	2.2	0.7	4.4

Fuente: Retomado de Rojas (1999)

¹¹ La prueba estadística utilizada fue χ^2 ($p \leq 0.05$).



Es necesario precisar que el estudio no tenía por objeto indagar la relación droga delito, sino determinar la prevalencia del consumo de drogas y bebidas alcohólicas entre estudiantes, así como la relación de este consumo con variables sociodemográficas, tiempo libre, actos antisociales, normas y conflictos familiares, entre otras (Rojas, 1999). Este estudio, sin embargo, tiene algunas limitantes, entre ellas: 1) enfocarse en un grupo poblacional de edad, lo cual limita la amplitud y comparabilidad de sus resultados; 2) sus resultados no son representativos a nivel nacional porque sólo se retomó la muestra de una entidad federativa; 3) las pruebas estadísticas utilizadas no permiten conocer la forma en que las distintas variables se relacionan para incidir en los actos antisociales; es decir, no hay un modelo explicativo de la relación entre variables para saber en qué medida éstas inciden en el comportamiento.

Otro estudio significativo es el que realiza el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en conjunto con el Instituto Nacional de la Mujeres (INMUJERES) y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) que realizó el informe “*Mujeres violentadas en México*” (2007). Este importante trabajo toma como base, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH-2003) para generar los siguientes resultados:

- El consumo de alcohol o de alguna droga no es el origen de la violencia contra la mujer, sino que es una práctica que puede inducir o exacerbar las agresiones;
- Más de la mitad de las mujeres agredidas física o sexualmente relacionan la ingesta de bebidas alcohólicas de su cónyuge como un factor importante en los incidentes de violencia;
- El 61% de las mujeres con violencia severa, mencionan que el alcohol ha influido para que el esposo las maltrate;
- El 50.5% de las mujeres violentadas sexualmente mencionan que el alcohol ha tenido influencia en el comportamiento de su agresor.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) a partir de 1990, ha generado información periódica sobre el uso de tabaco, alcohol, drogas médicas e ilegales, lo cual representa un referente en el seguimiento del consumo de sustancias, debido a que obtiene la información a través de cuatro fuentes: 1) Centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales; 2) Centros de Internamiento para adolescentes; 3) servicios de urgencias; y 4) los servicios médicos forenses.

Respecto al consumo de sustancias en adolescentes en conflicto con la Ley, el Informe del SISVEA (2016), señala lo siguiente:

- a) Durante el 2016 se registró un total de 2, 124 cédulas; donde la media de edad fue de 16.3 años;
- b) El 28.6% se dedicaban a actividades escolares y el 31.0% refirió tener actividad laboral inestable (menos de 6 meses).
- c) El robo fue el motivo de ingreso, su frecuencia alcanzó el 52.3%; seguido de los delitos contra la salud con 15.1%; otros con el 16.9% y actos violentos con 7.3%;
- d) El 87.5% consume alguna sustancia de manera habitual;
- e) Con referencia a los sitios de adquisición de las drogas, los lugares de distribución fueron los más referidos con el 63.4%, seguido del 17.6% que refirió en casa de un amigo o familiar;

- f) En cuanto al consumo de las mismas, la vía pública fue el sitio de mayor frecuencia utilizado para consumir sustancias con el 49.4%, y
- g) El 28.1% de los menores de edad cometieron el delito bajo el efecto de alguna sustancia. Entre ellos, el alcohol fue la droga con mayor frecuencia relativa (34.8%), el segundo lugar fue la marihuana (31.5%), y en tercero, los inhalables (15.1%).

Estos datos reportados tienen la ventaja de contar con un registro histórico para este grupo etario y nos permite observar que una parte representativa de los adolescentes en conflicto con la ley han consumido psicoactivos de manera oficial, lo cual no es lo mismo que asumir que aquéllos que consumen psicoactivos necesariamente comenten delitos en esa proporción. Estos datos confirman que hay una relación que debe investigarse con mayor profundidad entre el consumo de sustancias psicoactivas y el delito.

Por su parte, el Dr. Carlos J. Vidalta Perdomo (2010) construyó un modelo de análisis por regresión logística para analizar la información de la *Segunda Encuesta a la Población en Reclusión en el Distrito Federal el Estado de México (2005)*, con una muestra de 1, 254 personas reclusas en 21 centros especializados. Entre los primeros resultados se encontró “[...] una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias (alcohol o droga) y el tipo de delito cometido ($p < 0.0001$)” (Vidalta, 2010).

Tabla 9. Personas privadas de la libertad por consumo de alcohol y/o droga y tipo de delito

DELITO	NO CONSUMIÓ	SÍ CONSUMIÓ
Robo con violencia (n=331)	59.5%	40.5%
Robo simple (n=360)	60 %	40%
Homicidio doloso (n=119)	72.3%	27.7%
Delitos contra la salud (n=130)	76.9%	23.1%
Homicidio culposo (n=79)	77.2%	22.8%
Delitos sexuales (n=82)	78%	22%
Secuestro (n=68)	86.8%	13.2%
General (n=1169)¹²	67.9%	32.1%

Fuente: Retomado de Vidalta (2010).

Podemos observar que de las personas que se encontraban privados de la libertad por cometer un delito, el 32.1% reportó que había consumido psicoactivos unas horas antes de la comisión de dicho delito. Destaca el hecho de que el 40.5% de los reclusos por robo con violencia, y el 40.0% de los detenidos por robo simple, reportaron consumo de sustancias.

Sin embargo, este estudio dio un paso fundamental para profundizar la comprensión del fenómeno de la relación entre consumo de psicoactivos y la comisión de delitos. Al tomar como variable dependiente a las personas que declararon haber consumido

¹² Se refiere a la muestra de todas las personas privadas de la libertad que respondieron la pregunta.

alcohol o droga antes de la comisión del delito y relacionarlo con un conjunto de factores asociados en las siguientes dimensiones: a) Factores individuales; b) Factores de contexto familiar y c) Factores de contexto comunitario y social. Los resultados pueden observarse en la siguiente figura:

Tabla 10. Resultados del modelo de regresión logística¹³

	β	S.E	WALD	SIG.	EXP (B)	AUMENTA LA PROCLIVIDAD A CONSUMIR ALGUNA SUSTANCIA EN:
Se consumía alcohol frecuentemente en el hogar de la niñez	0.883	0.141	39.306	0.000	2.418	141.8%
Emigrante retornado	0.724	0.230	9.869	0.002	2.063	106.3%
No tiene hijos	0.562	0.161	12.176	0.000	1.755	75.5%
Es reincidente	0.534	0.155	11.922	0.001	1.705	70.5%
Hombre	0.432	0.207	4.359	0.037	1.541	54.1%
Delito cometido hacia la noche	0.279	0.086	10.623	0.001	1.322	32.2%
Mayor escolaridad	-0.210	0.085	6.116	0.013	0.811	-18.9%
Mayor edad**	-1.907	0.692	7.600	0.006	1.148	-85.2%
Constante	-2.246	1.225	3.363	0.067	0.106	-

Fuente: Retomado de Vidalta (2010)

A través de este análisis se enfatizó en la relación de tres elementos: a) el consumo de sustancias psicoactivas; b) la comisión de delitos y c) las circunstancias alrededor de ambos comportamientos. Situación que permitió abordar un problema compartido de seguridad y de salud pública sin olvidar el componente eminentemente social del fenómeno estudiado. Los resultados descritos por el autor son los siguientes:

El modelo es altamente significativo ($\chi^2 = 120.511$, $p < 0.0001$) y clasificó correctamente 89.1% de los casos. El modelo muestra que la proclividad a consumir alguna sustancia antes de cometer el delito es más del doble para aquellos reclusos que se criaron en hogares donde se consumía alcohol frecuentemente y aquellos que son emigrantes retornados. No tener hijos, ser

¹³Variable dependiente: consumo de alguna sustancia antes de cometer el delito (n°1058).

Variable normalizada (log10). Procedimiento: regresión condicional-adelantado. El cuadro presenta las variables independientes en un orden de mayor a menor proclividad a consumir alguna sustancia antes de cometer el delito.



reincidente, ser hombre y cometer el delito durante la noche también incrementa la proclividad a cometer delitos relacionados con el consumo de sustancias previamente. A la inversa, mayores niveles de escolaridad y mayor edad reducen la proclividad a consumir sustancias antes de cometer el delito (Vidalta, 2010).

Esto nos lleva a la necesaria conclusión de que la Guía de Justicia Terapéutica requiere de un conjunto de componentes que vayan más allá de las variables que corresponden al proceso legal y del tratamiento de consumo problemático de sustancias. La información de la investigación en México muestra que hay un conjunto de factores sociales que se deben atender en las personas, desde el nivel individual hasta el nivel comunitario.

Por lo tanto, generar un modelo de intervención integral para apoyar a las personas en el proceso de reinserción social se justifica con base en las investigaciones nacionales e internacionales que mencionan de manera contundente la necesidad de realizar intervenciones integrales con el fin de atender al problema social que implica la relación entre los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos.

1.4 Sistema de Justicia Penal en México

1.4.1 El Carácter Punitivo del Sistema de Justicia Penal en México hasta inicios del siglo XXI

La forma de castigar los delitos y el significado de estos ha evolucionado con el transcurso del tiempo. “Las penas corporales aplicadas desde la antigüedad fueron adquiriendo una connotación negativa, por lo cual entre los siglos XVIII y XIX se sustituyeron por la privación de la libertad” (INEGI, 2017).

Lamentablemente, ante las debilidades de los sistemas de justicia para garantizar la seguridad ciudadana, la sociedad ha exigido intervenciones que inhiban la comisión de delitos llevando así a un uso desproporcionado de la privación de la libertad.

En México, en la mayoría de las entidades federativas no se han implementado medios alternos de solución de controversias. Pese a estar establecidos en las leyes, su implementación y consolidación todavía se encuentran nulas o en proceso de desarrollo. Actualmente, por mencionar un ejemplo, solamente los Estados de Nuevo León, Chihuahua, Durango, Morelos y Estado de México, cuentan con un programa de Justicia Terapéutica.

A decir de Fernández (1993), desde la inclusión de la pena privativa de la libertad en 1931 en México, ésta se constituyó en la sanción más característica dentro del sistema jurídico penal. Su uso y abuso desde entonces ha hecho que actualmente se encuentre saturado el sistema penitenciario. Adicionalmente, como señalan Solís, De Buen y Ley:



A pesar de que los códigos penales contemplan toda una gama de sanciones alternativas, en la práctica sólo se registran significativamente las multas y la reparación del daño. Entre las principales razones por las que no se hace uso de otras medidas, menos gravosas que la prisión y más adecuadas para tratar delitos menores, están la falta de regulación para su instrumentación y, principalmente, a que no existe la infraestructura, los recursos y la organización para darles seguimiento (2013, 20).

Es decir, aun cuando el derecho penal mexicano prevé consecuencias jurídicas alternativas a la pena privativa de la libertad, los operadores judiciales prefieren el uso de los centros penitenciarios. En gran medida por la falta de conocimiento y preparación de los operadores para aplicar los medios alternativos.

La sobrepoblación en las cárceles es un problema que se comparte en distintas latitudes. La privación de libertad conlleva una serie de consecuencias pues la situación de vida de la persona cambia radicalmente. Supone una pérdida de nexos familiares a corto, mediano o largo plazo, así como una posible pérdida de rol sexual, deterioro de su identidad y otros factores psicológicos, incluidos la percepción y la autoestima (Bejarano, 2016).

Teniendo en cuenta la ineficacia histórica de la cárcel como medio para lograr la reinserción social, se impone, “con urgencia la búsqueda de otras alternativas y la revitalización de programas ya vigentes para ser acometidos en todos los niveles del sistema penal; en la etapa anterior al juicio, durante la tramitación del proceso, previo al dictado de la sentencia y después de la imposición de una pena de prisión” (Fernández, 1994).

La Justicia Terapéutica, representa una alternativa. Esta, al aplicarse a través de una solución alterna durante el desarrollo del proceso, o bien, mediante el beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena, cuando se realiza en etapa de ejecución penal, puede generar resultados resocializadores y terapéuticos, debido a que esta corriente tiene como fin encontrar una respuesta favorable, reparando en la medida de lo posible los daños ocasionados y determinando las causas que dieron origen a la conducta a fin de ofrecer oportunidades para el logro efectivo de la reinserción social.

La Guía de Justicia Terapéutica aquí propuesta, se basa en corrientes de política criminal alternativa que tienden a disminuir o evitar la sanción penal estatal; concediéndole participación activa a las partes involucradas en el proceso para resolver los conflictos bajo ciertas condiciones para lograr su reinserción social.

2. Marco Teórico

La Justicia Terapéutica representa una oportunidad para realizar innovaciones en el campo del derecho las cuales resultan indispensables para mejorar la realidad de nuestro país. “En México ya se han implementado los primeros programas basados en esta teoría y operan como un mecanismo de justicia alternativa en materia penal,

transformando la visión de las instituciones que participan en ellos” (Camacho 2018, 27).

El concepto fue acuñado en 1987 por el Doctor Wexler y 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” (Wexler 2012, 1).

La Justicia Terapéutica, como corriente filosófico-jurídica, surgió dentro del área clínica y con el transcurso del tiempo, esta herramienta se ha desarrollado en distintos ámbitos de la justicia, por lo que a la fecha se han mostrado resultados, para la disminución de la reincidencia, los cuales han sido documentados por varios académicos como Burke y Leben (2007, 4-25) o Wexler (2008, 78-81).

La Justicia Terapéutica se fundamenta en la idea de pensar a la ley como una fuerza social dinámica que impacta en el comportamiento de los individuos a nivel personal y social, además de los procedimientos jurídicos y los roles de las autoridades como potenciales agentes terapéuticos.

De acuerdo con CICAD-OEA y el gobierno mexicano, su aparición coincide con los estudios de Bruce Winick y David Wexler (1991), quienes a finales de los años ochenta y principios de los noventa, aplicaron algunos métodos para atenuar la tensión y el trauma en el proceso legal. Partiendo de un enfoque epistémico de la psicología clínica a través de la interdisciplinariedad de métodos y técnicas (2016, 30).

Este modelo propone medidas terapéuticas que aporten bienestar a los individuos, permitiéndoles alcanzar de forma más humana y eficiente un fin común. Dada su complejidad en la atención a diferentes necesidades y circunstancias del contexto, no ha desarrollado una metodología única de aplicación, por lo que a través de principios y parámetros, se ha tratado de lograr que el bienestar psicológico del individuo sea mínimamente afectado.

Algunas de las características de la Justicia Terapéutica son (Cobo 2014, 80),

- Mayor flexibilidad e interés de las autoridades dentro del procedimiento
- Empatía para conocer las preocupaciones de los sujetos procesales
- Integración de servicios o programas dentro del procedimiento
- Intervención judicial continua mediante la supervisión directa e inmediata de las personas participantes en el proceso, incluso, después de terminado el mismo
- Esfuerzo multidisciplinario
- Colaboración de grupos comunitarios y organizaciones de la sociedad civil
- Preferencia de las medidas de socialización sobre las medidas represivas

Su finalidad es evitar la victimización secundaria, conseguir el pago de la reparación del daño, prevenir el delito y evitar la reincidencia, por lo tanto, permite una optimización de los procedimientos. La Justicia Terapéutica puede ser utilizada en

sede ministerial, judicial y en ejecución de sentencia en las siguientes figuras jurídicas:

- Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal, es decir, mediación, conciliación, acuerdos reparatorios y junta restaurativa
- Suspensión condicional
- Como beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena

Asimismo, incide en el cambio de la conducta de la persona participante y contribuye a su desarrollo personal.

En consecuencia, la Guía pretende proponer un análisis de procesos e instituciones que podrían favorecer al pleno desarrollo de las personas involucradas en el procedimiento con estricto respeto a sus derechos humanos. De esta forma, se aplica en los delitos con o sin violencia, a fin de proponer una opción diferente a la privación de la libertad o bien generar opciones de tratamiento en beneficio de la persona.

2.1 Ámbitos de la Justicia Terapéutica

La Justicia Terapéutica puede ser aplicada en diversos ámbitos. Inicialmente se empleó desde un enfoque clínico o de salud mental, siendo éste el más sobresaliente, sobre todo porque se considera como la base de su desarrollo. Este ámbito se empleó a través de cuatro modalidades básicas que son (Wexler, 2009):

- 1) Facilidad de adherencia al tratamiento
- 2) Contrato de conducta o de comportamiento
- 3) Tratamiento de las distorsiones cognoscitivas
- 4) La prevención de recaídas

A partir de este campo de aplicación se han ampliado enfoques humanísticos y legales, siendo la orientación más reciente, aquélla que se relaciona con la violencia y la delincuencia. En ese sentido, se concibe como “el estudio del rol de la ley como agente terapéutico” (Wexler y Winick, 1993), lo que hace que sus ámbitos de aplicación sean desde el derecho administrativo, pasando por el derecho fiscal, hasta llegar a la ética judicial y/o la responsabilidad civil.

Bajo esta tesitura, la Justicia Terapéutica desde un enfoque de salud pública, de derechos humanos y de reinserción social, está dirigida a la atención prioritaria de grupos sociales que dada su situación social y/o circunstancias individuales, son vulnerables. Mujeres, personas indígenas, adultas mayores, con discapacidad, adolescentes, de la comunidad LGBTTTIQ+ e incluso las niñas y niños que viven con sus madres dentro de centros penitenciarios o que afuera, guardan un vínculo filial. En razón de ello, la generación de una tipología sobre los ámbitos de aplicación desde la propuesta que plantea esta Guía, parte de las siguientes directrices:

Esquema 1. Ámbitos de aplicación de la Justicia Terapéutica



Fuente: Elaboración propia.

Al aplicar la Ley, con un enfoque de Justicia Terapéutica, esta se relaciona con el bienestar psicológico y con el espectro emocional de las personas, motivo por el cual se han diseñado intervenciones a través de tribunales en diversos lugares del mundo como Estados Unidos, Canadá, Australia, Chile, Irlanda, Reino Unido, Bélgica y más recientemente, México. Así, los ámbitos de aplicación más destacados son:

- a) Patologías mentales que no generan imputabilidad: Estos ámbitos se relacionan con problemáticas de salud. Los tribunales reconocidos son las Cortes de Salud Mental en el Bronx y Brooklyn, donde la atención se brinda a las personas que han cometido un delito y tienen un procedimiento mental.
- b) Violencia intrafamiliar o conflictos familiares: Estos ámbitos tienen que ver con problemáticas, evidentemente de violencia. Los tribunales considerados para este tipo de intervenciones son las Cortes Familiares en Florida donde se incluyen a personas con violencia doméstica, resolución alternativa de conflictos y programas de educación para padres. También se reconoce el trabajo que realizan las Cortes Unificadas Familiares en Canadá que trabajan con familias en separación y divorcio para reducir el trauma en niños.
- c) Víctimas de trata o explotación sexual: Estos ámbitos se concentran en problemáticas de delincuencia. Las intervenciones más sobresalientes son las de las Cortes Especializadas en Mujeres que necesitan servicios especializados de género (WINGS Court-Chicago), en donde se enfocan a las consecuencias psicológicas ocasionadas en personas víctimas de trata y explotación sexual, dado su profundo agotamiento psicofísico; el debilitamiento de la capacidad de defensa; y la anulación progresiva de la capacidad crítica, por lo que se propone un tratamiento terapéutico.
- d) Personas que consumen drogas y que están involucradas en actos delictivos: Estos ámbitos se relacionan a la problemática de adicción y de la violencia. El ejemplo más sobresaliente de tribunales que intervienen es el de las Cortes de Drogas de EU, en donde se trabaja con una población que cumple criterios como el alto riesgo de re-ofender a la sociedad y una alta necesidad de consumir sustancias psicoactivas, por lo que se concentran en la elegibilidad que es validada por herramientas probadas sobre el riesgo y la adicción,



además de que sugiere un historial criminal que será evaluado en todos los casos, de ahí que no se excluye a los delitos violentos.

- e) Mujeres y hombres relacionados con el crimen, violencia y ejecución de pena: Estos ámbitos tienen relación con la delincuencia, la violencia y las adicciones. Los tribunales que más sobresalen son aquéllos que aplican el Programa de Cortes de Drogas en Brasil donde las intervenciones se llevan a cabo en juzgados especiales criminales, juzgados de violencia doméstica y familiar contra la mujer y en la Vara de Ejecuciones de Penas Alternativas (VEPMA). En ellos, se trabaja para obtener objetivos como la adhesión educacional y profesional, la mejora en la calidad de vida, la reducción o interrupción del consumo de drogas y la disminución de los costos del poder público.
- f) Jóvenes con uso de sustancias que entraron en contacto con el sistema juvenil de justicia: Este tipo de ámbitos se relaciona con problemáticas de adicción y delincuencia. Uno de los tribunales de intervención son las Cortes de Drogas para Jóvenes (EUA) en los que se trabaja con poblaciones que tienen un mínimo de 14 años de edad cumplidos y que mantienen desórdenes en el consumo de sustancias, además de tener un riesgo moderado o alto de re-ofender a sus víctimas.
- g) Personas que cometen delitos que se encuentran asociados al consumo de psicoactivos. Este tipo de ámbitos se aplica a problemáticas relacionadas con adicciones, violencia y delincuencia, es decir, con seguridad ciudadana. Los tribunales que intervienen en este tipo de ámbitos se encuentran en entidades federativas como Chihuahua, Durango, Estado de México, Morelos, Nuevo León. En ellos se trabaja con poblaciones que cumplen con criterios para la elección de participantes como: el pertenecer a poblaciones primodelinquentes, que hayan cometido delitos no graves y que sean consumidores de sustancias psicoactivas, además de que la pena imputada sea menor a cinco años.

Todos y cada uno de estos ámbitos aportan a la Guía de Justicia Terapéutica un marco de referencia conforme al uso de recursos aplicativos. Por ejemplo, los casos de Bronx y Brooklyn proponen la disminución del uso de recursos de justicia penal (particularmente, el uso de la cárcel o camas en prisión ya sea antes o después de la adjudicación). Esto hace que la GJT precise la normatividad para su cumplimiento, como tal es el caso del proceso sustitutivo de la pena.

Del mismo modo, la contribución aplicativa de la Justicia Terapéutica en Florida es la detección de casos de abuso de sustancias dentro de las familias, la violencia intrafamiliar y la propuesta de planes de intervención. Ello brinda una línea directriz a la GJT para desarrollar sus actividades de aplicación. Y en el mismo sentido se encuentra el caso de las Cortes de Drogas para Jóvenes en EE. UU., debido a que su aporte se concentra en la disminución del uso de sustancias y su relación con el sistema de justicia.

Por su parte, las acciones en Chicago contribuyen a la GJT con la valoración de indicadores relacionados a la prevención terciaria, ya que su aplicación tiene entre muchos de sus objetivos, la reinserción. Las Cortes de Drogas de E.U.A y el Programa



Corte de Drogas de Brasil, aportan a la Guía el enfoque para incidir en el tratamiento del consumo de drogas de personas o poblaciones con alto riesgo de delinquir. De modo que su contribución se inscribe en la disminución de la reincidencia delictiva, así como en la prevención de la violencia y la delincuencia, al tratar de disminuir las recaídas y mejorar la calidad de vida de las personas participantes y sus familiares.

De esta forma, el empleo de la JT en este documento se enfoca a las personas que tienen un conflicto con la ley penal y presentan trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas.

2.1.1 Adolescentes

Dentro de la población objetivo en los ámbitos de aplicación mostrados en el Esquema 1, los adolescentes son una población de suma importancia dentro de la GJT, ya que un alto índice ha cometido un delito bajo el consumo de alguna sustancia psicoactiva. En cierta parte porque la conducta de los adolescentes es normada por los patrones sociales establecidos, los valores, principios y conductas esperadas socialmente para interrelacionarse con los otros se desarrollan en esta etapa crucial de la vida. (Informe sobre la Situación de las Drogas en México, 2019).

Sin embargo, para establecer ese grado de responsabilidad es preciso mencionar que existen circunstancias que por diversos factores sociales, familiares y de cualquier otra índole ha impulsado al adolescente a consumir sustancias y, al no tener el recurso necesario para satisfacer su dependencia se ve orillado a delinquir.

La situación de extrema pobreza es un factor primordial, muchos núcleos de población muestran una imposibilidad estructural de inserción de muchos adolescentes en las estructuras formales de la sociedad. No todos pueden acceder a la educación formal o a un empleo bien remunerado. En este contexto, surge la necesidad creciente de comprender las causas del fenómeno del uso de sustancias en los adolescentes para entender sus causas, a fin de establecer políticas fundamentadas en información oportuna, objetiva y confiable.

Es por ello que al ser una materia especializada reviste un estudio centrado en distintas vertientes del conocimiento, por lo que es necesario la implementación de un modelo separado centrado en las características estructurales en materia de adolescentes en nuestro país.

2.2. Experiencias Internacionales

Históricamente, es en Estados Unidos en donde se introducen las Cortes de Drogas en la década de los ochenta a fin de buscar alternativas al encarcelamiento para aquellas personas que presentaban consumo problemático de sustancias psicoactivas. Así fue como en 1989, en el Condado de Miami-Dade, Florida, se creó la primera Corte de este tipo, como respuesta al incremento del número de infractores con problemas de adicción, quienes ingresaban al sistema de justicia sin recibir

tratamiento integral contra las adicciones. De tal forma que se creó la primera corte de drogas, caracterizándose por apartarse de los modelos tradicionales de enjuiciamiento.

Este modelo ha sido adaptado dentro de las realidades de distintos países, y se estima que existen cerca de 2,734 cortes similares. Sin embargo, los criterios de elegibilidad legal, los tipos de drogas consideradas en cada país y jurisdicción, la forma en que se lleva a cabo el proceso de diagnóstico y derivación del caso, y la población objetivo, entre otros factores, usualmente varían considerablemente entre un país y otro.

Uno de los casos más representativos es el de Chile, en donde se crearon los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD), mismos que contribuyen a la rehabilitación e integración social, así como a la reducción de reincidencia en el delito. Otro de los casos distintivos se identifica en Costa Rica en donde el modelo se entrelaza con un Programa de Justicia Restaurativa; o bien el de República Dominicana, en donde los jueces de garantía, así como jueces de control y ejecución de la pena se han involucrado en el proceso de implementación del modelo.

En el mismo tenor, se encuentra Canadá, en donde subyace la habilidad de combinar los procesos tradicionales del Sistema Penal y los procesos comunitarios en tratamiento de las drogas, para mantener un equilibrio entre el programa y la supervisión. En general, los modelos persiguen distintos objetivos, dependiendo del país donde se aplique. En cualquier caso, la mayor parte de la evidencia generada proviene de los Estados Unidos, Australia y Canadá (Rossman, Roman, Zweig, Rempel y Lindquist, Koetzle, 2011).

3. Marco Normativo

De esta forma, en México se desarrolla la Guía de Justicia Terapéutica sustentada en los principales ordenamientos legales y disposiciones jurídicas:

Nacional:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Código Penal Federal y Códigos Penales Estatales
- Código Nacional de Procedimientos Penales
- Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal
- Ley Nacional de Ejecución Penal
- Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública
- Ley General de Salud
- Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024
- Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones (ENPA)

Internacional:

- Agenda 2030
- Dimensión de Salud Pública del Problema Mundial de las Drogas de la OMS
- Declaración Ministerial 2019 “Fortalecimiento de Nuestras Medidas a Nivel Nacional, Regional e Internacional para Acelerar el Cumplimiento de Nuestros Compromisos Conjuntos a fin de Abordar y Contrarrestar Problema Mundial de las Drogas de la UNODC
- Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972
- Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971
- Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988
- Documento final del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016 de la UNODC. “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”.
- Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2016-2020 de la CICAD

3.1 Principios

Para guiar la implementación de la GJT se recomienda atender los siguientes principios, con base en la comunidad internacional y principalmente de la NADCP (2004):

- 1) Utilizar un enfoque no adversarial, donde el Ministerio Público y la defensa salvaguarden la protección de los derechos humanos y procesales de las personas participantes.
- 2) Identificar rápidamente a las personas participantes para informarles sobre los beneficios del Programa.
- 3) Proporcionar el acceso a servicios de tratamiento, desintoxicación y rehabilitación.
- 4) Monitorear la abstinencia mediante pruebas toxicológicas periódicas.
- 5) Coordinar estrategias de participación y de cumplimiento de las personas participantes.
- 6) Mantener una interacción constante entre la persona participante y el sistema judicial.
- 7) Medir la obtención de las metas del Programa y su efectividad a través de evaluaciones constantes y permanentes.
- 8) Promover una educación interdisciplinaria por medio de la planificación, implementación y operación efectiva del Programa.
- 9) Enriquecer la efectividad del Programa mediante el apoyo de instituciones o dependencias de los tres órdenes de gobierno, así como de las organizaciones de la sociedad civil.

Por su parte, la Ley Nacional de Ejecución Penal (LNEP) establece los principios de:

- 1) Voluntariedad
- 2) Flexibilidad
- 3) Confidencialidad
- 4) Oportunidad
- 5) Transversalidad
- 6) Jurisdiccionalidad
- 7) Complementariedad
- 8) Igualdad sustantiva
- 9) Integralidad
- 10) Diversificación contenidos

Adicionalmente, la misma LNEP señala los siguientes aspectos fundamentales:

- 1) Los trastornos por la dependencia de sustancias son considerados una enfermedad biopsicosocial crónica, progresiva y recurrente que puede afectar el juicio, el comportamiento y el desenvolvimiento social de las personas.
- 2) Debe impulsar acciones para reducir situaciones de riesgo de la persona sentenciada frente a la justicia sobre la dependencia en el consumo de sustancias.
- 3) Debe garantizar la protección de los derechos de la persona sentenciada.
- 4) Debe fomentar programas que promuevan estrategias de integración social mediante la participación del sector público y la sociedad civil.
- 5) Debe mantener una interacción constante entre la persona sentenciada, el Centro de Tratamiento, el Juez o Jueza de Ejecución y las demás personas operadoras.
- 6) Debe medir el logro de metas y su impacto, mediante evaluaciones constantes y la realimentación del procedimiento, a efecto de lograr una mejora continua.
- 7) Debe promover la capacitación interdisciplinaria y actualización constante del personal de las instituciones operadoras del sistema.

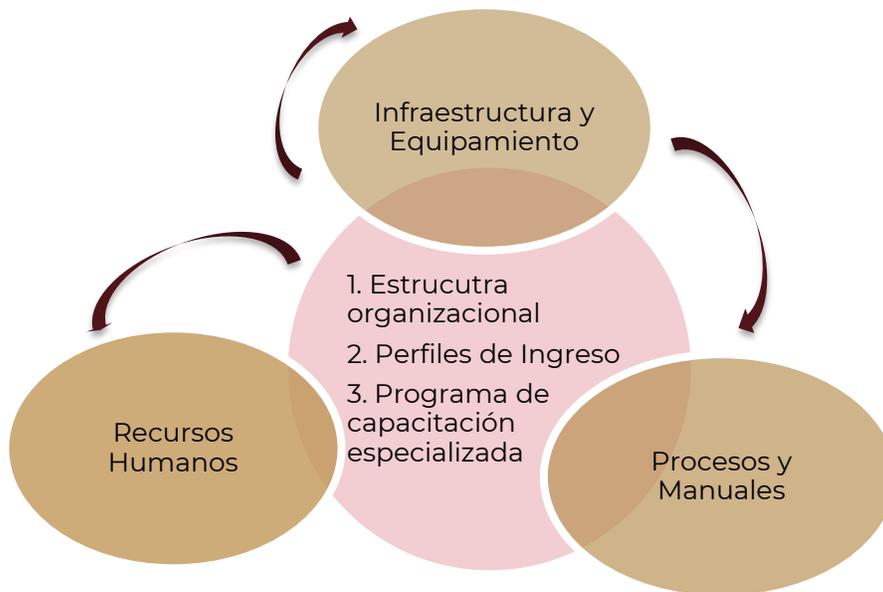
3.2 Ejes Rectores

Para poner en marcha la GJT se requiere de la estrecha coordinación entre las autoridades de procuración e impartición de justicia, los integrantes del sistema de salud, las áreas responsables de reinserción social y la sociedad civil, a través de componentes y protocolos específicos y especializados que establezcan las bases mínimas de colaboración en la ejecución de los programas de tratamiento, respetando el debido proceso y los derechos humanos de las personas participantes a través de los siguientes 3 ejes rectores:

- 1) Recursos humanos: Definir la estructura organizacional, los perfiles de las personas operadoras y el Programa de capacitación especializada.

- 2) Infraestructura y equipamiento: Establecer los requerimientos estructurales, de equipamiento y de tecnologías de la información para la efectiva coordinación interinstitucional en el seguimiento.
- 3) Procesos y manuales: Establecer los procesos especializados de atención y operación de conformidad con las atribuciones encomendadas dentro del marco jurídico vigente, así como los formatos que permitan el correcto registro y seguimiento de los asuntos de su competencia.

Esquema 2. Ejes rectores de la GJT



Fuente: Elaboración propia

4. Objetivo de la Guía de Justicia Terapéutica

Estandarizar a nivel nacional las condiciones técnicas, operativas y de recursos humanos para la aplicación de programas de tratamiento y actividades orientadas a la reinserción social de las personas que han cometido un delito por el consumo problemático de sustancias psicoactivas a través de las soluciones alternas al proceso penal y como sustitutivo de la pena en la etapa de ejecución de sanciones, con el propósito de prevenir el consumo de sustancias psicoactivas como un factor que incrementa la probabilidad de que las personas desarrollen conductas violentas o delictivas.

4.1 Objetivos Específicos

- a) Homologar los procesos jurídicos, sanitarios y de reinserción social a nivel federal y en las entidades federativas para la aplicación de los PJT.
- b) Fortalecer la coordinación de esfuerzos interinstitucionales, así como con organizaciones de la sociedad civil, academia y sector privado para prevenir las conductas delictivas.
- c) Brindar servicios de tratamiento integrales, individualizados e interdisciplinarios con énfasis en los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.
- d) Favorecer la efectiva reinserción social para las personas que han participado en la comisión de una conducta delictiva por el consumo de sustancias psicoactivas que presentan trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

4.2 Componentes de la Guía de Justicia Terapéutica

Esta Guía, como nuevo instrumento de justicia penal en México que utiliza los principios de la Justicia Terapéutica, requiere del soporte procedimental, de especialización y de reordenamiento de diversas funciones de sus actores e instituciones, así como del re-direccionamiento de recursos financieros, materiales y humanos para su operación.

En ese sentido, la GJT funcionará si las entidades federativas se observan corresponsables a dicha estrategia; además de que la persona que por vez primera comete un delito con y sin violencia, resulte apta para participar en el *Programa*, por lo que deberá cumplir con una intervención terapéutica diferenciada, operada por el Sistema de Salud, aunque establecida y vigilada, directamente por la autoridad judicial a fin de lograr su reinserción social.

La Guía de Justicia Terapéutica atiende la siguiente secuencia esquemática de funcionamiento, donde el trabajo entrelazado de tres componentes resulta indispensable:

Esquema 3. Conformación de la Guía de Justicia Terapéutica



4.3 Integración del Equipo Multidisciplinario

La Guía requiere para su adecuado funcionamiento de un amplio número de instituciones y profesionales, capaces de trabajar en equipo para el logro de los objetivos del Programa. Este equipo deberá estar integrado por el Órgano Especializado en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias, Juez o Jueza, el Ministerio Público o Fiscalía, facilitador por la Defensa, Profesionales de la salud (psicólogos, médicos y psiquiatras) y enlaces de reinserción social, que serán los responsables de evaluar y brindar un tratamiento en apego a los protocolos correspondientes.

Esquema 4. Actores: Equipo Multidisciplinario



Fuente: Elaboración propia

Para lograr una sinergia colaborativa entre los diversos actores involucrados en la operatividad de la Guía de Justicia Terapéutica en México, deben tomarse en consideración los siguientes aspectos:

- 1) Impulsar y asegurar la coordinación y vinculación continua entre los distintos actores involucrados en el proceso de implementación, a fin de que cada uno de ellos tengan claras las funciones que desempeñan, así como el alcance e impacto de las mismas.

- 2) Promover la capacitación y especialización de los recursos humanos implicados en la operación del Programa, favoreciendo el ejercicio de su labor de manera precisa y eficaz, siempre en apego a los principios de la JT.
- 3) Reforzar el interés y compromiso de las operadoras del equipo multidisciplinario hacia la aplicación del Programa, destacando la importancia de anteponer la mejor resolución para el usuario.

Las variables mínimas con las que deberá cumplir el equipo multidisciplinario son:

- Conocer los principios básicos de la Guía de Justicia Terapéutica
- Conocer los Protocolos Jurídicos, Sanitarios y de Reinserción Social
- Disposición para el trabajo en equipo
- Enfocarse a la solución de conflictos

Tabla 11. Funciones del equipo multidisciplinario

1.	Evaluar de forma colegiada el Diagnóstico Confirmatorio y los requisitos de elegibilidad (jurídicos y sanitarios) de los candidatos.
2.	Realizar funciones de supervisión del cumplimiento de las condiciones fijadas a través del Agente de Supervisión.
3.	Evaluar el desempeño de la persona participante.
4.	Solicitar informes al Centro de Tratamiento y al Enlace de Reinserción Social sobre el cumplimiento de las condiciones por la persona participante.
5.	Proponer el cambio de las condiciones del Programa, imposición de medidas disciplinarias, revisión del Programa y egreso satisfactorio.
6.	Emitir el Informe Final de Egreso.

5. Programa de Justicia Terapéutica

5.1. Objetivo del Programa de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas

Brindar atención a personas que son imputadas por la comisión de un delito no grave, que presentan trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas; a través de la derivación a servicios de tratamiento integrales, individualizados e interdisciplinarios para favorecer la efectiva reinserción social.

5.2. Etapas para el Tratamiento

Las etapas de tratamiento en la Guía de Justicia Terapéutica son 4:

Esquema 5. Etapas de tratamiento en la Guía de Justicia Terapéutica



a) Cumplimiento con los Criterios de Ingreso

Todas las personas que hayan cometido un delito con o sin violencia serán sometidas a un proceso para determinar si son o no candidatas a participar en el Programa. Este proceso estará a cargo del equipo multidisciplinario de trabajo, compuesto en general por los siguientes ámbitos de intervención: judicial, de salud o clínico, así como de reinserción social, mismo que realizará un examen minucioso de la persona candidata, considerando:

Tabla 12. Criterios jurídicos de elegibilidad para el ingreso al Programa de Justicia Terapéutica

CRITERIOS JURÍDICOS		
Acuerdo Reparatorio (Art. 186 al 188 del CNPP)	Suspensión Condicional (Art. 192-196 del CNPP)	Sustitutivo de Pena (Art. 169-189 de la LNEP)
<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo celebrado entre la persona víctima u ofendido y la persona imputada. • Aprobación del Acuerdo por el Ministerio Público o el Juez o Jueza de Control. • Procede por delitos que se persiguen por querrela o requisito equivalente de parte ofendida; 	<ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento formulado por el Ministerio Público o por la persona imputada. • Plan detallado sobre el pago de la reparación del daño; y • Sometimiento de la persona imputada a una o varias de las condiciones que garanticen una efectiva tutela de los derechos de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Sustitución de la ejecución de la pena que determina el Juez o Jueza de Ejecución. • Delitos patrimoniales sin violencia; y • Personas sentenciadas relacionadas con el consumo de sustancias.

<ul style="list-style-type: none">• Delitos culposos, o• Delitos patrimoniales cometidos sin violencia sobre las personas.	<p>persona víctima u ofendida.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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, y• Que no exista oposición fundada de la víctima u ofendido.	
<p>Voluntariedad: La persona debe aceptar ingresar al Programa de manera libre e informada respecto de los beneficios, condiciones y medidas disciplinarias que exige el procedimiento.</p>		

Fuente: Elaboración propia con base en normatividad vigente.

Si los criterios jurídicos son cubiertos, y se verifica que la persona imputada cumple con los requisitos de admisión al PJT, entonces se invita a la persona candidata a participar y se selecciona la solución alterna aplicable.

Posteriormente, para identificar si se cumplen con los criterios sanitarios, se realizará a la persona candidata una prueba de detección temprana (tamizaje) para identificar los siguientes elementos:

1. Que el trastorno por uso de sustancias se identifica como uno de los principales factores asociados a la comisión del delito.
2. Que el imputado cumpla con los criterios clínicos para el trastorno por uso de sustancias de acuerdo a los criterios diagnósticos de la CIE-11.

b) Diagnóstico Confirmatorio y Diseño del Programa de Tratamiento

Sí se identifican los criterios anteriores, entonces la autoridad judicial deberá solicitar al Centro de Tratamiento la elaboración del Diagnóstico Confirmatorio, que de resultar positivo, se le realizará a la persona una serie de Evaluaciones dirigidas a establecer un diagnóstico integral, mismas que conforman:

- Trastornos por consumo de sustancias (CIE-11)
- Enfermedades médicas asociadas a consumo de sustancias y crónico-degenerativas
- Trastornos mentales secundarios o no a consumo de sustancias
- Otras necesidades criminógenas (factores estáticos y dinámicos)

c) Procedimiento para elegir a Candidatos a un Tratamiento Terapéutico

Acto seguido, se realizará un análisis de los factores de riesgo social que puedan presentarse en la persona y su entorno: familia, trabajo, amigos, etc. Este análisis deberá ser exhaustivo, produciendo efectos tanto jurídicos como sanitarios y deberá situarse en el contexto del individuo para abordarlo desde una dimensión individualizada, interdisciplinaria e integral, con la finalidad de establecer claramente las áreas a intervenir.

En una Audiencia Inicial, dirigida por un Juez o una Jueza de Control y Juez de Ejecución en la que participan el Ministerio Público o Fiscalía y la Defensa, se verificarán los requisitos de elegibilidad, precisando los antecedentes del caso; se solicitará al representante del Centro de Tratamiento que explique el Programa o Plan Individualizado de Tratamiento, y el Área de reinserción social tendrá que explicar el Plan de actividades orientadas a la reinserción social.

La autoridad jurisdiccional con el apoyo del equipo multidisciplinario debe establecer las condiciones por cumplir, derivar a la persona participante al Centro de Tratamiento y fijar la periodicidad de las Audiencias de Seguimiento. De entre las condiciones por cumplir, podrá contemplar las siguientes:

- Someterse a estudios periódicos y aleatorios que den cuenta de la ausencia de sustancias psicoactivas en el organismo.
- Tener y mantener un trabajo lícito.
- No relacionarse con ningún acto o hecho delictivo.
- Continuar con el tratamiento.
- Acudir a todas las Audiencias a las que sea requerido, entre otras.



Cabe destacar que el Programa incluirá incentivos y medidas disciplinarias en casos de cumplimiento o incumplimiento, respectivamente. Los incentivos podrán consistir en la reducción de la frecuencia de supervisión judicial y en la autorización de la participación libre en actividades de la comunidad; mientras que las medidas disciplinarias, podrán ser el aumento de la frecuencia de la supervisión judicial, y el arresto hasta por treinta y seis horas, según lo establecido por los artículos 187 y 188 de la LNEP.

Es importante considerar que se podrá revocar la participación en el Programa de acuerdo a la ponderación del incumplimiento de las condiciones establecidas, conociendo en todo momento que los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas tienen dinámicas propias de una enfermedad crónica que deberán ser valoradas por el área de salud, y que no necesariamente las recaídas al consumo deberán ser consideradas como incumplimiento del Programa.

El Programa requerirá obligatoriamente de la aceptación libre e informada, además del compromiso de la persona a la que se someterá al mismo, notificándole en todo momento de los beneficios, derechos, obligaciones, condiciones y medidas disciplinarias que exige el procedimiento. Una vez cubierto este requisito, el Juez o la Jueza estará en condiciones de determinar judicialmente el acceso de la persona al Programa y el inicio de este.

La rehabilitación en estos supuestos es parte fundamental de la reinserción social, fin del Sistema Penitenciario y el principal objetivo del Programa. El PJT puede ser aplicado como solución alterna al procedimiento; y en etapa de ejecución, a los sentenciados como un beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena.

d) Seguimiento en el Cumplimiento y Egreso del Programa

El equipo multidisciplinario, constituido y especializado para los fines del Programa, dará seguimiento al tratamiento proporcionado de manera gratuita, con profesionalismo y ética médica, cuidando en todo momento la integridad física y mental de las personas sometidas al mismo; y velando por el respeto a los derechos humanos de las personas participantes con perspectiva de género y enfoque transversal.

En caso de cumplir con cada una de las etapas del tratamiento, el juez podrá aplicar incentivos hasta el egreso satisfactorio, dictando sobreseimiento de la causa o cumplimiento de la sentencia.

El alta terapéutica puede no coincidir con el término judicial de la causa. De modo que, si incumple con las condiciones o el Tratamiento, podrá imponer las medidas disciplinarias correspondientes, incluso hasta llegar a la revocación del mismo, todo esto como parte de las estrategias utilizadas por el equipo multidisciplinario, a fin de mantener la adherencia de la persona participante al Programa sin vulnerar el principio de legalidad y doble incriminación; protegiendo en todo momento su dignidad y respeto a los derechos humanos.



La aplicación del PJT dentro de la GJT tiene que estar acompañada de mecanismos constantes y efectivos de evaluación, durante y después del tratamiento; centrándose en las necesidades específicas e individuales de cada caso, enfocados a la formación integral de la persona en los niveles individual, familiar y social. Todo ello con la firme convicción de que se logre una plena incorporación de la misma a su entorno, a fin de producir un cambio en su estilo de vida y sus medios de subsistencia. Por ello, la importancia de las audiencias de seguimiento y las especiales, en donde el equipo constatará el avance y progreso del Programa, podrá cambiar el nivel de cuidado clínico, evaluaciones médicas complementarias o cualquier otra que beneficie a la persona en su proceso de rehabilitación.

Concluido el Programa, se solicitará una Audiencia de Egreso, en donde se evaluarán los informes del Centro de Tratamiento y del Área de Reinserción Social, y el Equipo se pronunciará respecto a la conclusión del mismo, considerando en todo momento el pago de la reparación del daño a la persona víctima u ofendida.

e) Plan de Actividades Orientadas en Reinserción Social

La autoridad encargada de la vigilancia del PJT, tendrá un área de reinserción social, la cual elaborará un plan de actividades a fin de canalizar al imputado que se someta al PJT y cuando éste haya cumplimentado dicho programa a los diferentes ejes de reinserción social que se mencionan a continuación:

Derecho Humano al Trabajo

- Se garantizará la capacitación para el trabajo.
- Se celebrarán convenios de concertación con diferentes empresas de la iniciativa privada.
- Se canalizará a los diversos programas con los que cuenta tanto el gobierno federal y estatal, relacionado con el empleo.
- Se dará seguimiento de la canalización a las diferentes ramas del campo laboral durante la duración del tratamiento.

Derecho Humano a la Educación

- Se llevará a cabo la coordinación de acciones con instituciones educativas del sector público y privado, con el propósito de que se les brinde educación en los diferentes niveles a las personas que se acojan al PJT.

Derecho Humano a la Salud

- Se implementarán acciones de coordinación con las diferentes instituciones de salud, a fin de brindar medicamentos, consultas médicas y demás apoyos necesarios para lograr la reinserción social del imputado.



Derecho Humano al Deporte

- Se realizarán acciones para la celebración de convenios de concertación con las instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, tendientes a brindar actividades deportivas.

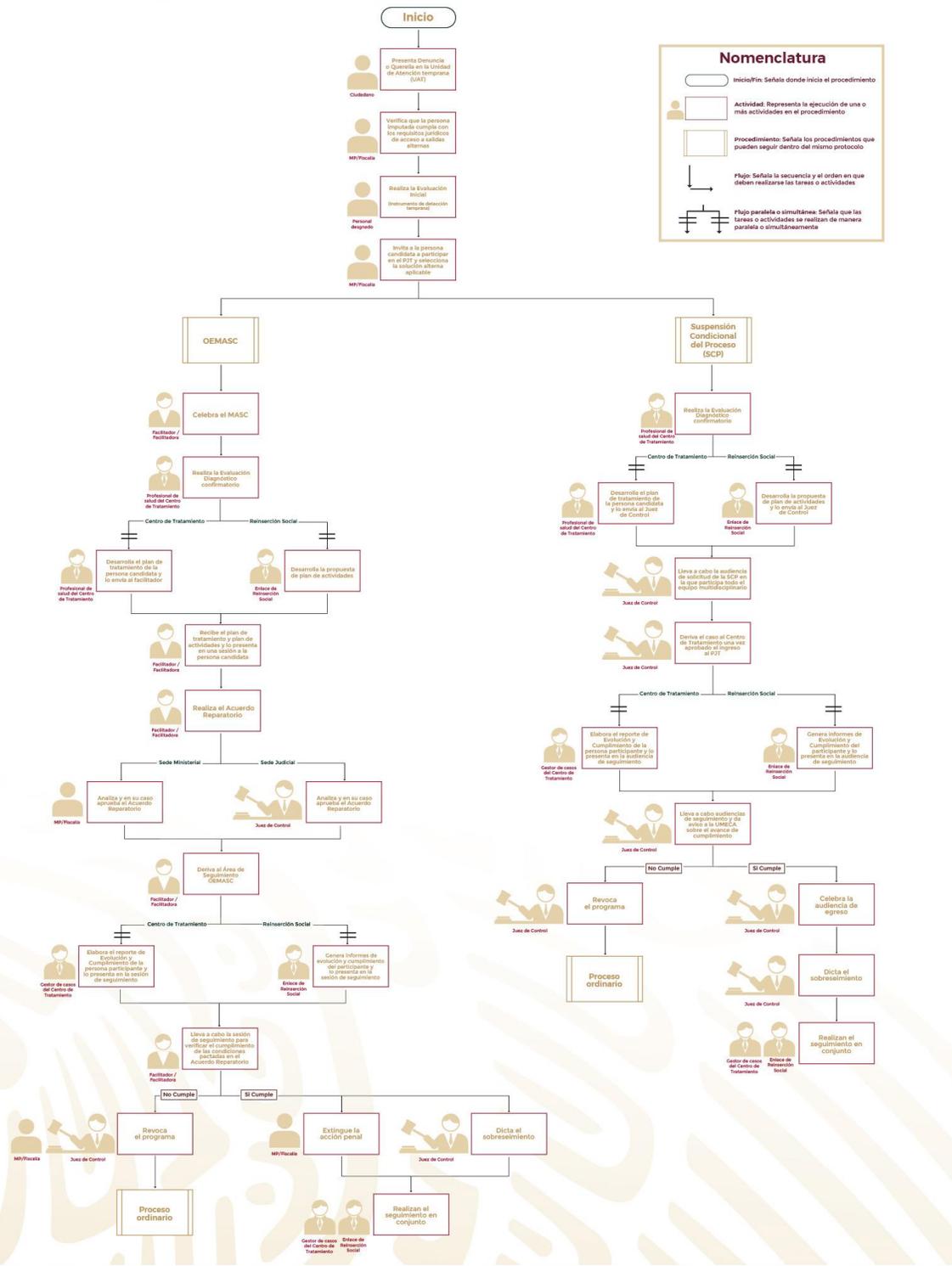
Derecho Humano a la Cultura

- Se consumarán acciones para la celebración de convenios de concertación con las instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil tendientes a brindar diversas actividades culturales.

Si bien es cierto el Derecho Humano a la Cultura no es considerado como un eje de reinserción social en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo cierto es que la cultura refleja y configura los valores del bienestar y la vida económica, social y política de los individuos, los grupos y las comunidades ya que es importante para alcanzar la reinserción social del individuo que cometió un delito.

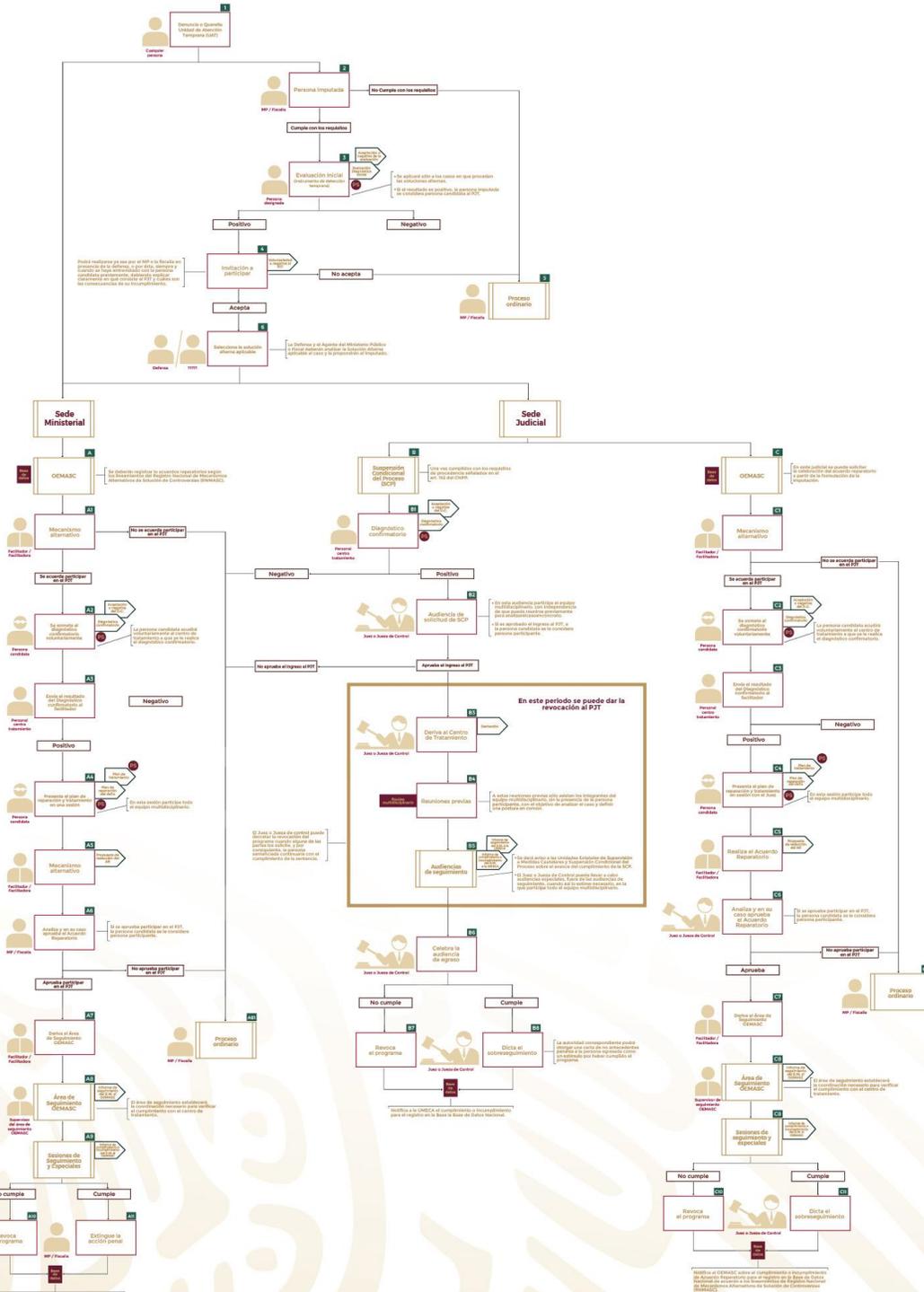
5.3 Flujo General del Programa de Justicia Terapéutica. Acuerdo Reparatorio y Suspensión Condicional del Proceso. (Consultar el Anexo 1).

PROCESO DE LA GUÍA DE JUSTICIA TERAPEÚTICA

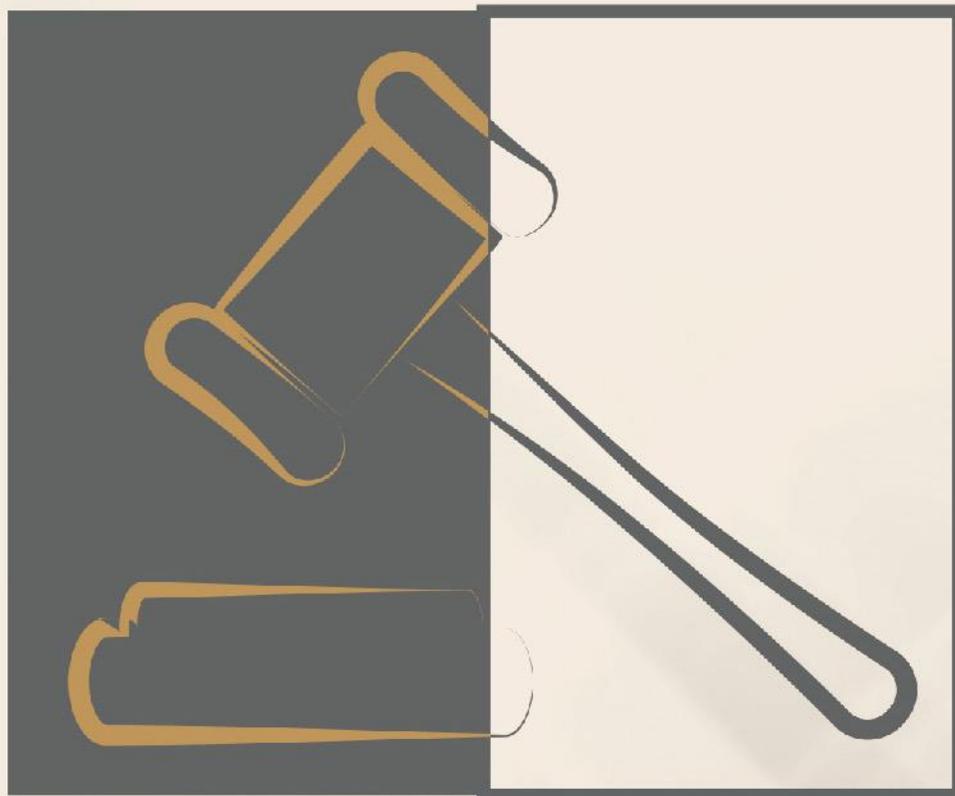


5.4 Flujo del Proceso de la Guía de Justicia Terapéutica en Etapa Inicial (Consultar el Anexo 2)

PROCESO DE LA GUÍA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA EN ETAPA INICIAL



COMPONENTE JURÍDICO



6. Componente Jurídico

6.1. Objetivo del Componente Jurídico

Utilizar la solución alterna más favorable o el sustitutivo de la pena, de acuerdo a la etapa procesal correspondiente, para llevar a cabo los mecanismos de coordinación necesarios que logren el desarrollo efectivo del PJT.

6.2. Objetivos Específicos

- Detectar personas candidatas al PJT, identificando los posibles trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.
- Verificar que se cumplan los requisitos de procedencia de la figura jurídica respectiva, a través de la cual se pretenda ingresar al PJT.
- Asegurar que exista la voluntad de la persona imputada, sentenciada o víctima, según corresponda, para solicitar el ingreso al PJT.
- Vigilar el cumplimiento de los acuerdos, condiciones o medidas impuestas en la solución alterna o el sustituto de la pena que se haya aprobado.
- Procurar la reparación del daño de la víctima.
- Velar en todo momento por el respeto a los derechos humanos y garantías procesales de todos los intervinientes en el proceso, a partir de las competencias de cada persona operadora de este componente.

6.3. Recursos Humanos

Con la finalidad de contar con un adecuado control y seguimiento de las figuras procesales impuestas para la ejecución del PJT en pleno respeto al debido proceso, se considera que las autoridades deben establecer y mantener estrecha coordinación. El Equipo operador del presente componente, operará, desde el ámbito de sus respectivas atribuciones los alcances enunciados en el siguiente apartado.

6.3.1. Equipo Operador del Componente Jurídico

- Ministerio Público o Fiscalía
- Facilitadores o facilitadoras
- Áreas de Seguimiento de Acuerdos Reparatorios de los Órganos Especializados en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal (OEMASC)
- Defensa
- Juez o Jueza (de Control o de Ejecución)
- Unidades Estatales de Supervisión a Medidas Cautelares y Suspensión Condicional del Proceso (UMECAS)

Nota.

Las entidades federativas determinarán si tanto las Áreas de Seguimiento de AR de los OEMASC, como las UMECAS formarán parte de sus equipos multidisciplinarios, de acuerdo con sus necesidades y capacidades institucionales.

Ministerio Público o Fiscalía

Al tener como tarea, entre otras, la recepción de denuncias y querellas, así como la orientación a víctimas u ofendidos sobre los MASC, su perspectiva debe considerar en todo momento, la posibilidad de que, cumpliendo con los requisitos legales correspondientes, las personas imputadas de un delito puedan ser candidatas al PJT. Por lo que se convierte en un actor o actora importante para el mismo.

Las tareas específicas del Ministerio Público o Fiscalía, de acuerdo a la GJT, son las siguientes:

- 1) Identificar a potenciales candidatos, para proponer su inclusión al PJT y coadyuvar en su ingreso.
- 2) Participar en la aprobación de los AR celebrados por las partes y de las condiciones que se establezcan en las SCP.
- 3) Informar al órgano jurisdiccional sobre el incumplimiento de los AR o de la SCP y dar seguimiento a estos casos.
- 4) Dar seguimiento al desarrollo del proceso de tratamiento, participando en las audiencias que se programen para verificar el cumplimiento del PJT.
- 5) Informar a la persona víctima u ofendida, sobre las características del PJT, sus objetivos y cuáles son las consecuencias de someterse al mismo.
- 6) Exigir la reparación del daño como parte de las condiciones establecidas en la solución alterna aplicable para el ingreso de las personas candidatas al PJT.
- 7) Revisar los informes de evaluación y progreso de cada persona participante, que son elaborados por el centro de tratamiento, el área de reinserción social y por las instituciones encargadas de la supervisión.
- 8) Acudir a las sesiones con el equipo multidisciplinario para discutir los casos en los que se expongan alternativas respecto a las sanciones e incentivos que se deben otorgar a las personas participantes.
- 9) Solicitar, cuando sea necesario, el inicio del proceso de revocación a partir del enfoque terapéutico del PJT.
- 10) Proporcionar la información que se requiera referente al PJT.

Facilitadores

Se denomina facilitadores o facilitadoras al personal profesional certificado del Órgano Especializado en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal (OEMASC). Su función es preparar la participación de las personas intervinientes durante las sesiones de mediación, conciliación y junta restaurativa para corregir un conflicto a través de un AR.

Las principales tareas de los facilitadores o facilitadoras, con base en la GJT, son las siguientes:

- 1) Solicitar el diagnóstico confirmatorio cuando se manifieste la voluntad de las personas participantes para someterse al PJT.



- 2) En caso de que el diagnóstico confirmatorio sea positivo, el facilitador o la facilitadora concretará el acuerdo en los términos de la Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias (LNMAASC) para que las personas que participan se dispongan a aceptar el cumplimiento total del PJT.

Áreas de Seguimiento de Acuerdos Reparatorios de los Órganos Especializados en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal.

Esta área es la encargada de monitorear e impulsar el cumplimiento de los AR alcanzados por las personas intervinientes en un MASC. Por lo que deberá notificar oportunamente a las autoridades competentes sobre cada caso y además asentará la información pertinente en el Registro Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias (RNMAASC).

Las tareas principales de esta área, respecto a la GJT, son las siguientes:

- 1) Coordinarse con el equipo multidisciplinario afin de llevar a cabo las actuaciones de supervisión necesarias para los reportes puntuales.
- 2) Comunicarse periódicamente con las partes o intervinientes en el procedimiento alternativo para verificar o facilitar el cumplimiento de las obligaciones contraídas. En caso de que se produzca un incumplimiento, se les podrá exhortar al cumplimiento o se le citará a una reunión para revisar la justificación de los motivos por los que se ha producido el incumplimiento y, en su caso, proponer las nuevas acciones a realizar y que resulten satisfactorias para todas las personas involucradas, sin afectar la efectiva reparación del daño.
- 3) Informar a la persona facilitadora, al Ministerio Público, al Juez o Jueza competente y a las personas intervinientes, sobre el cumplimiento o no del acuerdo, a efecto de que se determinen las consecuencias jurídicas respectivas. Si por riesgo de revictimización no se lleva a cabo la reunión, o bien, si de la reunión de revisión se desprende que no podrá haber cumplimiento del acuerdo alcanzado, el área de seguimiento lo comunicará de inmediato al facilitador o facilitadora, al Ministerio Público y en su caso al Juez o Jueza, con el objeto de que se continúe con el procedimiento penal, si la víctima así lo decide.

Defensa

La actuación de la defensa, además de vigilar en todo momento el respeto de los derechos de las personas a quienes representa, se amplía a una serie de beneficios que el PJT implica, no sólo a nivel procesal, sino en la vida personal y social de estas personas.

Las principales tareas de la defensa, en el marco de la GJT, son las siguientes:

- 1) Identificar a potenciales personas candidatas, proponer su inclusión al PJT y coadyuvar en su ingreso.
- 2) Informar a las personas candidatas y participantes sobre los derechos y beneficios de participar en el PJT.
- 3) Proteger los intereses de las personas participantes.
- 4) Explicar a sus representados y representadas, el papel de la defensa durante el PJT.
- 5) Solicitar el beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena, en los casos en los que esta proceda, en etapa de ejecución de sentencia.
- 6) Verificar que las soluciones alternas que se autoricen para la aplicación del PJT, se hayan desarrollado con pleno respeto a los derechos que le asisten a las personas que representa.
- 7) Impulsar a sus defendidos y defendidas a confiar en el equipo multidisciplinario.
- 8) Dar seguimiento al proceso de tratamiento y participar en las audiencias del PJT.
- 9) Representar a la persona participante cuando es aceptada, en la audiencia inicial, de seguimiento, especiales y de egreso, conforme a los ajustes y progreso dentro de las normas del PJT.
- 10) Revisar los informes de cada persona participante, elaborados por el Centro de Tratamiento, el área de reinserción social y por los agentes de supervisión.
- 11) Participar en las reuniones convocadas por el equipo multidisciplinario, para la discusión de los casos en los que se exponen alternativas relacionadas con las medidas disciplinarias e incentivos que se deben otorgar a las personas participantes, así como a otras referentes al mismo.
- 12) Proporcionar datos, así como cualquier otra información que se requiera sobre el PJT.

Juez o Jueza (de Control o de Ejecución)

El papel del Juez o la Jueza adquiere una especial relevancia, no sólo porque se encarga de dirigir las audiencias, resolver sobre las solicitudes y de vigilar el respeto de los derechos de todas las personas intervinientes, sino porque se convierte en un agente de cambio, cuyas decisiones inciden en el comportamiento y resultados de las personas participantes dentro del PJT.

Es la persona encargada de coordinar y dirigir al equipo multidisciplinario respecto a los asuntos ingresados en el PJT en sede judicial o durante la etapa de ejecución de sentencia, por lo que debe mantener una interacción constante con este, así como con las personas participantes.

El órgano jurisdiccional no resuelve los conflictos procesales en las audiencias como tradicionalmente se hace, únicamente dirige reuniones previas a estas con el objetivo de que las partes aparezcan en ellas con un sólo discurso frente a las personas participantes y faciliten su proceso de cambio mediante estrategias

conjuntas, tomando como base para su toma de decisiones los informes del equipo multidisciplinario.

Las tareas específicas del Juez o Jueza de Control o de Ejecución dentro de la GJT son las siguientes:

- 1) Determinar el ingreso de las personas candidatas al PJT.
- 2) Establecer un diálogo con las personas participantes sobre el tratamiento y aspectos de su vida que incidan en su rehabilitación y reinserción; así como explicarle el propósito del PJT, requisitos y expectativas.
- 3) Establecer las condiciones y duración del PJT, basándose en los informes del equipo multidisciplinario y supervisar su cumplimiento.
- 4) Modificar las condiciones para el cumplimiento del PJT en función de la evolución y disposición de las personas participantes respecto al plan de tratamiento y de actividades orientadas a la reinserción social.
- 5) Actuar con la sensibilidad y entendimiento del proceso de tratamiento y recuperación en la toma de sus decisiones, según sea asesorado por el equipo multidisciplinario.
- 6) Dirigir las audiencias iniciales, de seguimiento, especiales y de egreso del PJT.
- 7) Imponer incentivos o medidas disciplinarias a las personas participantes.
- 8) Convocar al equipo multidisciplinario a reuniones de trabajo para discutir y conocer la situación particular de cada persona candidata o participante, así como participar en otras reuniones concernientes al PJT.
- 9) Auxiliar e intervenir en todo momento del tratamiento para resolver asuntos del sistema de justicia penal que impidan el progreso del tratamiento.
- 10) Proveer un rol intensivo de autoridad mediante la supervisión judicial.
- 11) Conocer a las personas participantes en todas las facetas, evaluar su desempeño en el núcleo familiar, las relaciones sociales, empleo y todos aquellos aspectos que redunden en su beneficio personal y en conjunto con el equipo multidisciplinario.
- 12) Aprobar el cumplimiento de las condiciones establecidas dentro del PJT y dictar la extinción de la acción penal, el sobreseimiento o el cumplimiento de la sentencia, según la etapa que corresponda y con ello el egreso de las personas participantes.
- 13) Proporcionar datos, así como cualquier otra información que se requiera respecto al PJT.
- 14) Resolver sobre la revocación del PJT.

Unidades Estatales de Supervisión a Medidas Cautelares y Suspensión Condicional del Proceso.

El área de seguimiento de las UMECAS, es la encargada de verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para la suspensión del proceso, de modo que, en caso de incumplimiento, lo notifique oportunamente a las autoridades competentes, además de encargarse de asentar la información en el Registro Nacional de Suspensiones Condicionales del Proceso (RNSCP). La tarea principal de las UMECAS respecto a la GJT es:

- I. Coordinarse con el equipo multidisciplinario para llevar a cabo las actuaciones de supervisión necesarias para los reportes puntuales.

6.3.2. Perfiles para los Puestos

Los requisitos básicos para cubrir los perfiles requeridos en la GJT con base en su componente jurídico se desglosan en los siguientes cuadros:

Tabla 13. Requisitos para cubrir los perfiles de Agente del Ministerio Público o Fiscal

REQUISITOS PARA CUBRIR LOS PERFILES DE AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO O FISCAL	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
INSTITUCIÓN	Procuraduría General de Justicia o Fiscalía General de Justicia
NOMBRE DEL PUESTO	Agente del Ministerio Público o Fiscal
PUESTO DEL JEFE INMEDIATO	A decisión de la entidad
PUESTOS SUBORDINADOS	A decisión de la entidad
II. MARCO JURÍDICO	
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Código Penal Estatal y Federal Código Nacional de Procedimientos Penales Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal Ley Nacional de Ejecución Penal Normatividad secundaria aplicable (acuerdos, decretos, lineamientos, etc.)	
III. ÁREAS DE CONOCIMIENTO	
Derecho Penal Derecho Procesal Penal Acusatorio Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias Derechos Humanos Justicia Terapéutica Sistema penitenciario (Ejecución Penal)	
IV. FUNCIONES	V. DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS
1. Identificar personas candidatas al PJT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efectuar un análisis jurídico de los casos que recibe para identificar aquéllos que cumplan con las condiciones para acceder a una solución alterna. 2. Establecer un mecanismo de comunicación efectivo con el personal encargado de aplicar el instrumento de detección temprana, con el objetivo de identificar aquellas personas que presentan trastornos por dependencia o consumo de sustancias psicoactivas.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Detectar potenciales personas candidatas al PJT, durante el desarrollo del proceso, hasta antes del auto de apertura a juicio oral, según los antecedentes de la investigación, y comunicarlo a su defensa. 4. Identificar casos en los que se descubra un estado psicológico grave que amerite que la persona candidata reciba otro tipo de atención especializada, y enviarlo a la instancia de salud correspondiente, decretando o solicitando, según sea el caso, el no ingreso al PJT.
<ol style="list-style-type: none"> 2. Invitar a las personas candidatas a participar en el PJT 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Invitar a las personas candidatas a ingresar al PJT, explicando claramente en qué consiste y cuáles son las consecuencias de su incumplimiento. 2. Analizar la solución alterna más favorable para cada caso, tomando en consideración en todo momento la voluntad de la persona víctima u ofendido. 3. Consultar el RNASC antes de conceder o solicitar, según sea el caso, la solución alterna mediante la cual se pretende que la persona candidata ingrese al PJT.
<ol style="list-style-type: none"> 3. Resolver solicitudes de ingreso al PJT en la etapa de investigación inicial y representar a la persona víctima u ofendido en todas las audiencias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Representar a la persona víctima u ofendido en todas las etapas del proceso y explicarle cuál es su rol dentro del PJT. 2. Resolver las solicitudes de aprobación de AR celebrados en el OEMASC, en la etapa de investigación inicial, y mediante los cuales se acuerda el ingreso al PJT. 3. Verificar que las obligaciones que se contraen, en el caso de los Acuerdos Reparatorios que se celebren en la etapa de investigación inicial, no resulten notoriamente desproporcionadas, que los intervinientes hayan estado en condiciones de igualdad para negociar y que no hayan actuado bajo condiciones de intimidación o coacción. 4. Solicitar al órgano jurisdiccional el ingreso voluntario de la persona imputada al PJT, mediante la SCP, presentando un plan

	<p>detallado de reparación del daño y el sometimiento a una o varias de las condiciones señaladas en el CNPP, entre las que se debe incluir el ingreso al PJT, así como los plazos para su cumplimiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Establecer un mecanismo de coordinación efectivo con el área de seguimiento del OEMASC, en investigación inicial y en investigación complementaria, para estar enterado de los aspectos que le competen, incluyendo la evolución de la persona participante en el PJT. 6. Informar al órgano jurisdiccional sobre la evolución de la persona participante en el PJT. 7. Decretar o solicitar la extinción de la acción penal o el sobreseimiento, según corresponda, en los asuntos en los que se haya cumplido plenamente con las obligaciones pactadas o impuestas. 8. Velar por la reparación del daño y el pleno respeto de todos los derechos de la persona víctima u ofendido.
<p>4. Brindar asesoría a la persona víctima u ofendido durante todo el proceso</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar en las reuniones previas y todas aquéllas a las cuales sea requerido o sea convocante con relación al PJT. 2. Asesorar a la persona víctima u ofendido durante todo el proceso y brindarle asesoría jurídica permanente.
<p>VI. REQUISITOS DEL PUESTO</p>	
<p>ESCOLARIDAD</p>	<p>Licenciatura en Derecho</p>
<p>EXPERIENCIA</p>	<p>Ser Agente del Ministerio Público o Fiscal en funciones</p>
<p>HABILIDADES</p>	<p>Trabajo en equipo Objetividad Escucha activa Empatía Pensamiento crítico Pensamiento analítico Comunicación efectiva Manejo del conflicto Resolución de problemas Toma de decisiones Organización</p>

Tabla 14. Requisitos para cubrir los perfiles de Defensor o Defensora

REQUISITOS PARA CUBRIR LOS PERFILES DE DEFENSOR O DEFENSORA	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
INSTITUCIÓN	Institutos de la Defensoría Pública
NOMBRE DEL PUESTO	Defensor o defensora
PUESTO DEL JEFE INMEDIATO	A decisión de la entidad
PUESTOS SUBORDINADOS	A decisión de la entidad
II. MARCO JURÍDICO	
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Código Nacional de Procedimientos Penales Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal Ley Nacional de Ejecución Penal	
III. ÁREAS DE CONOCIMIENTO	
Derecho Penal Derecho Procesal Penal Acusatorio Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias Derechos Humanos Justicia Terapéutica	
IV. FUNCIONES	V. DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS
1. Identificar personas candidatas al PJT	1. Proponer casos para incorporar al PJT. 2. Velar en todo momento por la voluntariedad de la persona participante en el PJT. 3. Efectuar un análisis jurídico de los casos que recibe para identificar aquéllos que cumplen con las condiciones para acceder a una solución alterna o al beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena, y proponer lo conducente en coordinación con la Fiscalía o MP, o el Juez o Jueza, según corresponda. 4. Establecer un mecanismo de comunicación efectivo con el personal encargado de aplicar el instrumento de detección temprana, con el objetivo de identificar aquellas personas que presentan trastornos por dependencia de sustancias psicoactivas. 5. Detectar potenciales personas candidatas al PJT, y comunicarlo al Ministerio Público o Fiscalía, o al Juez o Jueza de Control o Ejecución, para verificar la posibilidad de solicitar una solución alterna o el beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena, según corresponda.

	<ol style="list-style-type: none">6. Identificar casos en los que se descubra un estado psicológico grave que amerite que la persona candidata reciba otro tipo de atención especializada, comunicarle al Ministerio Público o Fiscalía, o al órgano jurisdiccional y enviarlo por sí o por cualquiera de éstos a la instancia de salud correspondiente, solicitando el no ingreso al PJT.
<ol style="list-style-type: none">2. Invitar a las personas candidatas a participar en el PJT	<ol style="list-style-type: none">1. Invitar a las personas candidatas a ingresar al PJT, explicando claramente en qué consiste y cuáles son las consecuencias de su incumplimiento.2. Analizar la solución alterna más favorable para cada caso, o el beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena y proponerlo al candidato.
<ol style="list-style-type: none">3. Representar a la persona participante en todas las etapas y audiencias del proceso	<ol style="list-style-type: none">1. Representar a la persona participante en todas las etapas del proceso y explicarle cuál es su rol en el PJT.2. Participar en las sesiones de mecanismos alternos de solución de controversias en términos de la ley aplicable.3. Solicitar al órgano jurisdiccional, a través del Ministerio Público o Fiscalía, el ingreso al PJT, mediante la SCP, presentando un plan detallado de reparación del daño y el sometimiento a una o varias de las condiciones señaladas en el CNPP, entre las que se debe incluir el ingreso al PJT, así como los plazos para su cumplimiento.4. Establecer un mecanismo de coordinación efectivo con el área de seguimiento del OEMASC en investigación inicial y en investigación complementaria, para estar enterado de los aspectos que le competen, incluyendo la evolución de la persona participante en el PJT.5. Informar al órgano jurisdiccional sobre la evolución de la persona participante en el PJT.6. Solicitar la extinción de la acción penal, el sobreseimiento o la conclusión de la sentencia, según corresponda, en los asuntos en los que se haya cumplido plenamente con las obligaciones pactadas o impuestas.7. Velar en todo momento por los derechos de la persona participante.8. Velar por la reparación del daño y el pleno respeto de todos los derechos de la persona víctima u ofendida.

4. Orientar a la persona participante del PJT durante todo el proceso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar en las reuniones previas y todas aquéllas a las cuales sea requerido o sea convocante con relación al PJT. 2. Orientar a la persona participante durante todo el proceso y brindarle asesoría jurídica permanente.
VI. REQUISITOS DEL PUESTO	
ESCOLARIDAD	Licenciatura en Derecho
EXPERIENCIA	Ser defensor público o defensora pública en funciones
HABILIDADES	Trabajo en equipo Objetividad Escucha activa Empatía Pensamiento crítico Pensamiento analítico Comunicación efectiva Manejo del conflicto Resolución de problemas Toma de decisiones Organización

Tabla 15. Requisitos para cubrir los perfiles de Juez o Jueza de Control o de Ejecución

REQUISITOS PARA CUBRIR LOS PERFILES DE JUEZ O JUEZA DE CONTROL O DE EJECUCIÓN	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
INSTITUCIÓN	Poder Judicial del Estado
NOMBRE DEL PUESTO	Juez o Jueza de Control o de Ejecución
PUESTO DEL JEFE INMEDIATO	A decisión de la entidad
PUESTOS SUBORDINADOS	A decisión de la entidad
II. MARCO JURÍDICO	
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Código Nacional de Procedimientos Penales Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal Ley Nacional de Ejecución Penal Leyes Orgánicas de los Poderes Judiciales en las Entidades Federativas	
III. ÁREAS DE CONOCIMIENTO	
Derecho Penal Derecho Procesal Penal Acusatorio Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias Derechos Humanos Justicia Terapéutica	

Sistema penitenciario (Ejecución Penal)

IV. FUNCIONES	V. DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS
<p>1. Resolver las solicitudes de ingreso al PJT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar el cumplimiento de los requisitos de procedencia de la solución alterna que se solicite, o en su caso, del beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena. 2. Consultar el RNASC o el RNSCP, antes de conceder los AR o la SCP. 3. Verificar que existan antecedentes que señalen la necesidad de que la persona candidata se someta a un tratamiento contra adicciones y la viabilidad de su ingreso al PJT, con base en el diagnóstico confirmatorio, así como en todos los informes del equipo multidisciplinario. 4. Explicar a la persona candidata, así como a la persona víctima u ofendido sus derechos; además de garantizar su cumplimiento. 5. Verificar que las obligaciones que se contraen en el caso de los AR que se celebren en la etapa de investigación complementaria, no resulten notoriamente desproporcionadas; que los intervinientes hayan estado en condiciones de igualdad para negociar y que no hayan actuado bajo condiciones de intimidación o coacción. 6. Fijar las obligaciones a las que se habrá de someter a la persona candidata, entre las que se deberá encontrar el ingreso al PJT, así como el plan de reparación del daño y los plazos para su cumplimiento. 7. Informar a la persona candidata, sobre las consecuencias del cumplimiento e incumplimiento de las obligaciones contraídas. 8. Declarar, a solicitud de las partes la no celebración de los AR aprobados en la etapa de investigación inicial o en su caso aprobar su modificación, cuando el mecanismo alternativo no se haya desarrollado conforme a las disposiciones previstas en la ley de la materia. 9. Resolver sobre las apelaciones que se presenten por la negación o revocación de la SCP, la negación de la posibilidad para celebrar AR o su no ratificación, o la negación del ingreso al PJT en etapa de ejecución penal.

<p>2. Celebrar audiencias iniciales, de seguimiento, especiales y de egreso, así como reuniones previas</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Desempeñar su rol de autoridad judicial, mediante la supervisión judicial.2. Ejercer su liderazgo en la toma de decisiones judiciales con la sensibilidad y el entendimiento del proceso de tratamiento y recuperación, según sea asesorado por el resto del equipo multidisciplinario.3. Establecer una relación individualizada con las personas participantes, que le permita a través del diálogo, conocer su desempeño en el núcleo familiar, las relaciones sociales, el empleo, y todos aquellos aspectos de su vida que incidan en su proceso de rehabilitación.4. Establecer un mecanismo de incentivos y medidas disciplinarias para las personas participantes del PJT y ejecutarlo, de acuerdo a su desempeño.5. Modificar de común acuerdo con los miembros del equipo multidisciplinario las obligaciones impuestas a las personas participantes, en los casos que lo ameriten, en función de su conducta y resultados en el proceso de rehabilitación.6. Decretar el sobreseimiento o la sentencia ejecutoriada, según corresponda, en los casos en que las personas participantes hayan terminado su tratamiento y cumplido con las obligaciones contraídas impuestas.7. Decretar la revocación o cesación del PJT cuando el participante incumpla reiteradamente con los requisitos para permanecer en el mismo.
<p>3. Coordinar al equipo multidisciplinario</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Establecer los mecanismos de coordinación más convenientes, con el equipo multidisciplinario, para dar seguimiento a todos los asuntos ingresados al PJT.2. Revisar los informes del equipo multidisciplinario y apoyarse en ellos para decidir sus resoluciones judiciales.3. Auxiliar como facilitador general del programa, ayudando a resolver los problemas que impidan el progreso del tratamiento.4. Informar sobre la evolución del PJT, y proporcionar datos, así como cualquier otra información que se requiera en relación a éste.

VI. REQUISITOS DEL PUESTO	
ESCOLARIDAD	Licenciatura en Derecho
EXPERIENCIA	Ser Juez o Jueza en funciones
HABILIDADES	Trabajo en equipo Liderazgo Imparcialidad Objetividad Escucha activa Empatía Pensamiento crítico Pensamiento analítico Comunicación efectiva Manejo del conflicto Resolución de problemas Toma de decisiones Organización

Una vez cubiertos los perfiles correspondientes, se atiende la modalidad de su capacitación.

6.3.3. Capacitación

La capacitación para las personas operadoras desde el componente jurídico del PJT deberá ser especializada y complementaria a la formación inicial y a las competencias de ingreso y permanencia que establezcan las instituciones. La operación del plan de estudios para el módulo del componente jurídico que permitirá implementar el PJT es la siguiente:

Tabla 16. Plan de estudios para el módulo del Componente Jurídico

MÓDULO		HORAS
1	Sensibilización al cambio y ética profesional.	10
2	Conceptos básicos de adicciones	15
3	Acciones en la reducción de la demanda de sustancias psicoactivas	10
4	Modelos y modalidades de tratamiento	10
5	Formas Alternativas en la Justicia Penal	10
6	Sanciones y medidas penales no privativas de la libertad	10
7	Guía de Justicia Terapéutica y sus componentes	15
8	Herramientas para incentivar el cumplimiento	10
9	Análisis sobre el cumplimiento	10
Total		100



Sensibilización al cambio y ética profesional.

Duración: 10 horas

Objetivos de aprendizaje

- Asumir un cambio de actitud ante procesos nuevos externos o internos que ocurran en su medio ambiente, responsabilizándose de sus actos para consolidar su situación dentro y fuera de la institución, conforme al nuevo modelo de gestión.
- Adquirir el compromiso para el desempeño de su actuación de manera ética y responsable.
- Identificar los principios y valores mediante los cuales regirá su actuación para el desempeño eficiente y profesional de sus funciones.

Contenido

1.1. Introducción.

1.1.1. Conceptos básicos.

1.2. El cambio en la organización:

1.2.1. ¿Qué es un paradigma?

1.3. Resistencia al cambio:

1.3.1. Etapas del cambio.

1.3.2. Herramientas para romper paradigmas y superar la resistencia al cambio.

1.3.3. Ejercicio para el mejoramiento de las actitudes positivas.

1.4. Manejo de la propia responsabilidad.

1.5. Plan de transformación.

1.6. Modelo de gestión: macro y por perfil.

1.7. Ética profesional.

1.7.1. Concepto.

1.7.2. Principios y valores en el desempeño profesional.

Conceptos Básicos de adicciones.

Duración: 15 horas.

Objetivo de aprendizaje

- Conocer los aspectos generales sobre el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.
- Uniformar conceptos y criterios sobre consumo de drogas, y describir su uso desde la ritualidad hasta nuestros días.
- Identificar y describir los diferentes tipos de usos otorgados a las sustancias psicoactivas en diferentes momentos de la historia (mágicos religiosos, médicos, industriales, de introspección, en ritos de iniciación, etc.) y clasificar los distintos tipos de drogas, así como sus antecedentes, efectos y consecuencias a largo plazo.



Contenido

- 2.1.** Conceptos básicos.
- 2.2.** Tamizaje.
- 2.3.** Cerebro y adicciones.
- 2.4.** Clasificaciones y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.

Acciones en la reducción de la demanda de sustancias psicoactivas.

Duración: 10 horas.

Objetivo de aprendizaje

- Entender la propuesta de fases de consumo entre la experimentación y la dependencia, ubicarse en la estrategia de detección e intervención temprana, ubicar los instrumentos de detección y el recurso de la derivación en consumo de sustancias psicoactivas, valorar ventajas y desventajas de los diferentes modelos de atención, aproximarse a las canalizaciones a los centros especializados de tratamiento, describir y ubicar sus objetivos y funciones.

Contenido

- 3.1.** Proceso adictivo.
- 3.2.** Modalidades de intervención temprana en el consumo de adicciones.
- 3.3.** Daños a hijos de personas consumidoras.
- 3.4.** Diferencias de género en el consumo de sustancias psicoactivas.

Modelos y modalidades de tratamiento.

Duración: 10 horas.

Objetivo de aprendizaje

- Identificar los modelos y modalidades para la atención de personas que consumen sustancias psicoactivas que existen en el país y configurar una red de servicios de atención a partir de los recursos existentes, con base en los fundamentos técnicos, metodológicos y normativos expuestos.
- Valorar ventajas y desventajas de los diferentes modelos de atención, distinguir las estrategias de intervención de acuerdo con las características del paciente y a su dependencia, explicar los procesos, herramientas y estrategias de cada tipo de intervención breve y describir lo que implica una intervención breve y distinguirla del resto de las intervenciones en materia de adicciones.

Contenido

- 4.1.** Tipos y alternativas de tratamiento (modelos de atención).
- 4.2.** Modelo hospitalario.



- 4.3. Modelo residencial.
- 4.4. Modelo ambulatorio.
- 4.5. Instituciones prestantes.
- 4.6. Sistema de referencia y contra referencia.
- 4.7. Atención a familiares de adictos.
- 4.8. Modelos y modalidades preventivas.

Formas Alternativas en la Justicia Penal.

Duración: 10 horas

Objetivos de aprendizaje

- Comprender las soluciones alternas al proceso penal.
- Identificar los acuerdos reparatorios y sus características.
- Identificar la suspensión condicional y sus características, así como conocer las funciones de las autoridades de supervisión de las medidas cautelares y la suspensión condicional.
- Identificar las diferencias de roles e intervenciones de los Órganos Especializados en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal.

Contenido

- 5.1. Cambio de terminología de “salidas” a “soluciones alternas”.
- 5.2. Soluciones alternas.
 - 5.2.1. Mecanismos alternativos de solución de controversias.
 - 5.2.2. Mediación, Conciliación y Junta Restaurativa. Principios.
 - 5.2.3. El órgano especializado de mecanismos alternativos de solución de controversias. Funciones.
 - 5.2.4. Los acuerdos reparatorios. Concepto. Supuestos de procedencia. Oportunidad. Trámite. Efectos.
 - 5.2.5. La suspensión condicional del proceso. Concepto. Procedencia. Oportunidad. Plan de reparación, condiciones por cumplir. Trámite. Revocación. Cesación provisional de los efectos de la SCP. La autoridad de supervisión de medidas cautelares y de la suspensión condicional del proceso.
 - 5.2.6. Registros Nacionales de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en materia penal y Registros Nacionales de Suspensiones Condicionales del Proceso.
- 5.3. Sustitutivos Penales en Ejecución de la Sentencia. Procedencia. Causales de Revocación.

Sanciones no privativas de la libertad.

Duración: 10 horas.

Objetivo de aprendizaje

- Analizar la naturaleza de las sanciones alternativas a la PPL.

- Examinar la tipología de las sanciones no privativas de libertad y sus circunstancias de ejecución.

Contenido

- 6.1.** Sustitución y suspensión temporal de las penas
- 6.2.** Sanciones y medidas penales no privativas de la libertad
- 6.3.** Reglas comunes

Guía de Justicia Terapéutica y sus componentes. Duración 15 horas

Objetivos de aprendizaje

- Que los operadores y las operadoras conozcan los objetivos específicos de la Guía de Justicia Terapéutica por etapas procesales.
- Desarrollar las habilidades de coordinación necesarias para la integración de los equipos multidisciplinarios con los operadores y las operadoras de los componentes sanitario y de reinserción.
- Crear en los operadores y las operadoras la sensibilidad que requiere la aplicación de la Justicia Terapéutica para el cumplimiento de sus fines.

- 7.1** Antecedentes de la justicia terapéutica y su marco normativo.
- 7.2** Objetivos Generales y Específicos de la GJT.
- 7.3** Guía de Justicia Terapéutica:
 - 7.3.1.** Componente Jurídico
 - 7.3.2.** Componente Sanitario
 - 7.3.3.** Componente de Reinserción
- 7.4.** Equipo multidisciplinario.

Herramientas para incentivar el cumplimiento del PJT. Duración: 10 horas.

Contenido

- 8.1.** Consideración de factores socio-ambientales.
- 8.2.** Reuniones de seguimiento y estrategia para impulsar el cumplimiento.
- 8.3.** Acercamiento con organizaciones de la sociedad civil y otras entidades privadas y gubernamentales.
- 8.4.** Impacto de la vinculación y análisis de la misma.

Análisis sobre cumplimiento Duración: 10 horas.

Contenido

- 9.1.** Análisis de las condiciones que determinan el cumplimiento o incumplimiento.



- 9.2.** Retroalimentación por parte de todas las áreas involucradas dentro de la autoridad, con los estudios de caso.
- 9.3.** Consideraciones sobre actividades alternas que puedan favorecer el cumplimiento.
- 9.4.** Elaboración de propuestas de buenas prácticas.
- 9.5.** Selección de expedientes relevantes dentro de la autoridad (estudios de caso).

Metodología de Enseñanza-Aprendizaje

La metodología a desarrollar es el conjunto de momentos y técnicas lógicamente coordinados para dirigir el aprendizaje de los aspirantes hacia el logro de los objetivos establecidos y puede ser a través de las siguientes técnicas:

Exposición: explicación oral de conceptos, teorías o principios relacionados con un tema o disciplina.

Escuchar activamente: generada por la motivación; la persona presta atención al mensaje porque lo considera útil, interesante o divertido.

Cuadro sinóptico: resumen esquematizado que permite visualizar la estructura y organización del contenido expuesto en el texto. Sondeos: preguntas no evaluables que tienen como objetivo recopilar información.

Mapa mental: representación gráfica de los conceptos y sus relaciones que facilita el aprendizaje porque conecta entre sí de manera sintética los elementos del tema bajo estudio. De esta manera ofrece una visión global del tema, en el que se incluyen las palabras clave que deben recordarse.

Mapa conceptual: se estructura, en forma jerárquica, el concepto más importante y se ubica en el centro el entorno en el cual se trabajará. Los conceptos se irán relacionando de manera jerárquica con el centro, hasta llegar a un último punto.

Ensayo: escrito de extensión moderada donde se expone, analiza o reflexiona sobre un tema desde la perspectiva del autor.

Debate: intercambio de opiniones, generalmente opuestas de los miembros de un grupo con la ayuda de un moderador.

Dramatización y juego de roles: un grupo de alumnos representan una situación en el campo de las relaciones humanas. Ayuda a la comprensión empática de una situación y de las motivaciones de las personas, así como a desarrollar competencias de comunicación.

Trabajo en equipo: realización de una actividad en grupos, con el fin de obtener un producto del trabajo colectivo.



Lluvia de ideas: poner en común una o un conjunto de ideas o conocimientos adquiridos por cada uno de los aspirantes.

Lectura comentada: obtener información relacionada con la especialidad, derivada de la lectura de un documento.

Estudio de caso: permite el análisis de los aspirantes y genera reflexión.

Canasta revuelta: conocer por medio de juegos el conocimiento adquirido del tema.

Elaboración de esquemas: expresión gráfica y visual de un conjunto de ideas, resaltando las principales. Para realizar esquemas es necesario poner atención a los datos proporcionados en la información de una lectura.

Hacer ejercicios individuales y grupales: ayuda al aspirante a comprender un tema específico mediante ejercicios.

Debate dirigido: intercambio informal de ideas e información sobre un tema, realizado por un grupo, bajo la conducción estimulante y dinámica de una persona que hace de guía e interrogador.

6.3.4. Perfil docente

Las personas que fungirán como docentes deberán acreditar nivel académico afín al perfil de los operadores y las operadoras de las autoridades que participan en el PJT, así como habilidades y experiencia docente, además de contar con conocimientos teóricos y prácticos en el tema del módulo a desarrollar. Lo anterior se acreditará con las constancias que acrediten el conocimiento.

6.4. Infraestructura y equipamiento

Con independencia de la etapa procesal en la que se haya derivado el asunto para la celebración de un MASC o de una SCP se deberá contar con una oficina en la que se lleven a cabo sesiones de seguimiento por parte del equipo multidisciplinario para evaluar los avances de cada una de las personas participantes.

6.4.1. Infraestructura

Las características con las que se deberán contar deberán ser las siguientes:

- Sala de juntas
- Área de archivo
- Site
- Sala de espera
- Módulo de recepción
- Baño de hombres y mujeres

6.4.2. Equipamiento

- Equipo de cómputo para el registro de actividades
- Una línea telefónica (estándar mínimo)
- Conexión a internet
- Equipos No break, uno por cada equipo de cómputo
- Nodos de voz y datos
- Archiveros con llave
- Escritorio y sillas fijas para la sala de juntas y área de recepción

Las especificaciones técnicas del equipamiento deberán estar apegadas al catálogo de bienes y servicios del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública.

6.5. Instrumentos operativos

Los instrumentos operativos a desarrollar por parte de operadores para la aplicación se enunciarán a continuación en los siguientes apartados.

Manual de actuación jurídica: Narrativa de las actuaciones a desarrollar por parte de los operadores y las operadoras jurídicos que participan en la aplicación del PJT.

Modelo de acuerdo interinstitucional para comisionar operadores para el PJT.

Formatos administrativos:

Proceso penal (Anexo 4)

1. Formato informativo de los beneficios del PJT.
2. Formato de solicitud de diagnóstico inicial y confirmatorio.
3. Formato de consentimiento informado para someterse al diagnóstico inicial y confirmatorio.
4. Formato de consentimiento informado para someterse al PJT.
5. Propuesta de redacción de cláusula para el acuerdo reparatorio.

Etapa de ejecución (Anexo 5)

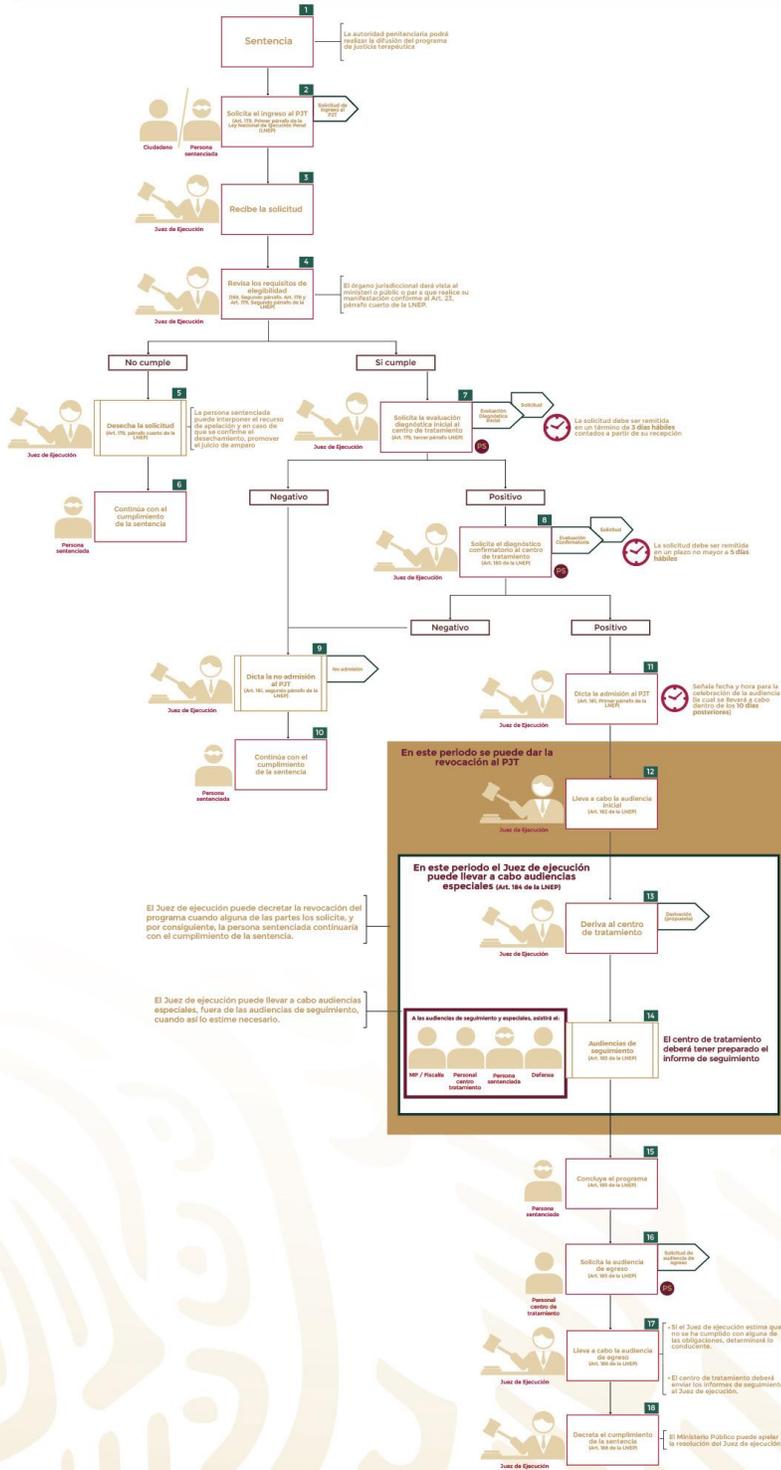
1. Formato informativo de los beneficios del PJT.
2. Solicitud de ingreso al programa de justicia terapéutica.
3. Formato de solicitud de diagnóstico inicial y confirmatorio.
4. Formato de consentimiento informado para someterse al programa de justicia terapéutica.

6.6 Flujo del Proceso de la Guía de Justicia Terapéutica en Ejecución Penal

(Consultar el Anexo 3).

- Acuerdos reparatorios en etapa de investigación inicial.
- Acuerdos reparatorios en etapa de investigación complementaria.
- Suspensión condicional del proceso.
- Sustitutivos penales en etapa de ejecución de sanciones.

PROCESO DE LA GUÍA DE JUSTICIA TERAPEÚTICA EN EJECUCIÓN PENAL



COMPONENTE SANITARIO





7. Componente Sanitario

Para comprender la importancia del componente de salud dentro del PJT, es necesario clarificar que, dentro de los objetivos del programa, la relación droga-delito no recae en la criminalización del consumo de drogas, ya que el principio de salud que lo sustenta es que la adicción es una enfermedad crónica del cerebro caracterizada por el consumo compulsivo de una sustancia o sustancias, legales e ilegales, que desarrollan consecuencias negativas.

En este sentido los efectos neuro farmacológicos del consumo que se presentan en el organismo tales como la intoxicación, el síndrome de abstinencia y el daño neurotóxico de algunas drogas (Goldstein, 1985), son un factor que incrementa probabilidad de que un individuo se involucre en conductas de riesgo entre ellas conductas delictivas.

Si bien la asociación entre las conductas delictivas y el abuso de sustancias no es causal de forma absoluta, pero es un hecho que el abuso de sustancias psicoactivas incrementa la extensión y la severidad de la conducta delictiva, por ejemplo la marihuana, al provocar un estado de depresión en las personas que la consumen, los comportamientos no podrían estar correlacionados con conductas delictivas; mientras que los efectos que se producen tras consumir cocaína o cristal, pueden demostrar cierta vinculación; y aún más evidentes son las acciones violentas a causa del consumo de alcohol.

En nuestro país, un alto porcentaje de delitos del fuero común se desarrollaron bajo el influjo de alguna sustancia con potencial adictivo. Existe evidencia científica de que las medidas alternas que abordan el problema de consumo de sustancias y otros factores criminógenos funcionan mejor que el encarcelamiento, la libertad condicional y que el tratamiento para las adicciones por sí solo.

En Estados Unidos hay reportes que dicen que hasta el 75% de las personas graduadas de las “Cortes de Drogas” se mantuvo libre de arrestos hasta por dos años después de terminar el programa. En comparación con el 60 a 80% de re-arrestos en poblaciones similares egresados del sistema penitenciario (OJP, s/a).

México ya tiene un terreno recorrido en esta búsqueda de alternativas. En 2008, el Gobierno de México y el Estado de Nuevo León, en colaboración con la OEA, inició un proceso de observación y análisis de modelos similares existentes de alternativas al encarcelamiento bajo supervisión judicial en otros países, tanto dentro como fuera del hemisferio americano. Desde que en 2009 se lanzara el primer proyecto piloto en Guadalupe, Nuevo León, muchos son los logros alcanzados por México en el conocimiento práctico de lo que un modelo de esta naturaleza puede tener en su aplicación, y consiguientes retos. Desde entonces, y acompañados de la OEA, son más de 14 países que están explorando, implementando o expandiendo modelos similares. (Guía Metodológica página 15 Gobierno Mexicano-CICAD/OEA 2016). Actualmente son seis entidades federativas las que ya aplican la justicia terapéutica, como son: Chihuahua, Chiapas, Durango, Morelos, Estado de México y Nuevo León.

Con base en lo anterior, se hace necesario la implementación de estos modelos en todo el país para la atención del fenómeno consumo/delito, sobre todo en casos de dependencia, puesto que el objetivo es incrementar el porcentaje de personas reinsertadas a la sociedad. Dentro de los recursos necesarios para la implementación de estos modelos, se requiere de la participación de expertos en el área clínica de las adicciones que proporcionen la información técnica indispensable para el funcionamiento y operación de los servicios que se encargarán del tratamiento integral dentro del Programa de Justicia Terapéutica.

En este sentido, el propósito del presente apartado es establecer claramente las condiciones y necesidades mínimas de las personas que integran el equipo sanitario, así como, los procesos básicos que se deben de seguir para la implementación operativa del PJT en las diferentes Entidades Federativas de nuestro país. Asimismo, contribuirá a la sensibilización del personal profesional y técnico involucrado; y servirá de guía para las acciones de capacitación requeridas. En adelante, será útil para orientar los esfuerzos continuos de evaluación y mejorar así el PJT. Lo anterior, mediante la homologación de elementos, criterios y procedimientos en el área sanitaria.

Este esfuerzo para lograr una sistematización va dirigido a favorecer la articulada implementación interinstitucional del modelo y, por tanto, se ha conformado con una orientación práctica, buscando ser un instrumento posibilitador y facilitador de la consolidación homogénea de las acciones de implementación en todo el país.

7.1 Objetivo del Componente Sanitario

Brindar atención desde el ámbito de salud a las personas con trastornos por uso o dependencia de sustancias psicoactivas para favorecer la mejora en la calidad de vida, la reinserción social y la disminución de la reincidencia delictiva. Además de favorecer el desarrollo efectivo del PJT.

7.2 Objetivos Específicos

- Sensibilizar a quienes proveen servicios sanitarios para lograr una efectiva atención sanitaria en el PJT.
- Identificar a los candidatos al PJT, con base a los criterios de elegibilidad sanitaria, es decir atendiendo a la relación que subsiste entre los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y la conducta delictiva imputada.
- Diagnosticar a los candidatos del PJT y otorgar un plan de tratamiento integral atendiendo a las necesidades particulares de las personas participantes.
- Desarrollar y participar en esquemas y mecanismos de supervisión de casos en coordinación con el equipo multidisciplinario y las autoridades competentes.
- Establecer los requerimientos mínimos clínicos para la integración de un sistema estadístico de información.



- Definir desde el área de la práctica clínica los indicadores de cumplimiento y evolución.
- Verificar y evaluar la calidad de las intervenciones.
- Promover la participación en programas o actividades de reinserción social.

7.3 Recursos Humanos para el componente sanitario

Con la finalidad de contar con un adecuado control y seguimiento de las personas que manifiestan trastornos por uso de sustancias psicoactivas y que son candidatas a participar en la ejecución del PJT, las autoridades que deberán mantener estrecha coordinación se enuncian en los apartados siguientes:

7.3.1. Equipo Operador del Componente Sanitario

Las autoridades a conformar el equipo operador del presente componente son:

- Gestor de casos.
- Personal de medicina general y médico especializado.
- Personal de psicología general y especializada.
- Otros profesionales de la salud.
- Grupos de ayuda mutua.

Gestor de Casos

El Gestor de Casos será el principal contacto entre las personas proveedoras de servicios sanitarios y el juez u otras áreas dentro del PJT. Para esta figura se recomienda un perfil con licenciatura en el área de la salud o a fin, de preferencia trabajador social, con estudios en administración o gestión de servicios, conocimientos obligatorios en el Sistema Nacional de Salud, los sistemas de referencia y contrarreferencia y los procesos de calidad y seguridad en la atención médica. El Gestor de Casos también deberá identificar los principales recursos y programas con los que se cuenta dentro del Programa para favorecer la reinserción social de la persona participante.

Personal de Medicina General y Médico Especializado

El personal de medicina involucrado como consultante y/o proveedor del tratamiento médico de las adicciones, de otros trastornos, de salud mental y de enfermedades en general, deben de contar con las certificaciones pertinentes (cédula profesional y/o de especialidad y certificación por el consejo médico correspondiente). Además, debe estar capacitado en el abordaje integral de los principales trastornos médicos (daño orgánico) y mentales (patología dual), con énfasis en los posibles trastornos por uso de sustancias y estar familiarizados con las distintas modalidades de tratamiento médico; principalmente la terapia farmacológica. Siempre que sea posible, deberá de preferirse el perfil de médico especialista en el tratamiento de adicciones o psiquiatría con experiencia clínica en adicciones.

El personal médico especialista en adicciones debe estar involucrado y permanentemente pendiente durante la evaluación diagnóstica inicial del paciente y en el diseño del Plan de Tratamiento, así como en las consultas médicas que se necesiten a lo largo del tratamiento; mismas que pueden ser establecidas por este, solicitadas por el paciente o de cualquiera de los profesionales del equipo de tratamiento.

Personal de Psicología General y Especializada

Uno de los proveedores de servicios sanitarios dentro del PJT es el personal de psicología que pueda laborar dentro de los Centros de Atención Primaria en Adicciones Centrales (CAPA) y Unidad de Especialidades Médicas (UNEME-CAPA), o en otra institución proveedora de servicios sanitarios que cuente con los requisitos para prestar el servicio.

Este personal debe contar con la formación y experiencia para el abordaje psicoterapéutico de los trastornos por uso de sustancias; se considera necesario fortalecer la capacitación para la detección temprana y diagnóstico de las principales enfermedades de salud mental e intervención y manejo de los principales factores de riesgo (conducta antisocial, control de emociones negativas, traumas, etc.) que pueden incrementar la probabilidad de la reincidencia delictiva.

Otros Profesionales de la Salud

Las personas profesionales de la salud con formación distinta a la médica (enfermería, trabajo social, consejeros en adicciones, etc.) pueden apoyar en el abordaje de los trastornos por uso de sustancias, ya sea de forma independiente o como parte del equipo de tratamiento coordinado por el CAPA Central o UNEME-CAPA, o la institución de salud proveedora del servicio siempre y cuando cuenten con las certificaciones apropiadas. La certificación de los consejeros será un requisito indispensable en las jurisdicciones donde sea posible.

Grupos de Ayuda Mutua

Los pares y los miembros de las organizaciones de ayuda mutua no se consideran proveedores de tratamiento profesional; sin embargo, son un apoyo esencial en la atención de las personas con trastornos por uso de sustancias y se podrá con ellos de acuerdo a las condiciones de cada persona participante. Principalmente en la prevención de recaídas. Estos grupos pueden fungir como un recurso adicional al tratamiento.

7.3.2. Descripción y Análisis del Puesto

Los requisitos básicos necesarios para cubrir el perfil requerido para el PJT con base en su componente sanitario son los siguientes:

Tabla 17. Requisitos para cubrir el perfil de Gestor o Gestora de Casos

GESTOR (A) DE CASOS	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
INSTITUCIÓN	Institución o instancia responsable de coordinar el Protocolo Sanitario dentro de la GJT.
NOMBRE DEL PUESTO	Gestor de casos
PUESTO DEL JEFE INMEDIATO	A decisión de la institución o instancia responsable de coordinar el Protocolo Sanitario dentro de la GJT.
PUESTOS SUBORDINADOS	A decisión de la Institución o instancia responsable de coordinar el Protocolo Sanitario dentro de la GJT.
II. MARCO JURÍDICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Ley General de Salud • Código Nacional de Procedimientos Penales • Ley Nacional de Ejecución Penal • Leyes Estatales, Orgánicas y Reglamentos Interiores estatales • Normas Oficiales Mexicanas de la materia 	
III. ÁREAS DE CONOCIMIENTO	
Trabajo Social	Administración
Psicología	Medicina
Derecho	Enfermería
Adicciones	Salud Mental
Criminología	
IV. FUNCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión, vinculación y coordinación de los servicios de atención integral otorgados por las diferentes instituciones. • Recolección de información clínica y administrativa del seguimiento de los casos. • Elaboración de los reportes de evolución y llenado de la Cédula para la Evaluación de Evolución y Seguimiento. • Asistencia a las audiencias de seguimiento y especiales. • Apoyo en el componente de reinserción social. 	
V. RESPONSABILIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión, integración y otorgamiento de información basada en los reportes de evolución y llenado de la Cédula para la Evaluación de Evolución y Seguimiento. • Seguimiento de las audiencias e integración de los reportes correspondientes. 	

- Conocimiento sobre la normatividad vigente de la GJT y la que aplica a los establecimientos dedicados a la prevención, tratamiento y control de las adicciones

VI. ACTIVIDADES

- Dar seguimiento para que la evaluación biopsicosocial se lleve a cabo, a tiempo y por el personal adecuado.
- Realizar la recolección de las diversas evaluaciones diagnósticas de los casos, incluyendo la coordinación de las prestaciones médicas cuando sea pertinente.
- Realizar entrevistas motivacionales para facilitar la asistencia a evaluación/confirmación diagnóstica, para facilitar la asistencia a los centros de tratamiento o para reiniciar tratamientos tras ausencia.
- Realizar las gestiones de referencia del usuario a centros de atención residencial cuando corresponda.
- Gestionar cupos de internamiento con las instancias sanitarias locales y con la red nacional de atención.
- Realizar visitas domiciliarias de rescate durante el periodo evaluación.
- Coordinarse con las personas que conforman el equipo interdisciplinario , en beneficio del usuario durante su proceso de tratamiento.
- Participar en la preparación y ejecución de las audiencias de seguimiento.
- Realizar las gestiones necesarias para facilitar la integración social de las personas egresadas del Programa.
- Elaborar informes de seguimiento de los casos.
- Participar en reuniones de redes de tratamiento con quienes conforman el equipo interdisciplinario.
- Elaborar informes de desempeño.
- Elaborar informe de evaluación anual del Programa.
- Participar en jornadas de capacitación u otras que sean necesarias.
- Capacitar a las y los integrantes del equipo interdisciplinario.
- Integrar una evaluación formal, rigurosa y continua del proceso de implementación y de los resultados de las personas participantes.
- Proveer a las personas participantes del Programa de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones programadas de las acciones de su plan de tratamiento.
- Elaborar un informe mensual de las actividades realizadas.
- Elaborar e integrar los reportes e informes requeridos por las autoridades de procuración e impartición de justicia.
- Promover y gestionar recursos laborales, educativos, sociales, etc., para la reinserción social.

VII. REQUISITOS DEL PUESTO

ESCOLARIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Trabajo Social • Licenciatura en Psicología • Licenciatura en Enfermería • Licenciatura en Criminología • Licenciatura en Medicina
EXPERIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia mínima de 3 años en: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Administración y gestión de servicios de salud

	<ul style="list-style-type: none"> o Manejo integral de adicciones y trastornos mentales
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Liderazgo • Manejo de datos • Capacidad de análisis y solución de problemas • Trabajo con orientación a resultados • Objetividad • Responsabilidad ética

Tabla 18. Requisitos para cubrir el perfil de Médico

MÉDICO	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
INSTITUCIÓN	Secretaría de Salud Comisión Estatal contra las Adicciones Institución o instancia proveedora de tratamiento
NOMBRE DEL PUESTO	Médico General y/o Familiar
PUESTO DEL JEFE INMEDIATO	A decisión de la entidad
PUESTOS SUBORDINADOS	A decisión de la entidad
II. MARCO JURÍDICO	
	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Ley General de Salud • Código Nacional de Procedimientos Penales • Ley Nacional de Ejecución Penal • Leyes Estatales, Orgánicas y Reglamentos Interiores estatales • Normas Oficiales Mexicanas de la materia
III. ÁREAS DE CONOCIMIENTO	
Medicina General	Manejo integral de las adicciones
Medicina Familiar	Gestión de instituciones de salud
Investigación clínica	Medicina Basada en la Evidencia
Adicciones	Elaboración de Guías de Práctica Clínica
IV. FUNCIONES	
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la valoración médica al ingreso de cada una de las personas participantes. • Elaborar Historia Clínica médica y toxicológica de cada persona usuaria o participante al ingreso de la institución. • Integrar el expediente clínico de las personas usuarias de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. • Actualizar todos los expedientes clínicos de cada persona usuaria. • Referir a la persona participante a otro nivel de atención médica en la medida de sus necesidades (comorbilidad médica y psiquiátrica). • Indicar e interpretar estudios de laboratorio clínico y gabinete cuando sea necesario.

- Fomentar y promover la salud física y mental de las personas usuarias del centro/ establecimiento.

V. RESPONSABILIDADES

- Funcionamiento del departamento médico y enfermería.
- Conocimiento de la normatividad que aplica a los establecimientos dedicados a la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Responsable del expediente clínico integral (médico, enfermería, psiquiátrico, psicológico y trabajo social).

VI. ACTIVIDADES

- Hacer un examen físico completo a todo ingreso y reportarlo en el expediente.
- Diagnosticar los diversos trastornos relacionados a sustancias.
- Detección oportuna de estigmas de daño orgánico (comorbilidad médica) y patología dual (comorbilidad psiquiátrica)
- Elaborar el programa de tratamiento a emplear en las personas usuarias, de acuerdo al diagnóstico clínico y a las comorbilidades encontradas.
- Resguardar el archivo de expedientes clínicos, de conformidad con la confidencialidad.
- Realizar interconsulta con profesionales cuando sea necesario, documentar cita, razón y diagnóstico.
- Reunirse con la persona usuaria y con su familiar encargado para informarle sobre su condición física y el plan de tratamiento médico que va a seguir durante el programa de acuerdo a los diagnósticos médicos.
- Evaluar a los demás profesionales de la salud sobre la necesidad de intervenir en algún proceso de intoxicación aguda y/o síndrome de supresión, según el protocolo establecido.
- Atender las citas médicas solicitadas por las personas integrantes del equipo multidisciplinario, personas participantes o los familiares.
- Reportar todo contacto y resumen en el expediente único de cada persona participante.
- Formular el plan de tratamiento personalizado para cada usuario.
- Realizar un programa de fomento y cuidado de la salud e implementar pláticas dirigidas a las personas usuarias.
- Proporcionar medicamentos a los y las usuarias de la clínica según las políticas del mismo y padecimientos encontrados.
- Elaborar dieta personalizada a cada persona usuaria, de acuerdo a diagnósticos médicos y comorbilidades médicas encontradas, con el fin de mantener su salud física y obtener los nutrimentos que requieren sus alimentos diarios.
- Requisitar el formato de referencia a una institución hospitalaria para casos en los que no se pueda atender el problema médico de las personas usuarias.
- Entregar, a el/la enfermero (a) el medicamento que fue indicado a las personas participantes en el horario establecido en el expediente.
- Establecer un ambiente de comunicación constante con el/la enfermera (o).
- Verificar las funciones del/la enfermera (o).

- Solicitar por escrito a los familiares los medicamentos que requiere cada persona usuaria a través de trabajo social.
- Elaborar un informe mensual de las actividades realizadas relacionadas con el PJT.
- Vigilar el cumplimiento de los principios y reglamento interno del centro / establecimiento.
- Elaborar e integrar los reportes e informes requeridos por las autoridades de procuración e impartición de justicia.

VII. REQUISITOS DEL PUESTO

ESCOLARIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en ciencias de la salud de preferencia con posgrado en el área de salud y adicciones.
EXPERIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica clínica en la atención integral de las adicciones.
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Liderazgo • Actitud de servicio • Capacidad de análisis y solución de problemas • Comunicación • Capacidad de negociación • Relaciones humanas • Toma de decisiones • Capacidad de gestión • Liderazgo • Trabajo con orientación a resultados • Vocación de servicio • Objetividad • Pensamiento crítico • Comunicación efectiva • Manejo del conflicto • Resolución de problemas • Organización

Tabla 19. Requisitos para cubrir el perfil de Médico Psiquiatra

MÉDICO PSIQUIATRA	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
INSTITUCIÓN	Secretaría de Salud Comisión Estatal contra las Adicciones Institución o instancia proveedora de tratamiento
NOMBRE DEL PUESTO	Médico psiquiatra
PUESTO DEL JEFE INMEDIATO	A decisión de la entidad
PUESTOS SUBORDINADOS	A decisión de la entidad
II. MARCO JURÍDICO	

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Salud
- Código Nacional de Procedimientos Penales
- Ley Nacional de Ejecución Penal
- Leyes Estatales, Orgánicas y Reglamentos Internos estatales
- Normas Oficiales Mexicanas de la materia

III. ÁREAS DE CONOCIMIENTO

Medicina General	Manejo integral de las adicciones
Psiquiatría	Gestión de instituciones de salud
Investigación clínica	Medicina Basada en la Evidencia
	Elaboración de Guías de Práctica Clínica

IV. FUNCIONES

- Realizar la Valoración Médica Psiquiátrica y Adictológica al ingreso de cada persona usuaria/participante.
- Elaborar historia clínica de cada persona usuaria al ingreso de la institución.
- Integrar el expediente clínico de la persona usuaria de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- Actualizar todos los expedientes clínicos de cada persona usuaria.
- Referir a cada persona usuaria a otro nivel de atención médica especializada que se requiera de acuerdo a hallazgos clínicos y comorbilidad psiquiátrica encontrada.
- Indicar e interpretar estudios de laboratorio clínico y gabinete cuando sea necesario.
- Fomentar y promover la salud mental y física de las personas usuarias del centro / establecimiento.

V. RESPONSABILIDADES

- Funcionamiento del departamento médico y enfermería.
- Conocimiento de la normatividad que aplica a los establecimientos dedicados a la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Responsable sanitario del stock de medicamento.

VI. ACTIVIDADES

- Hacer un examen físico completo a todo ingreso y reportarlo en el expediente.
- Responsabilizarse del archivo de expedientes clínicos, de conformidad con la confidencialidad.
- Consultar a profesionales cuando sea necesario, documentar cita, razón y diagnóstico.
- Reunirse con la persona participante y con el familiar encargado para informarle sobre su condición física y el plan de tratamiento médico que van a seguir durante su estancia.
- Evaluar con el (la) psicólogo (a), la necesidad de intervenir en síndrome de supresión, según el protocolo establecido.
- Atender las citas médicas solicitadas por las personas que conforman el equipo multidisciplinario, los usuarios o los familiares.

- Reportar todo contacto y resumen en el expediente único de las personas usuarias.
- Registrar en una bitácora el ingreso y salida de medicamentos, así como registrarlos en el expediente clínico de las personas usuarias.
- Llevar una vigilancia estricta de los medicamentos controlados.
- Formular el plan de tratamiento personalizado para cada persona usuaria.
- Realizar un programa de fomento y cuidado de la salud e implementar pláticas dirigidas a las personas participantes.
- Proporcionar medicamentos a las personas participantes de la clínica según las políticas del mismo y padecimientos encontrados.
- Ajustar o elaborar dieta personalizada a las personas usuarias, con el fin de mantener su salud física y obtengan los nutrimentos que requieren de sus alimentos diarios.
- Requisar el formato de referencia a una institución hospitalaria para casos en los que no se pueda atender el problema médico o psiquiátrico de las personas usuarias.
- Entregar al/ la enfermero(a) el medicamento que fue indicado a la persona participante, en el horario establecido en el expediente.
- Establecer un ambiente de comunicación constante con el/la enfermera (o).
- Verificar las funciones del/la enfermera (o).
- Solicitar por escrito los medicamentos que requiera la persona usuaria a los familiares a través de trabajo social.
- Elaborar un informe mensual de las actividades realizadas relacionadas con el PJT.
- Vigilar el cumplimiento de los principios y reglamento interno del centro / establecimiento.
- Elaborar, entregar o integrar los reportes e informes requeridos por las autoridades de procuración e impartición de justicia.

VII. REQUISITOS DEL PUESTO

ESCOLARIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en ciencias de la salud con posgrado en el área de salud mental y adicciones.
EXPERIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica clínica en la atención de trastornos mentales (incluyendo adicciones).
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Liderazgo • Actitud de servicio • Capacidad de análisis y solución de problemas • Comunicación • Capacidad de negociación • Relaciones humanas • Toma de decisiones • Capacidad de gestión • Liderazgo • Trabajo con orientación a resultados • Vocación de servicio • Objetividad • Pensamiento crítico • Comunicación efectiva

- Manejo del conflicto
- Resolución de problemas
- Organización

Tabla 20. Requisitos para cubrir el perfil de Psicólogo o Psicóloga

PSICÓLOGO (A)	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
INSTITUCIÓN	Secretaría de Salud Comisión Estatal contra las Adicciones Institución o instancia proveedora de tratamiento
NOMBRE DEL PUESTO	Psicólogo
PUESTO DEL JEFE INMEDIATO	A decisión de la entidad
PUESTOS SUBORDINADOS	A decisión de la entidad
II. MARCO JURÍDICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Ley General de Salud • Código Nacional de Procedimientos Penales • Ley Nacional de Ejecución Penal • Leyes Estatales, Orgánicas y Reglamentos Internos estatales • Normas Oficiales Mexicanas de la materia 	
III. ÁREAS DE CONOCIMIENTO	
Psicología	Manejo integral de las adicciones
Gestión de instituciones de salud	Medicina Basada en la Evidencia
Investigación clínica	Elaboración de Guías de Práctica Clínica
IV. FUNCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración y diagnóstico de la personalidad de las personas usuarias/participantes, historia familiar y del uso de sustancias. • Evaluación Conductual de las personas usuarias. • Ofrecer métodos de tratamiento atendiendo a la personalidad de cada persona usuaria, basados en el abordaje sistémico y ofrecer tratamiento a la familia de las personas usuarias. • Programar las terapias individuales, grupales, familiares y demás actividades, según necesidades. 	
V. RESPONSABILIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Otorgamiento de estrategias de salud mental, emocional y conductual de las personas usuarias y el tratamiento de las familias de éstas. • Conocimiento sobre la normatividad vigente que aplica a los establecimientos dedicados a la prevención, tratamiento y control de las adicciones. 	
VI. ACTIVIDADES	

- Aplicar entrevista inicial a todas las personas usuarias que ingresan al centro/establecimiento.
- Formular plan de tratamiento y postratamiento en lo relacionado a la salud mental y emocional de las personas usuarias.
- Tener una red de servicios externos para poder referir a las personas usuarias después de su alta. Así como a las familias que requieren terapia.
- Coordinar y dirigir los talleres familiares.
- Solicitar citas individuales con las personas usuarias cuando lo requiera, para mayor evaluación o revisión de evolución.
- Realizar pláticas de orientación familiar.
- Apoyar en las conferencias y paneles públicos de información o servicio del establecimiento.
- Reportar todos sus contactos con las personas usuarias y/o sus familiares, en el expediente único de cada una de las personas usuarias.
- Coordinarse con el coordinador(a) del centro/establecimiento de Atención Residencial en Adicciones, para la programación de terapias grupales, familiares e individuales.
- Participar activamente en el encuentro familiar.
- Aplicación de pruebas psicométricas, atendiendo a las necesidades a evaluar.
- Llevar a cabo la entrevista social y de uso de alcohol y sustancias ilícitas en las personas usuarias asignadas.
- Contribuir a que la evaluación biopsicosocial se lleve a cabo y con base en el tiempo programado.
- Llevar a cabo entrevistas individuales de evolución con las personas usuarias asignadas periódicamente para valorar el progreso en el plan de tratamiento y lo apropiado de éste, o si es necesario proponer su modificación, según se requiera.
- Organizar encuentros familiares en coordinación con trabajo social.
- Reportar todo contacto y/o suceso relacionado con la participación en el programa en el expediente único de las personas usuarias.
- Vigilar que el reglamento interno de la clínica se cumpla.
- Intervenir en las crisis de las personas participantes.
- Impartir terapia según las técnicas del modelo establecido.
- Vigilar que las personas participantes asignadas cumplan las metas individuales, guiándolas y asesorándolas.
- Preparar el plan de cuidado continuo de las personas usuarias asignadas.
- Coordinar los servicios de cuidado continuo, según la lista proporcionada por trabajo social, para cada persona usuaria asignada.
- Elaborar un informe mensual de las actividades realizadas relacionadas con el PJT.
- Elaborar y entregar al Administrador de casos, los reportes e informes requeridos por las autoridades de procuración e impartición de justicia.

VII. REQUISITOS DEL PUESTO

ESCOLARIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Psicología
EXPERIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica clínica en la atención de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo

	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo • Actitud de servicio • Toma de decisiones • Capacidad de gestión • Trabajo con orientación a resultados • Vocación de servicio • Objetividad • Pensamiento crítico • Comunicación efectiva • Manejo del conflicto • Resolución de problemas • Organización
--	--

Tabla 21. Requisitos para cubrir el perfil de Trabajador o Trabajadora Social

TRABAJADOR (A) SOCIAL	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
INSTITUCIÓN	Secretaría de Salud Comisión Estatal contra las Adicciones Institución o instancia proveedora de tratamiento
NOMBRE DEL PUESTO	Trabajador social
PUESTO DEL JEFE INMEDIATO	A decisión de la entidad
PUESTOS SUBORDINADOS	A decisión de la entidad
II. MARCO JURÍDICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Ley General de Salud • Código Nacional de Procedimientos Penales • Ley Nacional de Ejecución Penal • Leyes Estatales, Orgánicas y Reglamentos Internos estatales • Normas Oficiales Mexicanas de la materia 	
III. ÁREAS DE CONOCIMIENTO	
Trabajo Social	Manejo integral de las adicciones
Gestión de instituciones de salud	Medicina Basada en la Evidencia
Investigación clínica	Elaboración de Guías de Práctica Clínica
IV. FUNCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer y colaborar en las actividades de vinculación y coordinación que lleva a cabo el centro o establecimiento con el aspecto social, familiar, laboral y legal de la persona usuaria. • Coordinar las actividades externas del tratamiento. • Dar seguimiento al cumplimiento de las terapias individuales, grupales, familiares y demás actividades, según necesidades. 	

• RESPONSABILIDADES

- Otorgamiento oportuno de información sobre los servicios del centro/establecimiento.
- Promoción de los servicios con diferentes estrategias.
- Realización de estudios socioeconómicos.
- Establecimiento de contactos con familia y redes de apoyo.
- Coordinación de visitas, talleres y encuentros familiares.
- Contacto y coordinación con instancias públicas, privadas y de la sociedad civil.

V. ACTIVIDADES

- Brindar información oportuna a las personas usuarias y familiares sobre los servicios del PJT.
- Llevar a cabo estudios socioeconómicos de las personas usuarias.
- Realizar entrevista con familiares, responsables legales u otras personas responsables para obtener información externa de las personas usuarias, sus actitudes, hábitos de consumo, etc.
- Realizar los procesos de admisión.
- Elaborar los expedientes únicos para los nuevos ingresos.
- Documentar cualquier situación en el expediente de las personas usuarias.
- Contactar familiares para necesidades de las personas usuarias.
- Coordinar y participar en los talleres familiares bajo la responsabilidad del área de psicología.
- Organizar las visitas familiares.
- Organizar sesiones informativas con la comunidad.
- Coordinar con los servicios locales, municipales y otras instituciones.
- Formular una red de servicios a donde referir a los familiares de las personas usuarias para que continúen su tratamiento.
- Formular una red de servicios para referir los problemas coexistentes de las personas usuarias y/o su cuidado continuo.
- Elaborar las actas administrativas y coordinarse con el personal administrativo con el objetivo de capturar la información estadística.
- Dar talleres y charlas informativas y formativas a las personas usuarias.

VI. REQUISITOS DEL PUESTO

ESCOLARIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Trabajo Social
EXPERIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica en la atención de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Liderazgo • Actitud de servicio • Capacidad de análisis y solución de problemas • Comunicación • Capacidad de negociación • Relaciones humanas • Trabajo con orientación a resultados • Vocación de servicio • Objetividad

Tabla 22. Requisitos para cubrir el perfil de Consejero o Consejera en Adicciones

CONSEJERO (A) EN ADICCIONES	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
INSTITUCIÓN	Secretaría de Salud Comisión Estatal contra las Adicciones Institución o instancia proveedora de tratamiento
NOMBRE DEL PUESTO	Consejero en Adicciones
PUESTO DEL JEFE INMEDIATO	A decisión de la entidad
PUESTOS SUBORDINADOS	A decisión de la entidad
II. MARCO JURÍDICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Ley General de Salud • Código Nacional de Procedimientos Penales • Ley Nacional de Ejecución Penal • Leyes Estatales, Orgánicas y Reglamentos Interiores estatales • Normas Oficiales Mexicanas de la materia 	
III. ÁREAS DE CONOCIMIENTO	
Consejería en adicciones	Manejo integral de las adicciones
Intervención en crisis	Consejería
IV. FUNCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> • Participación activa y técnica en la detección, intervención y concientización del usuario en la aceptación del proceso adictivo y tratamiento. • Identificación de factores de riesgo a recaída, durante el tratamiento y previo a su egreso. • Colaborar en la implementación de los factores de protección para lograr una adherencia terapéutica desde la empatía. • Todo lo anterior, bajo los lineamientos éticos que rigen el tratamiento integral de los trastornos por uso de sustancias. 	
V. RESPONSABILIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Otorgamiento oportuno de información sobre los servicios del centro/establecimiento. • Promoción de los servicios con diferentes estrategias. • Apoyo al equipo multidisciplinario para un adecuado apego terapéutico de las personas usuarias con su familia y redes de apoyo. • Elaborar un Plan de Consejería Individualizado de acuerdo al EC0548/Consejería en Adicciones. • Contacto y coordinación con instancias públicas, privadas y de la sociedad civil. 	

VI. ACTIVIDADES

- Brindar la bienvenida e información oportuna a las personas usuarias y familiares sobre los servicios.
- Obtener información a través de entrevista/instrumentos y cuestionarios sobre el nivel de consumo de las personas usuarias.
- Obtener información a través de entrevista/cuestionario para identificar la disposición al cambio de las personas usuarias.
- Aplicar técnicas de la entrevista motivacional para promover el cambio.
- Identificar, a través de la entrevista con la/el usuario, el grado de apoyo familiar y social recibido.
- Informar a la persona Responsable/ Director(a)/ Encargado(a) del establecimiento el ingreso del/la usuaria.
- Informar a el/la usuaria y familia/personas significativas las características de la consejería.
- Elaborar un plan de consejería individual y grupal para la persona usuaria.
- Apoyar en la información sobre las necesidades de atención requerida por el/la usuaria al interior/exterior del establecimiento.
- Brindar consejería individual y grupal a la persona usuaria de acuerdo al EC0548/Consejería en Adicciones.
- En su caso llevar a cabo intervenciones en crisis a las personas usuarias o familiares.
- Coordinar y organizar juntas de grupos de autoayuda, según sea el caso, de acuerdo al Modelo de 12 pasos y 12 Tradiciones.
- Fomentar la red de servicios a donde referir a los familiares de las personas usuarias para que continúen su tratamiento.
- Elaborar los reportes de consejería individual y entregar al médico para su integración al expediente clínico.
- Proponer acciones de consejería para el adecuado seguimiento de las personas usuarias y fortalecer su red de apoyo.

VII. REQUISITOS DEL PUESTO

ESCOLARIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel Básico de preferencia con Certificación en el Estándar de Competencias EC0548/Consejería en Adicciones por CONOCER/SEP.
EXPERIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia de vida en rehabilitación o recuperación de al menos 5 años con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Liderazgo • Actitud de servicio • Capacidad de análisis y solución de problemas • Comunicación asertiva • Capacidad de negociación • Relaciones humanas • Trabajo con orientación a resultados • Vocación de servicio • Objetividad • Pensamiento crítico • Comunicación efectiva • Manejo del conflicto

- Resolución de problemas
- Organización

7.3.3. Capacitación

La capacitación para las personas operadoras sanitarias del PJT deberá ser especializada y complementaria a la formación inicial y a las competencias de ingreso y permanencia que establezcan las instancias sanitarias competentes. Para la operación de la GJT, el plan de capacitación debe estar apegado a las siguientes asignaturas del módulo correspondiente al componente sanitario.

Tabla 23. Plan de estudios para el módulo del Componente Sanitario

MÓDULO		HORAS
1	Guía de Justicia Terapéutica	30
2	Los trastornos por consumo de sustancias (CIE 11)	30
3	Los trastornos mentales asociados a los trastornos por uso de sustancias y las conductas delictivas	30
4	Las conductas delictivas y la reinserción social	20
5	Las prácticas clínicas basadas en la evidencia y el uso de Guías de práctica clínica	10
Total		120

Guía de Justicia Terapéutica Duración: 30 horas.

Contenido

1. Antecedentes de la GJT
 - 1.1 Conceptos generales de derecho procesal penal
 - 1.2 Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal y el Acuerdo Reparatorio
 - 1.3 Suspensión Condicional del Proceso
 - 1.4 Sustitución de la pena en ejecución
2. Objetivos de la GJT (General y específico por área)
3. Componentes de la GJT (jurídico, sanitario, reinserción social)
4. Roles y áreas de competencia de las áreas y personas operadoras
5. Incentivos y medidas disciplinarias
6. Bases de la entrevista motivacional
7. Operación de la GJT dentro de las diferentes figuras procesales
2. Objetivos de la GJT (General y específico por área)
3. Componentes de la GJT (jurídico, sanitario, reinserción social)
4. Roles y competencia de las áreas y personas operadoras
5. Incentivos y sanciones
6. Bases de la entrevista motivacional



7. Operación de la GJT dentro de las diferentes figuras procesales
8. Mecanismos de comunicación del equipo multidisciplinario y entre las diferentes áreas
9. Indicadores, bases de datos y monitoreo
10. Ética y derechos humanos

Los Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas (CIE 11)

Duración: 30 horas.

Contenido

1. Características de los principales trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (CIE-11)
2. Bases Fisiológicas y Fisiopatología de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas
3. Principales daños a la salud asociados a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (comorbilidades médicas)
4. Métodos para la detección temprana de las principales comorbilidades médicas (daño orgánico) asociadas a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas
5. Métodos diagnósticos para las principales comorbilidades médicas (daño orgánico) asociadas a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas
6. Tratamiento integral de las principales comorbilidades médicas (daño orgánico, intoxicación y síndromes tóxicos) asociadas a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas
7. Elección del tratamiento de los principales trastornos mentales en base a la evaluación psicológica, médica y psiquiátrica
8. Servicios de atención estatal para las principales comorbilidades médicas (daño orgánico) asociadas a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas
9. Sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas
10. El uso de clinimetría e instrumentos para la medición de la severidad y evolución de las principales comorbilidades médicas (daño orgánico) asociadas a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas

Los Trastornos Mentales Asociados a los Trastornos por uso de Sustancias Psicoactivas y las Conductas Delictivas

Duración: 30 horas.

Contenido

1. Características de los principales trastornos mentales (CIE 11)
2. Fisiología general del Sistema Nervioso Central y fisiopatología de los principales trastornos mentales
3. Los trastornos mentales y su relación con las conductas delictivas
4. Los principales trastornos mentales (CIE 11)



5. Métodos para la detección temprana de los principales trastornos mentales
6. Métodos diagnósticos para los principales trastornos mentales
7. Tratamiento integral de los principales trastornos mentales
8. Elección del tratamiento de los principales trastornos mentales con base en la evaluación psicológica, médica y psiquiátrica
9. Servicios de atención estatal para los trastornos mentales
10. Sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de los trastornos mentales
11. El uso de clinimetría e instrumentos para la medición de la severidad y evolución de los principales trastornos mentales

La Conducta Delictiva y la Reinserción Social

Duración: 20 horas.

Contenido

1. Mecanismos para la evaluación de los factores y necesidades criminógenas
2. Personalidad antisocial y disocial (Revisar CIE 11)
3. Mecanismos para la evaluación de riesgo
4. Comunidades como factor de riesgo o protección
5. Características de la reinserción social
6. Equipos de trabajo multidisciplinarios
7. Principios de la reinserción social y los programas de derivación
8. Análisis de programas de reinserción social, internacionales y nacionales
9. Vinculación Interinstitucional
10. Objetivos e indicadores de la evolución (cualitativos y cuantitativos)
11. Estudios de investigación en materia de reinserción social de personas con consumo de sustancias psicoactivas en conflicto con la ley

Las prácticas clínicas basadas en la evidencia y el uso de Guías de Práctica Clínica

Duración: 10 horas.

Contenido

1. Principios de la Medicina Basada en la Evidencia
2. Tipos de documentos que conforman la evidencia científica
 - 1.2 Guías de Práctica Clínica
 - 1.3 Revisiones sistemáticas
 - 1.4 Ensayos clínicos aleatorizados
 - 1.5 Estudios observacionales
3. Graduación de la evidencia científica
4. Factores específicos y no específicos
5. Aplicación de los principios de la Medicina Basada en la Evidencia en el manejo de los trastornos mentales (énfasis en trastornos por uso de sustancias psicoactivas).

7.4 Recursos Materiales

7.4.1 Infraestructura

De conformidad con la NOM-005-SSA3-2010. Los requerimientos mínimos para la atención son los siguientes:

7.4.2 Generalidades

Todo establecimiento de atención médica para pacientes ambulatorios a que se refiere esta norma deberá:

- Presentar aviso de funcionamiento a la Secretaría de Salud dentro de los diez días posteriores al inicio de operaciones con las especificaciones que se señalan en la normatividad vigente.
- Contar con un Responsable Sanitario, de acuerdo con las disposiciones vigentes en la materia.
- Contar con las facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades médicas propias del establecimiento, de acuerdo con su denominación y oferta de servicios; además de contar con un área, sala o local apropiado para la espera de pacientes y personas usuarias, así como la disponibilidad de servicios sanitarios, de conformidad con lo que señala la NOM-016-SSA3-2012 referida en el numeral 3.4. de esta norma.
- Los establecimientos para la atención de pacientes ambulatorias deberán llevar a cabo acciones para el control o erradicación de fauna nociva, al menos una vez al año; por lo que deberán presentar el comprobante de fumigación correspondiente, otorgado por un establecimiento autorizado.

7.4.3 Especificaciones

A. Consultorio de medicina general o familiar:

- Deberá contar al menos con dos áreas: una para el interrogatorio con los pacientes y su acompañante y otra para la exploración física, delimitada con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente.
- Las áreas de interrogatorio y de exploración de un consultorio de medicina general o familiar pueden estar contiguas o separadas; cualquiera que sea el caso, la superficie total de estas dos áreas deberá contener el mobiliario y equipamiento que se menciona en el Apéndice Normativo "A" (véase NOM-005-SSA3-2010 más abajo) y contar con los espacios necesarios para las actividades del personal, de los pacientes y quienes los acompañen.
- En aquellos consultorios en donde se realicen actividades docentes, se deberán considerar espacios suficientes para la permanencia del personal en formación, de tal forma que no interfiera la circulación ágil y segura del personal.

- Deberá tener un lavabo con jabón y toallas desechables, ubicado en el área de exploración física.
- Si el consultorio no está ligado físicamente a una unidad hospitalaria, clínica o sanatorio, deberá contar con un botiquín de urgencias, cuyo contenido se establece en el Apéndice Normativo "H".
- En el caso de un conjunto de consultorios que estén interrelacionados en una misma planta o nivel, será suficiente que exista un solo botiquín de urgencias que se encuentre accesible para todos ellos.
- Contar con un área, espacio o mueble que permita guardar y disponer de los expedientes clínicos en todo momento, cumpliendo con los requisitos que establece la Norma Oficial Mexicana la NOM 3.2.

Consultorio de psicología

- Deberá contar con espacio y mobiliario suficiente y adecuado para la entrevista, así como para la intervención psicoterapéutica.
- Contar con el mobiliario descrito en el Apéndice Normativo "C" (véase NOM-005-SSA3-2010 más abajo).

Establecimientos residenciales

- Deberán contar con todo lo anterior y además lo establecido en la NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en su apartado de Infraestructura y la Certificación en dicha norma.
- Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones, de acuerdo con el tipo de modelo de atención que brinden.
- Instalaciones específicas necesarias para dar atención a las personas usuarias, estableciendo perfectamente la división de acuerdo con su edad y sexo.
 - Niños/as
 - Adolescentes
 - Adultos/as
 - Personas Adultas Mayores
 - Personas con capacidades diferentes

B. Establecimientos profesionales con hospital que brinden atención de urgencias

- Además de lo anterior, deberá contar con lo señalado en la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

I) Central de enfermeras (os)

- El área de trabajo de enfermería deberá estar libre de fuentes de contaminación y dispondrá del mobiliario para guardar medicamentos,

soluciones y material de curación que se utilice para el desarrollo del Programa.

II) Hospitalización de adultos

- Este servicio requiere contar como mínimo: una central de enfermería, una sala de curaciones, sanitarios para personal y oficina de trabajo médico.
- Las áreas de hospitalización colectiva deberán contar con elementos divisorios fabricados con material antibacteriano, impermeable y de fácil limpieza que permitan la separación de cada cama, a fin de favorecer la privacidad y el respeto a la intimidad del paciente, durante las actividades de atención médica (diagnóstico, tratamiento terapéutico o de rehabilitación) que lleva a cabo el personal del área de salud.
- El área de hospitalización colectiva deberá disponer de un sanitario y una regadera por cada seis camas de hospitalización.

III) Servicio de urgencias

- El servicio de urgencias deberá cumplir con las características siguientes, además de cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana (NOM-206-SSA1-2002), referida en el numeral 3.14 de esta norma:
- Módulo de recepción y control, ubicado de tal forma que pueda ser fácilmente identificado por las personas usuarias para favorecer la recepción inmediata de quien ingresará.
- Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención, ubicados con acceso directo desde la sala de espera, el módulo de recepción y control, mismos que deberán contar como mínimo, con un área para entrevista y otra para exploración. El número de estos consultorios o cubículos debe estar en correspondencia con la demanda del servicio.
- Área de observación con cubículos de atención, los cuales deberán tener las características siguientes:
 - Contar con elementos divisorios fabricados con material antibacteriano, impermeable, de fácil limpieza, que aislen y protejan la privacidad y respeto a la intimidad de los pacientes.
 - Disponer de una toma fija por cama para el suministro de oxígeno, una toma fija de aire comprimido por cada dos camas, así como de una toma fija de aspiración controlada, pudiendo ser ésta última por medio de equipos portátiles.
- En su caso, sala o cuarto de choque; Apéndice Q (Normativo) Servicio de urgencias.

7.4.4 Equipamiento

La infraestructura y equipamiento de estos establecimientos del Sistema Nacional de Salud debe estar en relación directa con el tipo de servicios que se ofrecen y el



personal profesional, técnico y auxiliar del área, deberá contar con los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para que éstos sean utilizados de manera adecuada, segura y eficiente.

En este sentido se cuenta con dos normas oficiales que constituyen una plataforma que permite, a partir de lo mínimo, el mejoramiento gradual de los establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, a través de la incorporación y sustitución de mobiliario, equipos e instrumentos similares o equivalentes; y en su caso, por tecnología superior y de punta en las diversas áreas y servicios de la medicina.

7.5 Instrumentos Operativos

7.5.1 Manual de Actuación Sanitaria *(Consultar Anexo 6)*

Características Generales de la Actuación Sanitaria

Como se ha mencionado previamente, la GJT tiene dentro de sus principales objetivos la reinserción social de personas que presentan trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, mediante la atención a las adicciones como uno de los factores que favorecen la reincidencia delictiva. Con base en lo anterior, es importante recalcar que no sólo se debe de abordar el consumo de alcohol, drogas ilegales y medicamentos con potencial adictivo, sino también otros padecimientos asociados y los diferentes tipos de necesidades (académicas, laborales, sociales, etc.). Gran parte de los padecimientos y necesidades que presentan las personas dentro del PJT requieren intervenciones tanto del área sanitaria (detección temprana, diagnóstico, tratamiento y referencia hacia las instancias indicadas para la atención integral de cada caso) como una área.

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 basados en evidencia destacan los incluidos en las siguientes tablas:

Tabla 24. Principios para las prácticas

PRINCIPIOS DE LAS PRÁCTICAS BASADAS EN EVIDENCIA (Little, Robinson, Burnette y Swan, 2011).	
1.	Evaluar necesidades y riesgos
2.	Mejorar la motivación al cambio
3.	Intervenciones diferenciadas
4.	Utilizar métodos cognitivo-conductuales para el desarrollo de habilidades
5.	Usar reforzamientos positivos
6.	Proveer soporte de la comunidad
7.	Medición de resultados
8.	Retroalimentación para personas ofensoras y operadoras de los programas
PRINCIPIOS DE LAS MEJORES PRÁCTICAS EN LOS PROGRAMAS DE DERIVACIÓN (Bull, 2005)	
1.	Todas las personas involucradas 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 todas las personas candidatas que cumplen criterios de elegibilidad, la accesibilidad se ve limitada cuando las necesidades de quienes serán participantes son amplias o cuando geográficamente los servicios son escasos incluyendo una perspectiva de género.
4.	Las intervenciones dentro del Programa no deben de ser más intrusivas que el sistema de justicia tradicional, deben de respetar los derechos de las personas participantes y ser otorgadas voluntariamente y 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.	Todas las personas involucradas 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 que 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 mismos.
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 las personas participantes hasta la evaluación del Programa.

Con base en los principios descritos previamente, cobra particular importancia el papel del componente sanitario en este tipo de programas. Sus intervenciones están estrechamente vinculadas con acciones que van desde la selección de las personas participantes, el abordaje de los padecimientos y necesidades vinculadas con la comisión de actos delictivos hasta la evaluación del seguimiento de las mismas. De principio a fin, el papel del componente sanitario realiza una vinculación con el sistema de justicia y con las instituciones dedicadas a la reinserción social.

Las intervenciones sanitarias inician con la Evaluación de Diagnóstico Confirmatorio, mismas que generan la clasificación diagnóstica de cada caso. Esto se fundamenta en criterios internacionales de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su undécima edición (Abreviada como: CIE-11; actualmente en versión Borrador Beta) para los denominados Trastornos Debidos al Uso de Sustancias (incluidos en el apartado de Trastornos Mentales y del Comportamiento).

De acuerdo con esta clasificación diagnóstica y atendiendo a los estándares internacionales vigentes para la atención de cada una de estas categorías, el personal profesional del centro de tratamiento (Centro Coordinador de Casos, CCC), determinará en cada caso, la pertinencia de su ingreso al PJT; atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios sanitarios de inclusión y de exclusión

Desde al ámbito sanitario se deberán cumplir con los siguientes criterios para la inclusión al PJT:

1. Que la persona imputada cumpla con los criterios clínicos para el trastorno por uso de sustancias psicoactivas, excepto tabaco y caféina.
2. Que el trastorno por uso de sustancias psicoactivas se identifique como un factor de riesgo para la comisión o reincidencia de un delito.

Para tal efecto se presentan los siguientes conceptos operativos:

Criterios Clínicos: Son los signos y síntomas comunes y pertinentes de la enfermedad que, individualmente o juntos, configuran un cuadro clínico claro o

indicativo de la misma. Los criterios clínicos ofrecen el patrón general de la enfermedad y no necesariamente indican todas las características necesarias para cada diagnóstico clínico.

Factores de Riesgo: Son aquellas condiciones sociales, económicas biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para desarrollar un problema o una enfermedad específica. Referidos al consumo de drogas, son aquellas condiciones individuales, sociales o ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o que llegue a causar problemas importantes.

Trastorno debido al uso de sustancias psicoactivas: Término genérico utilizado para referirse a las enfermedades mentales, físicas y del comportamiento que tienen importancia clínica y se asocian al consumo de sustancias psicoactivas. Como criterio de exclusión se entenderá el siguiente:

1. Que presente una enfermedad médica o neuropsiquiátrica que limite su participación en las actividades terapéuticas del Programa de Justicia Terapéutica.

Es importante señalar que estos criterios deben ser acreditados por un profesional de la salud. La evaluación clínica debe ser exhaustiva, situada en el contexto de cada individuo y abordándola desde una dimensión multidisciplinaria, a fin de poder establecer las áreas a intervenir y lograr la adaptación de la persona al Programa.

Historia Clínica Adictológica-Integral

Posterior a cumplir con los criterios de elegibilidad sanitaria para su ingreso al PJT y tras realizar la Evaluación de Diagnóstico Confirmatorio se realizarán las evaluaciones: Adictológica Especializada, Médico-Toxicológica, Psiquiátrica y sociocomunitaria, las cuales integrarán la Historia Clínica Adictológica Integral. Como resultado de estas evaluaciones, el personal encargado de coordinar los servicios de atención sanitaria dentro de los Centros Coordinadores de Casos, apoyado de las personas especialistas de otras instancias dentro de la red de servicios de salud involucradas, desarrollará el Plan de Tratamiento y determinará la necesidad de realizar la referencia del caso a las instancias que cumplan con las necesidades de atención del paciente.

Es así como las personas participantes pueden ser atendidos entre diferentes instituciones de forma conjunta (ejemplo: tratamiento para diabetes mellitus en centro de salud, trastorno depresivo mayor en centro de salud mental y trastornos por uso de sustancias psicoactivas en CAPA o algún otro centro de tratamiento). Lo anterior considerando siempre otorgar tratamiento para los diferentes padecimientos en el menor número posible de instituciones con la finalidad de no complicar logística y económicamente el tratamiento integral de quienes participan.

Esquema 5. Tratamiento integral a través de historia clínica



Áreas de evaluación dirigidas a establecer un diagnóstico integral, que conforman la Historia Clínica Adictológica Integral, que incluyen las principales comorbilidades así como otros factores de riesgo asociado a la reincidencia colectiva

Fuente: Elaboración propia

En caso de que la persona participante requiera atención para la intoxicación o síndrome de abstinencia en medio hospitalario, puede ser referido al servicio correspondiente, solicitando la contra-referencia del mismo para continuar su tratamiento en el Centro Coordinador de Casos (CCC). De igual forma, quien participa podría recibir atención de diferentes instituciones de salud, dirigidas a la atención de sus múltiples padecimientos y en coordinación con el Administrador de Casos, ubicado en el CCC.

Resulta útil tener en cuenta que mientras más integral y exhaustivo sea el estudio de las necesidades clínicas y psicosociales dentro del ejercicio del diagnóstico integral, más se favorece una adecuada ubicación de las personas usuarias en los entornos de tratamiento apropiados para cada caso, y por tanto, se contribuye a la probabilidad de éxito del proceso de atención / tratamiento dentro del PJT. Es así que, adicionalmente a las evaluaciones clínicas rutinarias, es indispensable incluir la identificación y abordaje de conductas que puedan incrementar la probabilidad de la reincidencia delictiva.

Las prácticas efectivas en rehabilitación y reinserción buscan reducir las probabilidades de reincidencia. Por ello es necesario conocer los factores que incrementan esta probabilidad, así como aquéllos que la disminuyen (OEA s/f:100).

Una de las variables que se considera para la efectividad de un programa de reinserción social es impactar en la reincidencia delictiva, es decir, disminuyéndola. Por ello, es importante el estudio de dos tipos de factores asociados a ella: factores estáticos y factores dinámicos.

Variables

- Factores que incrementan la probabilidad de que se cometa nuevamente un delito (Factores que aumenten el pronóstico de una reincidencia en la comisión de un delito).
- Factores que disminuyen la probabilidad de que se cometa nuevamente un delito (Factores que aumentan el pronóstico de que no se presente una reincidencia en la comisión de un delito).

Las evaluaciones de las necesidades criminógenas de la población penal deben realizarse usando procedimientos validados. Las necesidades criminógenas en la población objetivo, identificadas adecuadamente, pueden ser abordadas a través de la intervención. Para lograr lo anterior, es importante entender a las necesidades criminógenas como “factores de riesgo que se relacionan directamente con el involucramiento de una persona en actividades delictivas, pudiendo ser estáticas o dinámicas” (Morales, Welsch, Cárcamo, Aguilar y Sosa 2015, 19).

Ahora bien, incorporar las necesidades criminógenas en las intervenciones, dependerá de la investigación nacional e internacional que señale a aquellos factores que están vinculados con dicha actividad delictiva. Para ello se debe contar con instrumentos estandarizados de evaluación de necesidades criminógenas y de riesgo de reincidencia delictiva.

Variables

- Evaluar las características de las personas participantes (ejemplo: conductas de riesgo, enfermedades mentales, adicciones, etc.), utilizando algún instrumento (test, prueba psicológica, cuestionario, etc.).

Plan de Tratamiento

La evaluación multidisciplinaria desde las diferentes áreas: biológica, psicológica y social se integrará en la Historia Clínica Adictológica Integral; misma que será la base para el diseño de un Plan de Tratamiento Individualizado que cuente con objetivos e indicadores bien definidos para realizar un seguimiento de la evolución.

Siempre será preferible la modalidad de tratamiento (contexto terapéutico) menos restrictiva posible, siendo uno de los principales factores para determinarlo, la sustancia de impacto. El tipo de sustancia psicoactiva podría determinar los riesgos médicos asociados con el consumo crónico de esta, la intoxicación y el síndrome de abstinencia.

La elección del contexto terapéutico debe contemplar los siguientes aspectos:

- Capacidad de la persona participante para cooperar y beneficiarse del tratamiento ofrecido.
- Posibilidad para el autocuidado.

- Factibilidad para abstenerse del consumo de sustancias psicoactivas.
- Viabilidad para evitar conductas de alto riesgo.
- Necesidad de tener una estructura, apoyo y supervisión.
- Entorno social (que puede ser de ayuda versus de alto riesgo).
- Historia de respuesta en entornos específicos.
- Necesidad de recibir tratamientos concretos o una intensidad de tratamiento específica que podría estar disponible sólo en algunos contextos.
- Necesidad de recibir tratamientos específicos para enfermedades médicas generales o psiquiátricas coexistentes.
- Capacidad para llegar a un contexto terapéutico concreto.
- Preferencia por un contexto terapéutico concreto.

Dentro de las principales consideraciones para la hospitalización, destacan:

- Presentar una sobredosis de una sustancia psicoactiva que no puede ser tratada con seguridad en régimen ambulatorio o en una unidad de urgencias (inestabilidad o toxicidad cardíaca y/o niveles de conciencia decrecientes).
- Correr el riesgo de presentar síndromes de abstinencia graves o médicamente complicados (dependencia de sustancias múltiples, antecedentes o signos actuales de *delirium tremens*), así como el no poder recibir evaluación médica, monitorización y tratamiento necesarios en un contexto menos intensivo.
- Presentar otras enfermedades médicas generales coexistentes (cardiopatía grave) que comprometen la seguridad de la desintoxicación ambulatoria.
- Tener antecedentes documentados de no comprometerse o beneficiarse del tratamiento en un contexto menos intensivo (modalidad de tratamiento ambulatorio).
- Presentar un nivel de comorbilidad psiquiátrica que deterioraría de forma notable su capacidad para participar en el tratamiento o presentan un trastorno coexistente que por sí mismo requeriría cuidados a nivel hospitalario (depresión con ideación suicida o psicosis aguda).
- Manifestar consumo de sustancias psicoactivas u otras conductas que les convierten en un peligro agudo para sí o para los demás.

La elección del tipo de intervenciones, su frecuencia y duración, deberán de estar sustentadas en las Guías de Práctica Clínica, Manuales de Tratamiento o Protocolos de Atención anexos a este documento. Los Centros Coordinadores de Casos, como principales proveedores de servicios de tratamiento dentro del PJT y coordinadores de los servicios de atención integral, otorgarán atención con base en sus programas de atención vigentes.

Cédula para la Evaluación de Evolución y Seguimiento del Tratamiento (Consultar Anexo 7)

Para consolidar mecanismos efectivos que den seguimiento de la evolución clínica de las personas participantes, se utilizará la Cédula para la Evaluación de Evolución



y Seguimiento, misma que se adaptará a los indicadores determinados en cada caso. El seguimiento de la evolución de las personas participantes se realizará mediante instrumentos que permitan una medición más objetiva y sistematizada, lo cual permitirá identificar los casos de buena evolución, de los que no han mostrado cambios positivos; y servirán como indicadores para identificar la necesidad de modificar el plan de tratamiento o cambiar de fase dentro del Programa. Como parte de los indicadores integrados en la Cédula para la Evaluación de Evolución y Seguimiento, se harán pruebas para la detección de sustancias psicoactivas en orina de forma aleatoria durante todas las fases del Programa.

La particular selección de sustancias psicoactivas a investigar y la frecuencia de la realización del rastreo aleatorio, dependerá de las características clínicas de cada caso en particular, pero sin dejar de observar las condiciones mínimas necesarias para que este procedimiento y el Programa puedan mantener una suficiente efectividad.

No debe perderse de vista que la lectura o interpretación de los resultados de estas pruebas, así como su uso dentro del Programa de atención/tratamiento de los usuarios, demanda un conocimiento considerable, que debe poder desplegarse de forma sistemática. Resulta evidente que este componente del Programa deberá ser incluido en todos aquellos esfuerzos de capacitación que se realicen para su implementación.

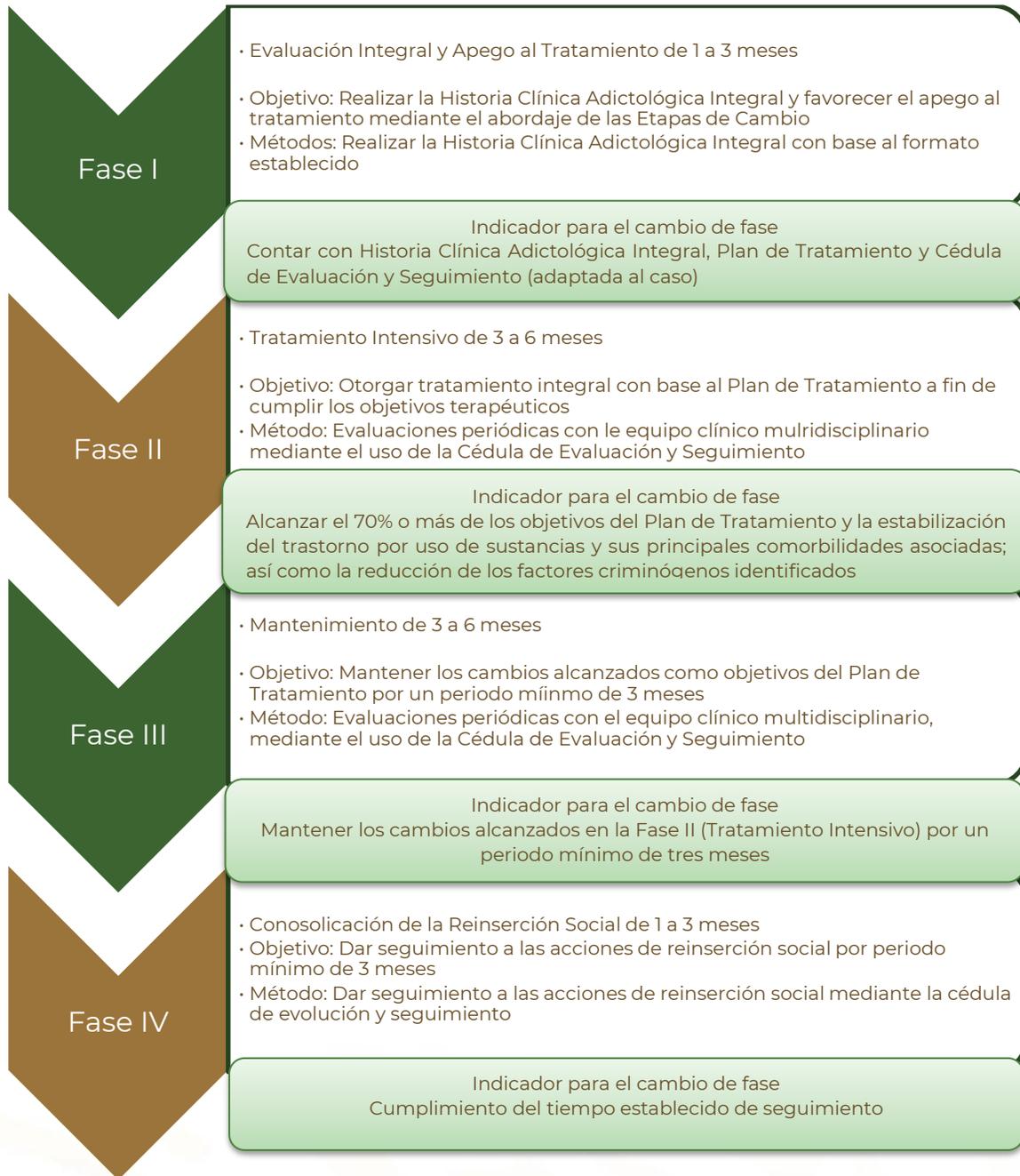
Finalmente, también la autoridad de procuración e impartición de justicia podría instruir a la realización de alguna prueba, como parte de un procedimiento judicial en curso. Es decir, lógicamente, no sólo la autoridad sanitaria tiene la facultad de solicitar la realización de pruebas de detección de sustancias psicoactivas, sino que también las autoridades de procuración e impartición de justicia y de reinserción.

Fases del Tratamiento del Programa de Justicia Terapéutica

Para fines de sincronizar el proceso de seguimiento jurídico y el plan de tratamiento se han determinado cuatro fases dentro del PJT. Las fases del tratamiento pueden variar en su duración dependiendo de las características de la persona participante, tomando en cuenta la Historia Clínica Adictológica Integral y el Plan de Tratamiento.

Se sugiere que para aquéllas personas con una mayor severidad del trastorno por uso de sustancias (dependencia/ síndrome de abstinencia), el periodo será de entre 12 y 18 meses de tratamiento; , aunque en algunas ocasiones se puede extender más tiempo, tomando en consideración que no necesariamente la alta terapéutica debe coincidir con el término del procedimiento judicial, ello con el doble objetivo de no contrariar la ley y asegurar el acceso al sistema de salud al usuario, permitiéndole continuar con su proceso de rehabilitación, que va a ser la garantía de su reintegración social, la cual principia desde el primer momento que se incorpora al programa. Mientras que, para aquéllas con consumo perjudicial, el periodo se reducirá de seis o hasta 12 meses, en el mismo sentido que en el anterior se podrá ampliar.

Esquema 6. Componente sanitario: Fases de tratamiento



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo al esquema mencionado con antelación, la reinserción social puede (y, a veces, debe) trabajarse incluso paralelo al tratamiento, no es una fase que deba incorporarse necesariamente al final del Programa. La determinación de la duración de las fases de tratamiento se llevará a cabo teniendo en todo momento, una plena



consideración de los tiempos que deriven del proceso jurídico, ya que estos serán los que impongan su curso formal al flujo del PJT.

Asimismo, se entiende que los tiempos sanitarios y judiciales pueden desincronizarse, sin que ello obre en contra del avance y la conducción del Programa hasta la conclusión en ambos componentes. A lo largo del desarrollo del Programa se generará un seguimiento jurídico que estará integrado multidisciplinariamente y constituido en la figura del equipo del Programa o Equipo Multidisciplinario.

Esta unidad de coordinación interinstitucional, en todo momento tendrá una participación de gran valor, por lo que el representante del Centro Coordinador de Casos (Gestor de Casos) dada su responsabilidad y encargo, deberá informar oportunamente al Equipo Multidisciplinario y al Juez sobre los diagnósticos, intervenciones terapéuticas e instituciones que participan en el tratamiento integral (de los diferentes padecimientos) de las personas participantes. Adicionalmente, el Gestor de Casos desempeñará el papel de gestor de servicios, integrando información de las diferentes instituciones que brindan atención clínica y facilitando la coordinación entre los diferentes servicios de salud.

El Gestor de Casos mantendrá actualizado al Equipo multidisciplinario y al Juez respecto de la asistencia del paciente a las citas concertadas con el personal a cargo de la atención/tratamiento. Asimismo, dará información sobre el cumplimiento de las obligaciones de la persona usuaria del Programa desde el punto de vista sanitario (ejemplo: cooperación y apego al tratamiento y resultados de las pruebas de detección de drogas en orina, entre otras). También realizará los reportes continuos de la evolución clínica de la persona participante en cuestiones de trastornos debido al uso de sustancias psicoactivas y los otros padecimientos coexistentes que pudieran interferir en el logro de las metas del Programa. Cuando resulte pertinente, y apoyado en los diferentes especialistas a cargo del tratamiento integral de quien participe en las diferentes instituciones, propondrá alguna modificación o ajuste al Plan de Tratamiento, incluyendo la derivación a otros servicios de salud.

Centro Coordinador de Casos: CAPA Central, UNEMES-CAPA, CENTRA u otros Centros de Atención

Uno de los esfuerzos institucionales que se han estimado necesarios y útiles para la implementación operativa y la expansión del PJT en el país ha sido la constitución de la figura del Centro Coordinador de Casos (CCC).

Estos establecimientos serán parte de la Red Nacional de Atención y Tratamiento, operarán con los modelos generales de los mismos y contarán con la adición de la figura del personal médico. Lo que fortalecerá el desarrollo de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas y las principales comorbilidades psiquiátricas y médicas no psiquiátricas, conforme a las competencias y características del CAPA Central, UNEMES-CAPA, CENTRA u otros Centros de Atención en cada entidad federativa.

Adicionalmente, la detección de los padecimientos que requieran un abordaje en otro nivel de atención o tipo de institución, serán referidos a la instancia correspondiente dentro de la red nacional y estatal de servicios de salud.

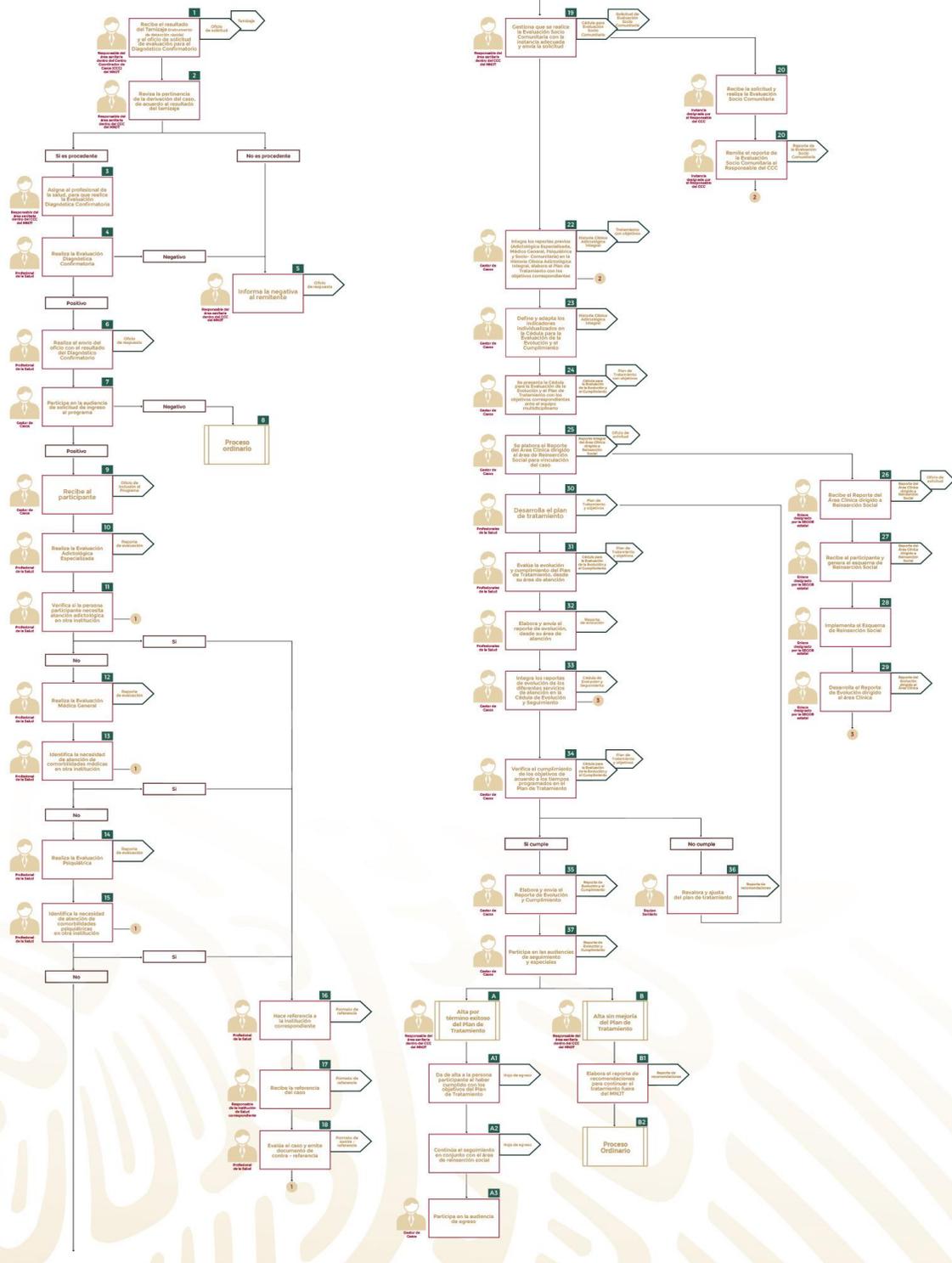
Los CCC tendrán la capacidad de ser un núcleo operativo dentro de la Guía, ya que desarrollarán las siguientes funciones críticas:

1. Realizar la detección, y en su caso, el diagnóstico confirmatorio del trastorno por uso de sustancias psicoactivas, incluyendo estados de intoxicación y síndrome de abstinencia.
2. Realizar la detección de posibles casos, y de ser posible el diagnóstico, de otros trastornos mentales y enfermedades médicas no psiquiátricas coexistentes que pudieran afectar la evolución del trastorno por uso de sustancias psicoactivas.
3. Elaborar, desarrollar y supervisar un plan de tratamiento, así como, definir los indicadores que se utilizarán para evaluar la evolución clínica de los diferentes padecimientos y el nivel de cumplimiento de las personas participantes.
4. Cuando sea necesario, realizar la referencia del caso y mantener comunicación con las otras instituciones que aporten intervenciones terapéuticas, mediante un adecuado sistema de referencia y contra-referencia.
5. Dar seguimiento al caso, evaluar la evolución de éste e informar al equipo multidisciplinario y la autoridad judicial sobre la evolución clínica y el cumplimiento de las intervenciones prescritas a la participante. Lo anterior se llevará a cabo mediante la participación en las audiencias de seguimiento y especiales.
6. Generar la Historia Clínica Adictológica Integral, mediante la integración de la información proveniente de las diferentes evaluaciones clínicas. Así como, mantener debidamente la actualización y resguardo del expediente clínico de cada participante. Lo anterior conforme a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

Para que las intervenciones terapéuticas sean efectivas, es necesaria una buena coordinación entre el personal del sistema de salud, del sistema de impartición y procuración de justicia y de reinserción. Las personas operadoras del PJT, en sus diferentes áreas, deben implementar adecuados mecanismos de comunicación y definir una agenda conjunta de actividades dentro del marco del desarrollo de la GJT.

7.5.2 Flujo del Protocolo Sanitario de la Guía de Justicia Terapéutica *(Consultar Anexo 8)*

PROTOCOLO SANITARIO DE LA GUÍA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA





Fundamento Jurídico de la Referencia y Contrarreferencia en el Sistema Nacional de Salud y la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Adicciones

El Derecho a la Salud es un derecho fundamental que se encuentra establecido en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que hace que también se encuentre reglamentado en la Ley General de Salud. En dicha ley se establece que los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Dado que el Sistema Nacional de Salud está compuesto por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y por las personas morales o físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, la coordinación de dicho sistema corresponde a la Secretaría de Salud.

A través del Sistema Nacional de Salud se realizan acciones en beneficio de las personas y de la sociedad, con el objetivo de proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. En este entendido, para la organización y administración de los servicios de salud, existen criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

Es así que, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas establecen los procedimientos que regulan el acceso a los servicios públicos y a los servicios sociales y privados, incluyendo los procedimientos de orientación y asesoría a las personas usuarias sobre el uso de los servicios de salud que requieran para su situación médica particular. Cabe mencionar que, para dar cumplimiento a sus obligaciones, la Ley General de Salud faculta a aquellas personas que prestan servicios de salud para apoyarse en Guías de Práctica Clínica y a las normas oficiales mexicanas.

Los sistemas de referencia y contrarreferencia cobran una mayor importancia ya que cumplen, con el enfoque del Derecho Humano a la Salud, garantizando la continuidad de la atención a pacientes. Esto significa una mejora en la calidad de atención y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud al articular todos sus servicios de atención en un enfoque de red, favoreciendo así el uso eficiente de los recursos humanos, financieros y materiales.

En este sentido, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud (ordenamiento que tiene por objeto servir, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica), establece que los criterios de distribución del universo de personas usuarias y de cobertura deberán considerar, entre otros factores, la población abierta, la población que goza de la seguridad social, la capacidad instalada del sector salud, así como las normas oficiales mexicanas emitidas por la Secretaría de Salud.

En materia de adicciones, la Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, es el ordenamiento legal que establece los procedimientos y criterios obligatorios para la atención integral de las adicciones. Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para quienes prestan servicios en el Sistema Nacional de Salud y para los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones.

Esta Norma Oficial establece que, cuando los recursos del establecimiento no permitan la atención del problema del usuario, se deberá remitir a otro establecimiento en el que se asegure su atención; situación para la cual, también establece la obligación de contar con una Guía operativa de referencia y contrarreferencia a otros establecimientos de mayor complejidad, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente.

Estas canalizaciones deberán ser conforme a las necesidades del paciente, por lo que podrán ser aplicables en el tratamiento especializado en adicciones residencial y no residencial.

Por su parte, el Manual de Referencia y Contrarreferencia de pacientes, es un instrumento elaborado por la Secretaría de Salud, con la participación de las instituciones del Sector que atienden a población abierta, con el propósito de que en sus tres niveles de atención se cuente con un documento normativo que facilite la atención de los pacientes que acuden a solicitar servicios.

Marco Jurídico de la Referencia y Contrarreferencia

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.
- Ley General de Salud, Artículos 3, 7, 9, 10, 12, 13 Sección B Fracción I, 23, 24, 26, 32, 33, 53 y 54.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículo 4, 13, 14, 15, 16, 28, 46.
- Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
 - Apartado 5: Generalidades en sus numerales 5.2.1.5
 - Apartado 8: Referencia de Usuarios
 - Apartado 9: Tratamiento
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico 4.8 Referencia-contrarreferencia.

Ética, Confidencialidad y Secreto Profesional

Para la correcta conducta y conducción de los diferentes actores en la operación del presente Programa se deberán someter al Código de Conducta de la Secretaría de Salud (Anexo XIII) que engloba el Código de Ética de los servidores públicos del gobierno federal y valores de la Secretaría de Salud. Asimismo, con el objetivo de



resolver los conflictos de naturaleza ética en la prestación de los diferentes servicios de salud, los profesionales involucrados en el Programa (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, personal que complementa el equipo de salud) deberán observar lo establecido en los diferentes códigos de ética, conforme a su profesión (Anexos XIV a XVII), respecto a los límites del secreto profesional y ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Expediente Clínico y Manejo de la Información

La NOM-004-SSA3-2012 establece que el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales del paciente que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico. Esta norma es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

Para la adecuada aplicación y observancia de esta norma, todo el personal profesional y técnico que opere este Programa Nacional deberá acatar lo establecido en el numeral 5. Generalidades, y entre las que se destacan los siguientes puntos:

- Las personas prestadoras de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico; los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.
- Todo expediente clínico deberá tener los siguientes datos generales:
 - Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
 - En su caso, la razón y denominación social del/la propietaria o concesionario.
 - Nombre, sexo, edad y domicilio del/la paciente.
 - Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.
- Los médicos, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.



- Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o de la persona prestadora de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente, en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.
- Por lo anterior y por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.
- Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente:
 - Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.
 - Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.
- Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, tutor, representante legal o un médico debidamente autorizado.
- Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del/la paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.
- Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; éstas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.
- Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.



- Las personas prestadoras de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.
- El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en este documento, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 antes referidos. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.
- Para el caso de los expedientes de atención psicológica, de nutriología o similares que se integren en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, tanto la historia clínica como las notas de evolución, se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.
- Además de los documentos especificados en esta norma como obligatorios, se podrá contar con: cubierta o carpeta, hoja frontal, en su caso notas de trabajo social, nutrición, ficha laboral y los que se consideren necesarios para complementar la información sobre la atención del paciente.
- Deberán además observarse todos los numerales relacionados a la correcta elaboración e integración de:
 - Historia clínica
 - Nota de evolución
 - Nota de interconsulta
 - Nota de referencia/traslado
 - Notas médicas de urgencias
 - Notas médicas de hospitalización
 - Reportes de personal profesional y técnico
 - Hoja de enfermería
 - Otros documentos
 - Consentimiento informado
 - Hoja de notificación a los órganos de procuración de justicia

COMPONENTE DE REINSERCIÓN SOCIAL



8. Componente de Reinserción Social

La reinserción social en México, consagrada en el artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ha sufrido diversos cambios normativos trascendentales. En la Constitución Política de 1917 la evolución de reinserción social inició bajo una óptica de “regeneración”. Se consideraba a las personas en conflicto con la ley como *degeneradas* y, por lo tanto, su regeneración se podría alcanzar a través del trabajo.

En 1965 y hasta el año de 2008 el precepto legal constitucional habla de “readaptación social del delincuente”, este concepto pretendía readaptar a las personas en conflicto con la ley mediante un proceso progresivo a través del trabajo, la capacitación para el mismo y la educación.

En 2008 surge el modelo de “reinserción social”, que representa no solo el fin último de la pena privativa de la libertad si no un derecho humano relacionado con la dignidad, la integridad y el libre desarrollo de la personalidad, en donde los ejes rectores de la reinserción social son el trabajo, la capacitación para el trabajo, la educación y el deporte.

Ante la evolución del propio Sistema Penitenciario, la “reinserción social” ha sido interpretada de diversas formas: “reintegración social”, “readaptación”, “integración social”, “inserción social” y “rehabilitación”¹⁴, entre otras.

A raíz de la gran cantidad de denominaciones relacionadas con la reinserción, el Congreso de la Unión determinó la necesidad de expedir una disposición de carácter nacional que ayudara a homologar los preceptos aplicables a fin de evitar una disparidad normativa y con ello observar de manera concreta resultados y objetivos. De esta forma, el 16 de junio de 2016, se publicó la LNEP¹⁵; misma que entre sus objetivos está el regular los medios para lograr la reinserción social, entendiendo esta última como la *“restitución del pleno ejercicio de las libertades tras el cumplimiento de una sanción o medida ejecutada con respeto a los derechos humanos”* (LNEP, 2016).

Esa restitución de derechos corresponde, en términos de la citada ley, a diversas autoridades, denominadas corresponsables, mismas que se encuentran en su artículo 3, fracción II¹⁶, en el que se precisa que también tendrán tal carácter, aquellas autoridades que por su naturaleza deban intervenir en cumplimiento a la ley.

¹⁴ Es importante resaltar que el concepto de “rehabilitación” no debe de considerarse como sinónimo de “reinserción social”, ya que la rehabilitación en el tema de adicciones se usa como parte de la estrategia curativa tras haberse controlado la etapa inicial o aguda del cuadro y haberse modificado la voluntad del/la paciente (abusador(a) o adicto(a) para aceptar su enfermedad y trabajar por la recuperación psicosocial de su persona, habitualmente afectada por la enfermedad a partir de su carácter crónico y reiterativo (Souza 2010, 854).

¹⁵ Se publicó en el Diario Oficial de la Federación en su edición vespertina, ello en cumplimiento a la facultad constitucional prevista para el Congreso, en el artículo 73, fracción XXI, inciso c.

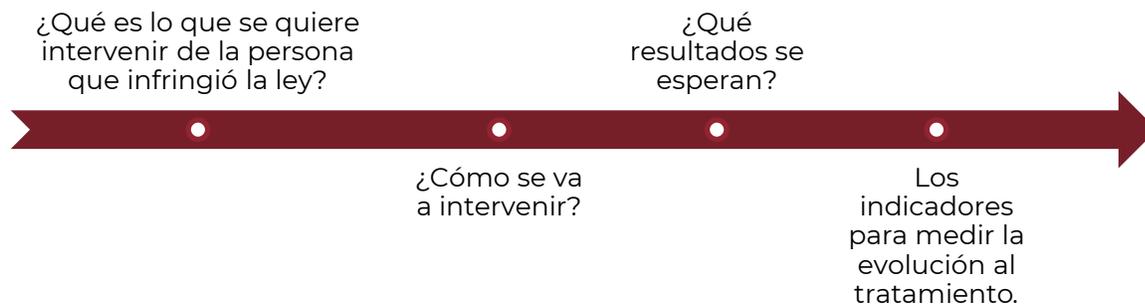
¹⁶ A las Secretarías de Gobernación, de Desarrollo Social, de Economía, de Educación Pública, de Salud, del Trabajo y Previsión Social, de Cultura, la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes y sus equivalentes en las entidades federativas, así como aquéllas que por su naturaleza deben intervenir en el cumplimiento de la Ley, en el ámbito de sus atribuciones.

Lograr la reinserción social representa un esfuerzo en el diseño, creación y articulación de estrategias y programas en donde se priorice la prevención de la reincidencia delictiva (prevención terciaria del delito) y el respeto de los derechos humanos.

En el ámbito internacional, la ONUDD (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) ha señalado que los programas exitosos en la materia son usualmente aquéllos que:

- a. Han logrado la concientización pública del problema y han trabajado con las comunidades locales.
- b. Se han concentrado en un grupo específico de personas que han delinuido y en sus desafíos particulares.
- c. Se han apoyado en métodos serios para evaluar las necesidades y factores de riesgo.
- d. Realizan un esfuerzo de coordinación entre todos los organismos involucrados, apoyándose en una fuerte cooperación y articulación de servicios a proveer.

Así, atendiendo a las circunstancias de las personas en conflicto con la ley y sentenciadas, en este caso, al consumo de sustancias psicoactivas, se aprecia la necesidad de brindarles la posibilidad de acceder a tratamientos integrales de reinserción social con planes individualizados que cuenten con bases teóricas y científicas en los cuales se establezca con claridad:



En consecuencia, para los fines de la GJT se usará el término “reinserción social”, cuya definición operativa se relaciona con el enfoque de prevención terciaria:

Toda intervención que apunte a contribuir a que una persona en conflicto con la ley y sentenciada, se integre social y psicológicamente al entorno socio-comunitario, para reducir la probabilidad de reincidencia delictiva.

Lo anterior, precisando que las intervenciones tendientes a la reinserción social pueden darse en distintos contextos, tanto privativos de la libertad como en el medio libre¹⁷.

8.1 Objetivo del Componente de Reinserción

Brindar atención integral a las personas participantes del Programa de Justicia Terapéutica (PJT) a través de una red de instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil que articulen mecanismos de apoyo y planes de actividades, para lograr la reinserción social de la persona y abonar a la prevención de la reincidencia, con respeto a los derechos humanos y perspectiva de género.

8.2 Objetivos Específicos

- Incidir en la no estigmatización de las personas participantes del PJT a través de la sensibilización, capacitación y socialización
- Difundir y realizar acciones de capacitación para el trabajo, así como generar mecanismos de inserción laboral para las personas participantes del PJT
- Generar mecanismos de vinculación con el sector académico, para facilitar que las personas participantes del PJT se integren al sistema educativo formal
- Colaborar al acceso de las personas participantes del PJT a los servicios de salud
- Coadyuvar en la vinculación de las personas participantes en el PJT a las actividades deportivas y culturales con la comunidad y respeto a los derechos humanos
- Promover el desarrollo social, familiar, escolar, laboral y cultural de las personas participantes del Programa de Justicia Terapéutica

De acuerdo con la *“Guía Básica para Implementadores de Programas de Reinserción Social de personas en conflicto con la ley y con consumo de sustancias psicoactivas”*, todo programa que contemple la reinserción social de esta población debe atender las siguientes dimensiones:

¹⁷ “[...] La evidencia ha mostrado ampliamente que los programas localizados en la comunidad en general arrojan resultados más efectivos cuando éstos se estructuran con base en la evidencia” (Pew Center on The States 2007, citado por Morales, Welsch, Cárcamo, Aguilar y Sosa 2015, 3).

Esquema 7. Integralidad del Programa



Fuente: Elaboración propia con base en la "Guía Básica para implementadores de Programas de Reinserción Social de personas en conflicto con la ley que presentan consumo de sustancias psicoactivas" (2018).

A continuación, se desarrollará una descripción de cada una de las dimensiones de la integralidad del componente de reinserción social que se propone como parte de este modelo; con excepción de las dimensiones del consumo de drogas, alcohol y salud, pues éstas son atendidas por el componente sanitario del modelo. Con respecto a las demás dimensiones se plantean algunos preceptos de trabajo, al mismo tiempo que hacen referencias a resultados de investigaciones y buenas prácticas internacionales que justifican su pertinencia dentro del componente.

8.3 Dimensión Educativa del Componente de Reinserción Social

8.3.1 Los Procesos de Educación Formal

La educación es un derecho y una medida para contrarrestar la reincidencia delictiva de las personas sentenciadas, ya que Przybylski (2008) señala que los delincuentes que tienen el nivel más bajo de habilidades educativas son menos empleables y más probables de volver a delinquir. De esta forma, tienen más probabilidades de estar desempleados que la población general, resaltando que los varones adultos jóvenes tienen tasas más altas de delincuencia durante los períodos de desempleo (Mackenzie 2006, citado por Przybylski, 2008).



Los estándares internacionales establecen que las personas privadas de la libertad deben tener acceso a actividades de formación y mejoramiento de sus aptitudes a fin de facilitar su reinserción social (Declaración de Kampala sobre las condiciones penitenciarias en África, Principio 7). En el caso de los reclusos jóvenes y de los analfabetos, la educación será obligatoria (Reglas Nelson Mandela, Regla 77.2).

Aunque el Programa que se propone implementar permite a los acusados un sustitutivo de pena que les permite no ingresar al sistema penitenciario, se asume la necesidad de proporcionar a las personas, las oportunidades educativas que faciliten su reinserción social. Esto con el objetivo de aminorar las probabilidades de reincidencia delictiva debido a que la falta de formación académica y/o técnica constituye un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de reincidencia. Lo anterior, precisando que las intervenciones tendientes a la reinserción social pueden darse en el medio libre.

8.3.2. Los Procesos de Educación No Formal

A la pedagogía social se le considera como una ciencia práctica de intervención socioeducativa (Pérez, 2002). Este término tiene presencia desde los siglos XVIII y XIX, pero ha evolucionado conceptualmente de acuerdo con el desarrollo de la historia; por tanto, es difícil encontrar una concepción unívoca de dicho concepto. Sin embargo, para los fines de la presente Guía se entenderá que:

La pedagogía social es la ciencia práctica social y educativa (no formal), que fundamenta, justifica y comprende la normatividad más adecuada para la prevención y reinserción de quienes pueden padecer o padecen, a lo largo de toda su vida, deficiencias en la socialización o en la satisfacción de necesidades básicas amparadas por los derechos humanos. (Fermoso, 1994).

Al trabajar con grupos de personas en exclusión social, desatendidos por las instituciones, en conflicto con la ley o altamente marginados, la pedagogía social trata de reducir la precariedad de sus condiciones de vida a través de una incidencia en su proceso de desarrollo desajustado, para convertirlo en una fuente de crecimiento. Para lograr este objetivo, la pedagogía social recurre a la educación no formal como modalidad de enseñanza, que se entiende de la siguiente forma:

Educación no formal es el conjunto de procesos, medios e instituciones específicas y diferencialmente diseñadas en función de explícitos objetivos de formación o instrucción, que no están directamente dirigidos a la provisión de grados propios del sistema educativo reglado (Trilla, 1984).

Así la educación no formal es una educación extraescolar con reglas, pero no normada por la administración o autoridades de algún centro educativo. Además, abarca a toda clase de población y no sólo a la tradicionalmente contemplada en los sistemas escolares (grupos de edad, nivel de estudios principalmente).

Regularmente se trabaja con núcleos de población limitados que se concentran en ciertos territorios o que comparten alguna problemática o debilidad de formación.



Debido a las características de sus beneficiarios, regularmente se trabajan metodologías propias que difieren de las utilizadas por la educación formal.

El objetivo último de la reinserción social como componente de la Guía, es incrementar un conjunto de habilidades sociales entre los beneficiarios para favorecer su reinserción social y el incremento de su calidad de vida. De acuerdo con Paciano Feroso, el concepto de *habilidades sociales* se relaciona teóricamente con otras expresiones sinónimas como asertividad, conducta asertiva, competencia social, entrenamiento asertivo (Feroso, 1994). En lo particular, en esta Guía, se opta por la siguiente definición de habilidades sociales:

...las habilidades sociales son un conjunto de habilidades y capacidades (variadas y específicas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas de índole interpersonal y/o socioemocional. Estas habilidades y capacidades se aplican en actividades desde básicas hasta avanzadas e instrumentales. (Goldstein, 1980).

Así, las habilidades sociales son destrezas sociales que permiten y mejoran la convivencia, requieren madurez, control emocional y buena disposición para construir con los demás, relaciones positivas y beneficiosas. Estas habilidades, para algunos autores, se dividen en seis tipos (Goldstein, 1997):

- 1) Primeras Habilidades Sociales.
- 2) Habilidades Sociales Avanzadas.
- 3) Habilidades Relacionadas con los Sentimientos.
- 4) Habilidades Alternativas a la Agresión.
- 5) Habilidades para hacer frente al estrés.
- 6) Habilidades de Planificación.

A continuación, se presentan de manera sintética las habilidades a trabajar:

Tabla 5. Habilidades para aplicar reinserción social

Habilidades Sociales	
Primeras Habilidades Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar • Iniciar una conversación • Mantener una conversación • Formular una pregunta • Dar las gracias • Presentarse • Presentar a otras personas • Hacer un cumplido • Pedir ayuda
Habilidades Sociales Avanzadas	<ul style="list-style-type: none"> • Participar • Dar instrucciones • Seguir instrucciones • Disculparse • Convencer a los demás • Conocer los propios sentimientos • Expresar los sentimientos
Habilidades Relacionadas con los Sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender los sentimientos de los demás • Enfrentarse con el enfado de otro • Expresar afecto • Resolver el miedo • Auto-recompensarse • Tomar decisiones
Habilidades Alternativas a la Agresión	<ul style="list-style-type: none"> • Discernir sobre la causa de un problema • Establecer un objetivo • Determinar las propias habilidades • Recoger información • Resolver los problemas según su importancia • Tomar una decisión • Concentrarse en una tarea • Formular una queja • Responder a una queja • Demostrar deportividad después del juego • Resolver la vergüenza • Arreglárselas cuando le dejen de lado
Habilidades para hacer frente al estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Defender a un amigo • Responder a la persuasión • Responder al fracaso • Enfrentarse a los mensajes contradictorios • Responder a una acusación • Prepararse para una conversación difícil • Hacer frente a las presiones de grupo • Pedir permiso • Compartir algo • Ayudar a los demás
Habilidades de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Negociar • Empezar el autocontrol • Defender los propios derechos • Responder a las bromas • Evitar los problemas con los demás • No entrar en peleas

Fuente: Elaboración propia con base en Goldstein (1997)

El desarrollo de estas habilidades sociales en las personas participantes es necesario para que puedan trabajar de manera cotidiana en la mejoría de sus relaciones intersubjetivas que establece con los miembros de su red social. Son variadas las propuestas de intervenciones sociales e investigaciones que retoman el trabajo



desde las habilidades sociales como una forma de trabajar procesos de prevención de consumo de sustancias psicoactivas. Aquí algunos ejemplos:

- 1) Proyecto de habilidad de prevención (Facultad de psicología de la UNAM).¹⁸
- 2) Investigación “Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos” (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, España).¹⁹
- 3) Guía para familias Factores de Riesgo para el consumo de drogas, del Ministerio Autónomo de atención a adicciones de Madrid en donde se establece como factor de riesgo para los trastornos en el consumo de psicoactivos a la debilidad en habilidades sociales.²⁰

El trabajo en habilidades sociales, además de reforzar al componente sanitario en el tratamiento, promoverá en las personas, su capacidad de integración social pues le permitirá mejorar sus relaciones cotidianas con la comunidad a la que pertenece a través de la mejoría de sus relaciones a nivel interpersonal, familiar, comunitario y social.

8.4 Dimensión de Asistencia Económica para la Reinserción Social del Componente

El aspecto económico ha sido uno de los obstáculos que enfrentan constantemente las personas en conflicto con la ley en su proceso de reinserción social. Sin embargo, la existencia mínima de programas que otorguen asistencia económica dificulta aún más la situación de vulnerabilidad de la persona.

Es preciso señalar que “no basta con crear programas que generen oportunidades económicas o de servicios asistenciales, sino que se deben de incluir intervenciones que promuevan el aprendizaje y el desarrollo de habilidades que permitan al sujeto aprovechar estas oportunidades” (Mackenzie, 2006 citado por Morales 2015, 36).

Para esta Guía, la reinserción social de las personas participantes en el Programa cubre principalmente el fortalecimiento con relación a su empleabilidad, proceso en el que profundizaremos en la dimensión de empleo.

8.5 Dimensión de Empleo para la Reinserción Social del Componente

En esta dimensión es importante resaltar que no sólo se trata de colocar a la persona en un puesto de trabajo y realizar un seguimiento, sino que debe ser acompañada de intervenciones que sí han mostrado efectividad como las vocacionales y las cognitivo-conductuales (Morales 2015, 4).

De acuerdo con Griffiths, Dandurand y Murdoch (2007), entre las intervenciones de empleo relevantes en esta materia se encuentran:

¹⁸ Disponible en <http://www.psicol.unam.mx/adicciones/habilidades.html>

¹⁹ Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122912008.pdf>

²⁰ Disponible en <http://www.madridsalud.es/serviciopad/descargas/factoresRiesgo.pdf>

- 1) Las clases de preparación para el trabajo
- 2) La formación profesional
- 3) La certificación
- 4) La capacitación laboral
- 5) La colocación en el empleo
- 6) El monitoreo del trabajo por parte un administrador de casos

En el marco de la cooperación internacional que ha formado parte de la construcción de esta Guía, parece adecuado poder retomar dos de los modelos de empleabilidad que fueron desarrollados en el contexto latinoamericano son:

- 1) El modelo “Preparado” desarrollado en la República de Chile, que trabaja en el desarrollo de nueve dimensiones de empleabilidad.
- 2) El Portafolio Metodológico Desarrollo de competencias de empleabilidad para las transiciones laborales estrategias y orientaciones técnicas para el acompañamiento de personas en transición o inserción laboral desarrollado por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE, Área de Tratamiento y Rehabilitación (Gobierno de Chile).

El retomar estos modelos de trabajo, con adaptaciones al caso mexicano podría contribuir en gran parte a la reinserción social de las personas participantes en el PJT.

8.6 Dimensión de Vivienda y Entorno Social del Componente

La existencia y la calidad de redes sociales resulta relevante en el proceso de reinserción social, ya que “los vínculos sociales le confieren una identidad y status a la persona dentro de una red de relaciones” (Morales, 2015, 32). Se marcan tres círculos de relación más importantes que son la pareja, compañeros de trabajo y familia.

Por lo tanto, una parte importante del trabajo a realizar en este componente debe estar relacionado con el proceso de diagnóstico de la vivienda y el entorno social del sujeto, pues se considera que su red relacional primaria, además de su contexto inmediato en la vivienda es un factor que puede influir de manera determinante en la reinserción social del sujeto.

Si su entorno social le proporciona el apoyo necesario (informativo, afectivo e instrumental) la persona tendrá mayores probabilidades de llegar a buen puerto en su proceso de reinserción social.

8.7 Dimensión de Construcción de Proyectos de Vida del Componente

Como parte del componente, a pesar de la dificultad que implica este tipo de trabajo, se considera que la elaboración de proyectos de vida requiere de la *reformulación del sentido de vida* de las personas participantes en el Programa; esto



en términos más cercanos a lo socialmente aceptable y en una planeación realista de su vida.

Debido a la *falta de sentido de vida* de estas personas se manifiesta confusión y desorganización en los procesos de planeación necesarios en la organización de un proyecto de vida. Esto trae consigo la toma de decisiones, sin tomar en cuenta las consecuencias de las mismas, ni valorar la posibilidad real de entablar rutas de acción distintas que le traerían resultados diferentes a los obtenidos hasta el momento. En esta Guía el *sentido de vida* es:

(...) la justificación a la existencia, que pueda dar respuesta a la función, es decir al papel que desempeña el hombre en el mundo que le permita hacer de su vida algo útil, tanto para sí como para los demás. También puede responder a la necesidad de autovaloración o sea a lo que el individuo quiere llegar a ser en su superación. (Palomino, 1991)

Es importante tomar en cuenta que hay una interrelación profunda entre el sentido de vida y la concepción del mundo de la persona (marco general valorativo y cognoscitivo) que le hace entender su realidad; es decir, una representación social de cómo es el mundo, lo cual incide en su forma de relacionarse con él.

Por ello, desde la *etapa de diagnóstico de caso* es necesario comenzar a entender los procesos de auto y hetero representación de las personas a través de los procesos de objetivación y anclaje; esto dado que *la persona se ubica en el mundo* justo en el cruce de la representación que tiene de sí mismo y la que tiene del mundo. La relación entre sentido de vida y proyecto de vida es importante porque:

Lo óptimo es que el sentido de vida oriente activa y conscientemente, la elaboración del proyecto de vida, esto incide directamente en la conservación de ese sentido, ya que a medida que la persona actúa en pos de su proyecto, irá encontrando justificación a su existencia, que le impulsará a continuar formulándose objetivos con el fin de alcanzar su autorrealización (Palomino, 1991)

Es muy importante que este *proceso de construcción del proyecto de vida* inicie de manera voluntaria y que el sujeto tome partido por sí mismo para realizar *cambios en su personalidad*, así como en su *forma de vida* actual. Esto es así porque la persona debe querer salir de la situación en la que ve pasar el tiempo, sin asumir una posición con respecto al futuro de sus vidas, es decir aquella en donde construye y asume *el no futuro como una condición inevitable* (Palomino, 1991)

Sólo a través de la decisión voluntaria se puede esperar una actividad constante por parte de la persona participante para construir los vínculos sociales y afectivos en un primer momento, así como las posibles vías de desarrollo para el futuro próximo; así la decisión voluntaria del sujeto puede ayudar a sortear los claros y muy fuertes impedimentos que tendrá que afrontar en su proceso de reinserción.

8.8 Proceso del Proyecto de Vida como Técnica de Praxis Socioeducativa

El trabajo de construcción de proyectos de vida requiere una metodología de trabajo específica para la obtención de los mejores resultados posibles. A continuación, se presenta una descripción de este proceso:

1. *Elaboración de ficha de evaluación* dividida en tres secciones
 - a. Datos personales.
 - b. Condiciones externas (vínculos afectivos, laborales y sociales).
 - c. Condiciones internas (autoconcepto, perfil de la personalidad).
2. *Intervención a nivel individual*: Se recomienda un promedio de sesiones necesarias de entrevistas psicológicas con cada sujeto que cubran los objetivos del trabajo de construcción de proyecto, esto enfocado a los procesos de auto-consciencia y la formulación de objetivos y metas realistas en función de sus habilidades y limitaciones.
3. *Intervención a nivel grupal*: Cuatro talleres de interacción grupal y cuestionamiento de la realidad divididos por temáticas:
 - a. *Taller de autoconsciencia.*
 - b. *Taller de relaciones interpersonales.*
 - c. *Taller de problemáticas específicas.*
 - d. *Taller de orientación laboral.*

El trabajo de estos talleres tendrá que sistematizarse en *herramientas de trabajo* para la construcción de los proyectos de vida en las siguientes dimensiones:

Dimensión Externa

1. Vínculos afectivos: Estado de las relaciones con la familia (consanguínea o no), así como el posible trabajo a realizar para mejorarlas o generarlas desde cero.
2. Vínculos laborales: Estado de las relaciones con posibles empleadores o ex patrones.
3. Vínculos sociales: Relaciones con la comunidad y sus miembros (vecinos, comerciantes de la zona, grupo de pares, policía, trabajadores de limpia, etc.). Se debe recordar que no todas las relaciones de la red son positivas para el desarrollo de las personas.

Dimensión Interna

1. Autoconsciencia: Trabajo en el conocimiento de sí mismo, de su habilidades, fortalezas y debilidades, además del propio conocimiento y cuidado de su cuerpo.
2. Tendencias de personalidad: ¿Es violento? ¿Es descuidado? ¿Está deprimido? ¿Cuáles son las características de su personalidad que le generan problemas?

Este nivel tiene que trabajarse en la terapia psicológica individual que se recomienda como parte del proceso.

3. Manejo del tiempo: ¿Cuál es el uso que le da a su tiempo a lo largo del día? ¿Este uso le trae algún beneficio? ¿Podría usar su tiempo de otra forma?

Lo ideal es que el sujeto pueda trabajar en la construcción de su proyecto de vida cubriendo todos los componentes de cada una de las dimensiones; sin embargo, habrá algunas en las que haya resistencias para trabajar. Parte del trabajo de los operadores y las operadoras comunitarias será realizar la animación que motive a las personas a desatar estos procesos.

Toda vez que en esta sección se han descrito las premisas que deben guiar el trabajo del componente de reinserción social, a continuación, se desarrolla lo referente a la operatividad misma del Programa de acuerdo con la estructura unificada que se comparte con el componente sanitario y jurídico.

8.9 Recursos Humanos para el Componente de Reinserción Social

8.9.1 Equipo Operador del Componente de Reinserción Social

Cada entidad federativa, a través de la Secretaría de Gobierno, deberá designar una persona del servicio público que será el Enlace responsable de orientar a las personas participantes en el proceso de reinserción social, así como de colaborar con el equipo multidisciplinario en pro de la persona participante.

El Enlace deberá ser:

- I. Una persona del servicio público del área responsable de Prevención Social, o en su caso Reinserción.
- II. Una persona del servicio público que sea integrante de las Comisiones Intersecretariales o Servicios Post penales, para el caso de las personas que cuenten con una sentencia condenatoria.

Enlace

Algunas de las tareas generales en el PJT del enlace son las siguientes:

- I. Coordinar las actividades orientadas a la reinserción social de la persona participante, en cada una de las dimensiones que se plantean en la presente guía.
- II. Fomentar la corresponsabilidad y la coordinación interinstitucional en el ámbito de sus respectivas competencias, para facilitar el proceso de reinserción social.

8.9.2 Perfiles de Puesto

Los requisitos básicos para cubrir las perfiles requeridos por el PJT con base en su componente de reinserción social son:

ENLACE	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
INSTITUCIÓN	Secretaría de Gobierno
NOMBRE DEL PUESTO	Enlace
PUESTO DEL JEFE INMEDIATO	A decisión de la entidad
PUESTOS SUBORDINADOS	Asistente administrativo (persona de apoyo)
II. MARCO JURÍDICO	
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Código Penal Estatal y Federal Código Nacional de Procedimientos Penales Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal Ley Nacional de Ejecución Penal Normatividad secundaria aplicable (acuerdos, decretos, lineamientos, etc.)	
III. ÁREAS DE CONOCIMIENTO	
Prevención Social Derechos Humanos Sistema penitenciario y Reinserción Social Justicia Terapéutica Trabajo Social	
IV. FUNCIONES	V. DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS
1. Coordinar las actividades orientadas a la reinserción social de la persona participante	<p>Con el Área de Salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recibe del área de salud el oficio con la solicitud de atención; y el Reporte Integral del Área Clínica de la persona participante. 2. Explora la situación médica y socio comunitaria de la persona participante. <p>Comunicación permanente con el equipo multidisciplinario</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El enlace o la persona de apoyo que éste designe, deberá formar parte del equipo multidisciplinario. 2. El enlace o la persona de apoyo que éste designe, deberá asistir a las sesiones del equipo multidisciplinario. 3. El enlace o la persona de apoyo que éste designe, deberá integrar una carpeta con opciones de actividades vigentes y oportunas; así como programas que apoyen a la persona participante.

Esta carpeta deberá presentarse al equipo multidisciplinario, cuando así se requiera.

4. El enlace o la persona de apoyo que éste designe deberá verificar que la persona participante cuente con los documentos mínimos indispensables de identidad (Acta de nacimiento, CURP e Identificación Oficial).
5. En caso de que la persona participante no cuente con los documentos mínimos indispensables de identidad, el enlace o la persona de apoyo que éste designe, deberán brindar asesoría para que realice el trámite correspondiente.

Elaboración de Propuesta de Plan de Actividades

1. La persona considerada como enlace deberá realizar la vinculación y gestión necesaria con el sector público, privado y de la sociedad civil para disponer de los medios idóneos para facilitar la reinserción social, a través de: Habilidades académicas y laborales; Vida Diaria; Recursos Sociales y de Comunicación; Tiempo Libre y Ocio (incluye deporte y cultura); Participación Social; Relaciones familiares, comunitarias y sociales; y Proyecto de Vida.
2. La persona considerada como enlace y la persona de apoyo deberán elaborar una Propuesta de Plan de Actividades para las y los participantes.
3. La persona considerada como enlace o la persona de apoyo deberá presentar la propuesta del Plan de Actividades al equipo multidisciplinario, quien lo revisará y en su caso aprobará.
4. La persona considerada como enlace o la persona de apoyo, durante el cumplimiento del acuerdo reparatorio presentará la Propuesta del Plan de Actividades a la persona participante, quien podrá aceptarla o rechazarla.
5. La persona considerada como enlace o la persona de apoyo deberán presentar ante el equipo multidisciplinario el plan de actividades aceptado por el o la participante.

Supervisión en el cumplimiento del Plan de Actividades

	<ol style="list-style-type: none">1. La persona considerada como enlace o la persona de apoyo deberán realizar la supervisión de cumplimiento de quienes serán participantes con respecto al Plan de Actividades.2. La persona considerada como enlace o la persona de apoyo deberán generar un informe de evolución de quienes serán participantes en el cumplimiento del Plan de Actividades.3. La persona considerada como enlace deberá propiciar la integración de un expediente electrónico de quienes participen en el Programa para el equipo multidisciplinario.4. La persona considerada como enlace o la persona de apoyo deberán realizar el seguimiento del cumplimiento del Plan de Actividades hasta el término del programa.5. La persona considerada como enlace o la persona de apoyo deberá realizar al término de los tres primeros meses del término del PJT una visita para evaluar el impacto y mediante la aplicación de la evaluación socio-comunitaria, verificará el impacto de la intervención en materia de reinserción social.6. Realizar un monitoreo trimestral del estatus de las personas que concluyan el programa por un periodo de 9 meses.7. Realizar una clasificación de casos.
<ol style="list-style-type: none">2. Fomentar la corresponsabilidad y la coordinación interinstitucional en el ámbito de sus respectivas competencias para facilitar el proceso de Reinserción Social	<p>Vinculación interinstitucional</p> <ol style="list-style-type: none">1. Brindar orientación para una coordinación efectiva y sostenida con dependencias gubernamentales, privadas y la sociedad civil con la finalidad de planificar, diseñar e implementar una red de trabajo a favor de la reinserción social.2. Impulsar la creación de mecanismos de comunicación entre las instituciones de procuración e impartición de justicia y prevención social con organismos privados en pro de la reinserción social.3. Promover la firma de acuerdos y convenios de colaboración para ampliar la red de corresponsabilidad a favor de la reinserción social.

4. Asistir a las reuniones de la Comisión Intersecretarial (a la que se hace alusión en la LNEP).

Sector Público

1. Explorar los programas sociales disponibles en la entidad federativa que le corresponda, que puedan beneficiar a la persona participante; o bien a la familia de ésta última.

Sector Privado

1. Impulsar reuniones de trabajo con actores del sector privado que estén en posibilidades de brindar capacitación para el empleo y vacantes laborales para las personas participantes, en el marco de acciones de responsabilidad social que impulsan las empresas.

Sector Social

1. Propiciar la vinculación con el sector académico para indagar sobre los programas educativos, becas, cursos, talleres que las escuelas de nivel medio superior y superior impartan.
2. Propiciar reuniones de trabajo con actores de la sociedad civil con el objetivo de formalizar acuerdos en aras de conseguir alianzas para el acompañamiento en el proceso de reinserción social de las personas participantes que el programa canalice.

REQUISITOS DEL PUESTO

ESCOLARIDAD	Licenciatura en Derecho, Psicología, Criminología, Trabajo Social o Seguridad Ciudadana.
EXPERIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención Social • Derechos Humanos • Trabajo Social • Sistema Penitenciario
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Capacidad de gestión y organización • Liderazgo • Trabajo con orientación a resultados • Vocación de servicio • Objetividad • Escucha activa • Empatía • Pensamiento crítico • Comunicación efectiva • Manejo del conflicto • Resolución de problemas • Toma de decisiones

8.9.3 Capacitación

La capacitación para las personas denominadas enlace de la GJT deberá ser especializada y complementaria a la formación inicial y a las competencias de ingreso y permanencia que establezcan las instancias estatales competentes. Para la operación de la GJT, el plan de capacitación debe estar apegado a las siguientes asignaturas del módulo correspondiente al componente de reinserción social, conforme a las siguientes temáticas:

	Módulo	Horas
1	Prevención Social de la Violencia y Seguridad Ciudadana	20
2	Principios Básicos para la Reinserción Social	30
3	Prácticas Promisorias y Modelos de Intervención Exitosos	20
4	Herramientas para Incentivar el Cumplimiento	30
5	Análisis para Medir el Cumplimiento y Construcción de Indicadores	40
6	Contención Psicosocial (<i>burnout</i>)	20
	Total	160

De manera particular, los programas de cada una de las asignaturas que avalarán la capacitación de las personas que funjan como enlaces en cuanto al componente de reinserción social son los siguientes:

Prevención Social de la Violencia y Seguridad Ciudadana

Duración: 20 horas

Objetivos de aprendizaje: Conocer el objetivo y los alcances de la Política Nacional de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia en el marco del Sistema Nacional de Seguridad Pública como una estrategia para incidir en los índices delictivos.

1. Introducción.
2. Prevención
 - 2.1 Prevención Social
 - 2.2 Enfoques Teóricos
 - 2.3 Niveles de Prevención
3. Seguridad
 - 3.1 Seguridad Ciudadana

Principios Básicos para la Reinserción Social

Duración: 30 horas

Objetivos de aprendizaje: Identificar los retos y desafíos de la reinserción social en México para abonar a la disminución de la reincidencia delictiva.

1. Introducción.
2. Fin del Sistema Penitenciario



3. Reinserción Social
 - 3.1 La evolución del concepto de reinserción social
 - 3.2 Prácticas promisorias a nivel local
 - 3.3 Ejes / Principios básicos para la reinserción social
 - 3.4 Normas internacionales en los que Mexico sea parte en materia de reinserción social
4. Reincidencia delictiva

Prácticas Promisorias de Reinserción Social y Modelos de Intervención Exitosos
Duración: 20 horas

Objetivos de aprendizaje: Conocer y analizar las prácticas locales e internacionales orientadas a la prevención terciaria de personas con consumo de sustancias psicoactivas.

1. Abordaje e intervención en hombres/mujeres/Comunidad LGTBTTIQ+
2. Abordaje e intervención en Adolescentes
3. Abordaje e intervención en Adultos mayores
4. Abordaje e intervención en Personas con discapacidad
5. Comorbilidades médicas
6. Modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR)

Herramientas para Incentivar el Cumplimiento
Duración: 30 horas

Objetivos de aprendizaje: Concientizar a los enlaces sobre la importancia de implementar estrategias que motiven a las personas participantes a cumplir con sus actividades.

1. Consideración de factores socio-ambientales
2. Reuniones de seguimiento y estrategias para impulsar el cumplimiento

Análisis para Medir el Cumplimiento y Construcción de Indicadores
Duración: 40 horas

Objetivos de aprendizaje: Identificar los elementos, mecanismos y estrategias que permitan precisar la evolución del proceso de reinserción social de una persona participante, para la elaboración de indicadores de seguimiento

1. Análisis de las condiciones que determinaron el cumplimiento o incumplimiento
2. Mecanismos de retroalimentación por parte de todas las áreas involucradas dentro de la autoridad
3. Estrategias sobre actividades alternas que puedan favorecer el cumplimiento
4. Construcción de indicadores



Contención Psicosocial

Duración: 20 horas.

Objetivo de aprendizaje: Aplicar diversas técnicas y estrategias con las personas participantes para sanar relaciones emocionales

1. Abordaje de vínculos
2. Capacidad para expresar y solucionar temores y preocupaciones.
3. Resolución de sentimientos dolorosos o de separación

Las personas docentes deberán acreditar nivel académico, sus habilidades y experiencia docente, además de contar con conocimientos teóricos y preferentemente prácticos en el tema del módulo a desarrollar.

8.10 Recursos materiales

8.10.1 Infraestructura

Espacio designado por el área de salud, de procuración y/o impartición de justicia o de reinserción social, para que se realice el primer acercamiento con la persona participante. Dichas áreas deberán canalizar a las personas participantes que:

- a. Estén en tratamiento
- b. Que hayan concluido el tratamiento

Para lo anterior, es necesario que la persona considerada como Enlace o la persona de apoyo designada, asistan al espacio brindado por el área respectiva para analizar el estatus de quien participa en el Programa.

El espacio designado deberá contar con:

- Un área dividida en dos. La primera para recibir y recabar los datos y el estatus de la persona participante; y la segunda para realizar juntas
- Equipo de cómputo para el registro de actividades
- Una línea telefónica (estándar mínimo)
- Conexión a internet
- Sillas fijas para la sala de juntas y área de recepción

8.10.2 Equipamiento

El Enlace deberá tener acceso a:

- Equipo de cómputo para el registro de actividades
- Una línea telefónica (estándar mínimo)
- Conexión a internet



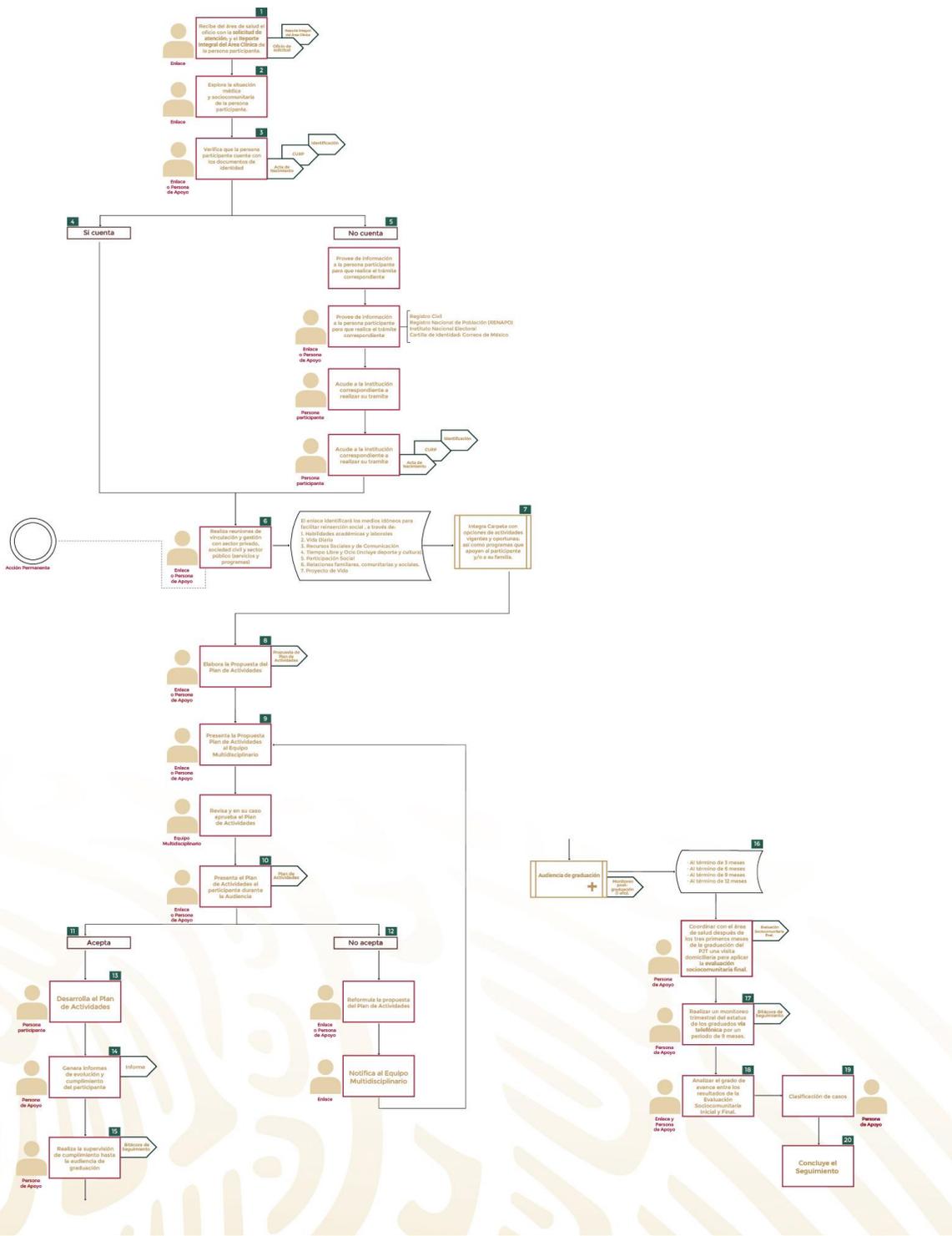
- Una carpeta de opciones con información detallada para elaborar un plan de actividades que deberá ser validado con el área de salud; y aceptado por la persona participante
- Los requisitos impresos para acceder a programas sociales
- Una bitácora para registrar la evolución en materia de reinserción social

8.11 Instrumentos operativos

8.11.1 Manual de actuación del enlace de reinserción social (*Consultar Anexo 9*)

8.11.2 Flujo del Proceso de Reinserción Social en la Guía de Justicia Terapéutica (*Consultar Anexo 10*)

PROCESO REINSERCIÓN SOCIAL DE LA GUÍA DE JUSTICIA TERAPÉUTICA





8.11.3 Guía Básica para implementadores de programas de reinserción social de Personas en Conflicto con la Ley que presentan Consumo de Sustancias Psicoactivas *(Consultar Anexo 11)*

8.11.4 Formatos administrativos: *(Consultar Anexo 12)*

- a. Acuerdo Interinstitucional para la designación de un servidor público a tareas de reinserción social en el marco de la Guía de Justicia Terapéutica
- b. Contenido Mínimo de la Carpeta de Actividades
- c. Plan de Actividades
- d. Bitácora de Seguimiento
- e. Autoevaluación de la persona participante
- f. Cédula de Evaluación del Cumplimiento y de la Evolución

BIBLIOGRAFÍA

- Arriagada, Irma y Godoy, Lorena (1999). Seguridad Ciudadana y Violencia en América Latina: Diagnóstico y políticas en los años noventa. División de Desarrollo Social. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Azaola, Elena (2015). “Diagnóstico de las y los Adolescentes que Cometan Delitos Graves En México”, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Secretaría de Gobernación (SEGOB), México.
- Azaola, E., & Ruiz Torres, M. (2009). Política criminal y sistema penal en México. El Cotidiano, (153), 5-11.
- Azzolini Binzaz, Alicia (2013). “Los delitos patrimoniales en el Código penal Federal”, Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Bejarano, Gerke, (2016), “Efectos de la privación de la libertad”, Plataforma Ciudadana, por el acceso a la justicia y los derechos humanos. Bolivia.
- Bennet, T., Holloway, K., Farrington, D. (2008). “The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis” en *Aggression and Violent Behavior*, vol. 13, Issue 2, pp. 107-118 [en línea]. Recuperado de [<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1359178908000037?via=sd&cc=y>] . Consulta: junio 2016.
- Berman G., J. Feinblatt (2001). Problem solving courts: A brief primer, Law & Policy, USA.
- Bouffard, J., M. Cooper, M., y K. Bergseth (2016). The Effectiveness of Various Restorative Justice Interventions on Recidivism Outcomes Among Juvenile Offenders. *Youth Violence And Juvenile Justice* [en línea]. Recuperado de [<http://dx.doi.org/10.1177/1541204016647428>]. Consulta: agosto 2016.
- Brochu, Serge, Marie-Marthe Cousineau y Michaël Gille (Enero, 2001). “Drugs, alcohol, and criminal behaviour: A profile of inmates in Canadian federal institutions” en *Forum on Corrections Research Focusing on Alcohol and Drugs*, núm.3, vol.13, s/p. Recuperado de [http://www.csc-scc.gc.ca/research/forum/e133/133h_e.pdf]. Consulta: julio 2016.
- Burke, Kevin y Steve Leben (2007). “Procedural Fairness: A key ingredient in Public Satisfaction”, *Court Review*, vol.44, issue 1/2, USA.
- CICAD-OEA (2015). “Informe Técnico sobre Alternativas al Encarcelamiento para Delitos Relacionados con las Drogas”, CICAD/OEA, [en línea]. Recuperado de [http://cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/Informe_SobreAlternativasEncarcelamiento_SPA.pdf]. Consulta: 21 de agosto de 2016.
- CICAD-OEA y Gobierno de México (2016). Modelo Mexicano del Programa de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas. Guía Metodológica.

- CIDE (Centro de Investigación y Docencia Económica) (2012). Encuesta a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social.
- Clemmer (1940). “Prisionización” [en línea]. Recuperado de [www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=485]. Consulta: junio 2016.
- CNGSPSP Censo Nacional de Gobierno Seguridad Pública y Sistema Penitenciario (2019) [En línea]. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/cngspspe/2019/doc/cngspspe_2019_resultados.pdf]. Consulta: enero 2020.
- Cobo, Sofía (2015). “Hacia una política de sanciones alternativas en México”, INACIPE/Revista Iter-Criminist, núm.9, Sexta Época, México.
- Cobo, Sofía (2014). “Análisis de Tratamiento Penitenciario en las últimas reformas constitucionales” INACIPE/Revista Iter-Criminist, núm.4, Sexta Época, México.
- Compton, Wilson M., et. al., (2010). “The effect of inmate populations on estimates of DSM-IV Alcohol and Drug Use Disorders in the United States”, Am J. Psychiatry, núm.4, vol.167, USA.
- CONACE (Consejo Nacional de Acreditación de la Ciencia Económica) (2008). “Informe de Resultados del Estudio. Magnitud de la Relación entre Delito y Droga”, Gobierno de Chile/Ministerio del Interior, Subsecretaría del Interior, Chile.
- Censo Nacional de Gobierno Seguridad Pública y Sistema Penitenciario (CNGSPSP, 2019)
- González, Mario (2018). “El Componente Sanitario del Modelo Nacional de Justicia Terapéutica”, Nova Iustitia Revista Digital de la Reforma Penal, Año VI, Número 24, Agosto 2018.
- Deitch, Koutsenok y Ruiz (2000). “The Relationship Between Crime and Drugs: What We Have Learned in Recent Decades” en Journal of Psychoactive Drugs, vol. 32 (4), October – December, U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, 1999- 1998 Drug Use Forecasting: Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees, Research Report, Washington, D.C.: U.S. GPO [en línea]. Recuperado de [<https://www.cnsproductions.com/pdf/Deitch.pdf>]. Consulta: julio de 2016.
- Diputados (2016). *Código Nacional de Procedimientos Penales*, México.
- Fazel, S, P. Bains y H. Doll (2006). “Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review”, Addiction, Oxford University, Reino Unido.
- Fernández, D. E. (1993). “La Pena de Prisión, propuestas para sustituirla o abolirla”, IIJ/Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Fernández, Dolores. (1994). “Sanciones alternativas a la pena de prisión. Propuesta de reformas a la legislación penal mexicana. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, IIJ/Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gobierno de la República (30 de abril de 2014). Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia (2013-2018), DOF, México.

- Goffman (1961). “Desculturación”, [en línea]. Recuperado de [www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851...]. Consulta: junio 2016.
- Goldstein, Paul J. (1985). “The Drug/Violence Nexus: A tripartite Conceptual Framework”, *Journal of Drug Issues*, vol.39, USA [en línea]. Recuperado de [http://www.drugpolicy.org/docUploads/nexus.pdf]. Consulta: julio 2016.
- Guzmán, Diana Esther (2012). “Las cortes de drogas. Los alcances y retos de una alternativa a la prisión” en *International Drug Policy Consortium*, Centro de Estudios de Derecho, justicia y sociedad, USA.
- Juárez, Francisco Lorenzo (2009). Influencias psicosociales sobre la conducta antisocial en estudiantes de nivel medio superior del Distrito Federal y del Estado de México, [en línea]. Recuperado de [www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/.../Tendencia%20de%20la%20conduct%20a%20antisoc%2]. Consulta: agosto 2016.
- Koetzle Shaffer, Deborah (2011). “Looking Inside the ‘Black Box’ of Drug Courts: A Meta-Analytic Review” en *Justice Quarterly*, núm. 28, vol. 3, USA, pp.493-521.
- IDPC (International Drug Policy Consortium) (29 de marzo de 2011). “Count the cost: 50 years of the war on drugs” [en línea]. Recuperado de [http://idpc.net/alerts/2011/count-the-costs]. Consultado agosto de 2016.
- Informe sobre el Análisis de Tamizaje de las Entidades Federativas (2015). Documento de Trabajo.
- Informe sobre la Situación de las Drogas en México (2019). [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico_.pdf] Consulta: Enero 2019.
- Instituto Costarricense sobre Drogas (2015). “Consumo de drogas y relación droga/ delito en el Sistema Penitenciario Nacional para hombres adultos en condición de sentenciados”, CICAD, [en línea]. Recuperado de [www.cicad.oas.org/oid/pubs/CR_Estudio-CárcelesVarones_2015_ICD.PDF]. Consulta: agosto 2016.
- INEGI, (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2003). “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares” (ENDIREH), [en línea]. Recuperado de http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2011/. Consulta: agosto 2016.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2007). “Mujeres violentadas por su pareja en México” [en línea]. Recuperado de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825450854/702825450854_18.pdf], Consulta: agosto 2016.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2017). Estadísticas sobre el sistema penitenciario estatal en México. Documentos de análisis y estadísticas. Número 11.



- Latimer, J., K. Morton-bourgon y J. Chrétien (2006). A meta-analytic examination of drug treatment courts. Do they reduce recidivism? *Department of Justice of Canadá, Canadá.*
- Little, J.H. Robinson, Burnette y Swan (2011). Principios de las prácticas basadas en evidencia.
- Lomba, Antonio (2012). "Puntos de encuentro entre salud y justicia para infractores dependientes de drogas. El caso de los Tribunales de Tratamiento de drogas desde un enfoque hemisférico", en Adicciones y grupos específicos: grupos vulnerables y personas en conflicto con la ley, Primera edición, México.
- Marlowe, Douglas B., (s/f). Manual for Scientific Monitoring and Evaluation of Drug Treatment Courts in the Americas, Organization of American States, Washington D.C.
- Melossi, Darío y Massimo Pavarinni (1985). Cárcel y Fábrica. Los orígenes del sistema penitenciario, Silo XXI, México.
- Ministerio del Interior y de Seguridad Pública (s/f), [en línea]. Recuperado de [<http://www.senda.gob.cl/>]. Consulta: agosto 2016.
- Morales, Welsch, Cárcavo, Aguilar y Sosa (2015) "Reinserción social y laboral de infractores de ley" [en línea]. Recuperado de [www.academia.edu/.../Estado_actual_de_programas_de_reinserción_laboral_ejecutad...]. Consulta: agosto 2016.
- Mumola y J. C. Karberg (2007). "Drug Use and Dependence, State and Federal Prisoners U.S.", Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, Washington, DC, USA.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2012). "Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide", Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, NIH publication, No. 11-5316.
- Natera, Guillermina, Francisco Juárez, Ma. Elena Medina y Marcela Tiburcio (Diciembre 2007). "La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas" en Revista Mexicana de Psicología, núm.2, vol.24, México.
- NADCP (National Association of Drug Court Professionals) (2004). "Drug Courts Work", National Association of Drug Court Professionals, [en línea]. Recuperado de [<http://www.nadcp.org/learn/facts-and-figures>]. Consulta: agosto 2016.
- NSDUH (National Survey on Drug Use and Health) (2012). "Summary of National Findings" U.S. Department of Health and Human Services, USA.
- ONCSJL (2014). "Reporte sobre Delitos de Alto Impacto", [en línea]. Recuperado de [<http://onc.org.mx/wp-content/uploads/2014/03/Reporte-ENE-2014-ONC-WEB-2.pdf>]. Consulta: agosto 2016. OJP (s/a). "Bureau of Justice Assistance Center for Program Evaluation Drug Courts" [en línea]. Recuperado de [http://ojp.usdoj.gov/BJA/evaluation/psi_courts/drug-index.htm].

- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015). “Diálogo de Alto Nivel sobre Alternativas al Encarcelamiento. Diciembre 2015” [en línea]. Recuperado de [\[http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/dtca/ai_dialog/default_spa.asp\]](http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/dtca/ai_dialog/default_spa.asp). Consulta: julio y agosto 2016.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2013). *Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una respuesta internacional para infractores dependientes de drogas: Un enfoque práctico de los Tribunales de Tratamiento de Drogas para los responsables de políticas*, OEA y School of Public Affairs, Washington D.C.
- OADPRS (Órgano Administrativo Desconcentrado para la Prevención y Readaptación Social) (2015). Respuesta a una solicitud de información realizada por Mauricio Torres vía Transparencia, entregada a CNN México, México.
- Pierce, Matthias, *et.al*, (2015). Quantifying crime associated with drug use among a large cohort of sanctioned offenders in England and Wales. *Revista EISEVIER*, p. 8.
- PGJE (s/f). “Convenio Chiapas y OEA”, [en línea]. Recuperado de http://www.pgje.chiapas.gob.mx/prensa/articulo.aspx?id_articulo=091CD0A6-7A3A-4755-969F-2365A39F0E3E. Consultado en agosto, 2016.
- Rempel, Michael, Valerie Raine and Antonio Lomba (2014). “Estudio Diagnóstico Del Modelo De Tribunal De Tratamiento De Adicciones De Guadalupe, Nuevo León, Mexico”, Organization of American States, Washington D.C.
- Rojas-Guiot, E. (1999). “El consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo” [en línea]. Recuperado de [\[http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000698\]](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000698). Consulta: agosto, 2016.
- Rossman, Shelli B., John Roman, Janine M. Zweig, Michael Rempel, and Christine Lindquist (2011). “The Multi-Site Adult Drug Court Evaluation”. The Urban Institute, Washington, D.C.
- Seddon, Toby (January, 2000). “Explaining the Drug-Crime Link: Theoretical, Policy and Research Issue”, vol.29, Cambridge, USA.
- SESNSP (2016). “Instrumento para el registro, clasificación y reporte de delitos” en Carpeta de Investigación, México, [en línea]. Recuperado de [\[secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/nueva.../Manual_Nuevo_Instrumento.pdf\]](http://secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/nueva.../Manual_Nuevo_Instrumento.pdf). Consulta: agosto 2016.
- Sevigny, E., H. Pollack and P. Reuter, P. (2013). “Can Drug Courts Help to Reduce Prison and Jail Populations?” en *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, May 2013, vol. 647, no. 1, USA, pp.190-212.
- Shaffer, D. (2006). *Reconsidering drug court effectiveness: A meta-analytic review*, University of Nevada, Department of Criminal Justice, Las Vegas, USA.

- SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones) (2016). Informe anual 2016, Dirección de Información Epidemiológica, México.
- SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones) (2012). Informe anual 2014, Dirección de Información Epidemiológica, México, [en línea]. Recuperado de [\[187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2012.pdf\]](http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2012.pdf). Consulta: julio 2016.
- Solís, Leslie, Néstor De Buen y Sandra Ley (Agosto, 2013). "México Evalúa Centro de Análisis de Políticas Públicas, La cárcel en México: ¿Para qué?", México, [en línea]. Recuperado de [\[:www.mexicoevalua.org\]](http://www.mexicoevalua.org). Consulta: julio 2018.
- SPPC (Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana), (2018). "Guía Básica para Implementadores de Programas de Reinserción Social de Personas en Conflicto con la Ley que presentan Consumo de Sustancias Psicoactivas", México.
- SSA (Secretaría de Salud) (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Drogas ilícitas, México.
- SSA (Secretaría de Salud) (2008). Modelo de Atención UNEME-CAPA. Centros de atención primaria en adicciones "Nueva Vida", México.
- Taylor, T. (2000). "Behavior family interventions for improving childrearing: a review of the literature for a clinicians and policy makers" en *Clinical Child and Family Psychology Review*, New York, USA.
- Tilley, Nick (2013). "Responsabilidad y competencia en la prevención comunitaria del delito" en Revista de Análisis de Derecho, Barcelona.
- Toronto Drug Treatment Court (s/f) [en línea]. Recuperado de [\[http://www.tdtc.ca/\]](http://www.tdtc.ca/). Consulta: junio 2016.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), (2018). "Informe mundial sobre las drogas 2018", Nueva York, USA.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), (2008). "Principles of Drug Dependence Treatment", USA.
- UNODC y Gobierno Nacional de la República de Colombia (2014). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013, UNDOC/Gobierno de Colombia/CICAD/OEA/INL.
- UNODC Declaración Ministerial 2019 "Fortalecimiento de Nuestras Medidas a Nivel Nacional, Regional e Internacional para Acelerar el Cumplimiento de Nuestros Compromisos Conjuntos a fin de Abordar y Contrarrestar Problema Mundial de las Drogas [En línea] Recuperado de [\[https://www.unodc.org/documents/hlr/19-06702_S_ebook.pdf\]](https://www.unodc.org/documents/hlr/19-06702_S_ebook.pdf). Consulta: enero 2020.
- Valenzuela Eduardo Y Larroulet Pilar, La relación droga y delito: Una estimación de la fracción atribuible, Estudios Públicos, 119 (invierno 2010). Recibido: marzo 2010. Aceptado: junio 2010.

- Vilalta Perdomo, Carlos J. (enero-abril 2010). Un examen de la relación entre el consumo de sustancias y la comisión de delitos en México, Estudios Sociológicos, vol. XXVIII, núm. 82, El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México, pp.113-134.
- Vilalta, Carlos y Gustavo Fondevila (2013). “Perfiles criminales I: Frecuencias y descriptivos”, CIDE, México.
- Wacquant, Loïc (2009). Prisons of Poverty, Review, USA.
- Wexler, David (2009). “La Justicia Terapéutica: Una visión general” [en línea]. Recuperado de [\[cejfe.gencat.cat/web/.content/home/.../activitats.../justicia_terapeutica_resum.pdf\]](http://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/.../activitats.../justicia_terapeutica_resum.pdf). Consulta: agosto 2016.
- Wexler, David B. (2008). “Adding Color to the White Paper: Time for a Robust Reciprocal Relationship between Procedural Justice and Therapeutic Jurisprudence”, Court Review, vol. 44, USA.
- Wexler, David B. (1993). “Therapeutic Jurisprudence and the Criminal Courts”, William & Mary Law Review, vol.35 (1), USA.
- Winick, Bruce y David Wexler (2003). Judging in a Therapeutic Key: Therapeutic Jurisprudence and the Jurisprudence, Carolina Academic Press Durham, USA.
- Winick, Bruce y David Wexler (1991). Therapeutic jurisprudence and criminal mental health, Carolina Academic Press, Justor, USA.
- WOLA y TNI (2010). “Sistemas sobrecargados: Leyes de drogas y cárceles en América Latina” [en línea]. Recuperado de [\[https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_192.pdf\]](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_192.pdf). Consulta: julio 2016.
- World Health Organization (1994). “Lexicon of Alcohol and Drug Terms” [en línea]. Recuperado de [\[http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf\]](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf). Consulta: 29 de junio de 2018.
- Zepeda Lecuona, Guillermo (2011). Seguridad Ciudadana y Juicios Orales en México. Biblioteca Jurídica Virtual, IIJ, Universidad Nacional Autónoma de México, [en línea]. Recuperado de: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/7/3064/20.pdf>. Consulta:

GLOSARIO

Adherencia terapéutica	El grado de coincidencia del comportamiento de una persona en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de las personas profesionales de la salud que le atienden.
Alta del/la paciente	Decisión de una persona profesional de la salud cuando el tratamiento (medicamentoso, quirúrgico y no rehabilitatorio) ha sido resuelto en esa instancia, aun y cuando pudiera continuar en otra forma, espacio o tiempo.
Ambulatorio	Tratamiento que no exige que la persona usuaria permanezca ingresada en un centro residencial.
Asistencia social	Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral de las y los individuos, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. La asistencia social comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación.
Atención adictológica	Conjunto de acciones coordinadas de promoción y de educación para la salud, protección específica, atención médica de enfermedades y rehabilitación de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas que se desarrollan por interacciones de diferentes grupos profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud de las y los individuos o recuperarla en interacción con la familia o la comunidad.
Atención de consulta ambulatoria	Servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud, para consulta o tratamiento sin que sea hospitalizada.
Atención psicológica	Es brindada por personal de psicología clínica entrenado, que forma parte del equipo multidisciplinario de salud mental, quien trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento, así como, problemáticas de salud mental utilizando psicoterapia y otros recursos terapéuticos entre los que se pueden mencionar, enunciativamente mas no limitativamente, psicoeducación, terapia grupal, entre otros, dependiendo de la gravedad de la patología. La atención psicológica difiere de acuerdo al tipo de unidad de atención de salud mental, en las unidades de primer nivel se realizan detecciones de casos, psicoeducación y actividades preventivas; en las unidades de segundo nivel se atienden casos de forma ambulatoria y en internamiento y en las unidades del tercer nivel se atiende a personas que están en hospitalización o en alguna unidad comunitaria de rehabilitación psicosocial.

Audiencia		Acto procesal para aducir razones o pruebas que se ofrece a un interesado en juicio o en expediente.
Audiencias de seguimiento	de	Tienen por objeto que el órgano jurisdiccional constate el cumplimiento de las obligaciones y escuche a la persona participante sobre su avance y progreso en el PJT.
Audiencias especiales		Pueden celebrarse fuera de las audiencias de seguimiento, cuando exista la necesidad de hacer cambios, ajustes o cualquier otro supuesto en beneficio del proceso de rehabilitación de la persona participante.
Audiencia inicial		Acto procesal a través del cual se le solicita al órgano jurisdiccional, el ingreso al PJT; mediante alguna solución alterna o, en su caso, como sustituto penal.
Calidad de vida		Condición que resulta del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de éstas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y las aspiraciones personales). Según la OMS, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.
Cédula de evolución y cumplimiento	de y	Instrumento escrito que permite la medición objetiva y sistemática de la evolución clínica y el cumplimiento del plan terapéutico de la persona participante.
Centro Coordinador Casos (CCC)	de	Se entiende como CAPA, CENTRA, UNEME-CAPA u otro centro de atención en salud designado por las y los coordinadores del PJT del estado.
Comorbilidad		La existencia o la presencia de cualquier entidad distinta adicional durante el curso clínico del/la paciente que tiene una enfermedad indexada bajo estudio.
Consentimiento Informado		Documentos escritos, signados por el/la paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.
Consejero adicciones	(a) en	Personal técnico, no profesional, adicto en recuperación que brinda orientación, acompañamiento y apoya en el proceso de tratamiento y rehabilitación de consumo de sustancias psicoactivas.
Consejero adicciones: contra-referencia	(a) en	Decisión médica en la que se determina el envío de pacientes a un nivel de menor capacidad resolutoria para continuar su atención médica, después de haber sido atendidos de un daño específico a la salud. Ésta se realiza con base a criterios técnico-médicos y administrativos, con el informe

	correspondiente de las acciones diagnósticas y terapéuticas realizadas y por realizar en la unidad referida.
Cuidado	Acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas. Incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.
Daño orgánico	Daño fisiológico asociado al consumo de sustancias psicoactivas.
Defensa	Licenciado en derecho con cédula profesional vigente, con capacitación en justicia terapéutica o de carácter privado que asume la defensa de las personas participantes del MNJT.
Diagnóstico diferencial	Es la distinción de enfermedades que se presentan con un cuadro clínico y/o de laboratorio muy similar. En esos casos, las y los médicos deben hacer un diagnóstico diferencial, a veces apoyados en un procedimiento de descarte.
Diagnóstico dual	Término general que se refiere a la comorbilidad o coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de otro trastorno psiquiátrico en la misma persona.
Diagnóstico médico	Identificación de la existencia o no de una enfermedad, fundándose en los síntomas y signos clínicos para determinar un padecimiento o condición clínica, auxiliándose para ello, en caso necesario, de estudios extra respecto al diagnóstico y tratamiento.
Dopaje	Es el uso por parte de una persona de sustancias legales e ilegales (como estimulantes, hormonas, diuréticos, narcóticos y marihuana), el uso de métodos prohibidos (como transfusiones de sangre o dopaje genético) e incluso la negativa a pasar un control antidopaje o un intento de manipular controles antidopaje.
Egreso hospitalario	Evento de salida del/la paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital.
Enfermera (o)	Es la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional y se le ha expedido cédula de ejercicio con efectos de patente por la autoridad educativa competente para ejercer profesionalmente la enfermería.

Enlace de Reinserción Social	Funcionario o funcionaria designada por la Secretaría de Gobierno de cada entidad federativa que realizará tareas de reinserción social en el marco del PJT.
Equipo multidisciplinario	Grupo de trabajo que colabora para lograr la rehabilitación y reinserción social de la persona participante, compuesto por: Juez/Jueza, Ministerio Público y/o Fiscal, Facilitador, Defensor (a), Representante del Centro de Tratamiento, Agente de Supervisión, Psicólogo (a) Clínico (a) especializado en adicciones y/o Psiquiatra; y Enlace.
Establecimientos del sistema nacional de salud	Aquella unidad pública, privada o social, sea esta fija o móvil, que preste servicios dentro del sector salud, cualquiera que sea su denominación. Se consideran establecimientos del Sistema Nacional de Salud a las unidades médicas, establecimientos de apoyo, de asistencia social y unidades administrativas.
Establecimientos especializados en adicciones	Son los establecimientos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, que proporcionan servicios para la atención específica de personas con dependencia a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto.
Estilo de vida	Conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que interactúa con los padres, los pares, las autoridades y la comunidad e influida por los medios de comunicación.
Estigmatizar	Afrentar, infamar, marcar.
Evaluación Adictológica	Análisis crítico, cualitativo y cuantitativo de los resultados de la valoración integral que realiza el equipo multidisciplinario a la persona usuaria, con el fin de establecer el plan terapéutico y los objetivos del tratamiento.
Evaluación clínica psicológica	Valoración para la persona usuaria y sus familiares, a efecto de coadyuvar al equipo de profesionales de salud, en el diagnóstico y plan terapéutico o de tratamiento, de apoyo y de rehabilitación como parte de un abordaje integral.
Evaluación psiquiátrica	Método por el cual se establece un diagnóstico de trastorno mental y se planifica una intervención. A través de ésta se indagan los síntomas que presentan la persona usuaria y los factores que contribuyen a su aparición y mantención. La evaluación psiquiátrica involucra obtener una detallada anamnesis, un examen del estado físico y mental del/la paciente y la planificación de futuras investigaciones cuando sea apropiado.
Evaluación socio-comunitaria	Análisis y valoración de las transformaciones y dinámicas que se producen durante el proceso de interacción social y

	<p>comunitaria por parte de la persona participante en su entorno inmediato. Esta ofrece la posibilidad de evaluar los efectos provocados por la misma, así como las barreras interpuestas. De manera paralela, es posible determinar los niveles de desarrollo alcanzados y una valoración integral, con el propósito de obtener elementos y parámetros fundamentados de las acciones presentes y mejorar las futuras. Es importante mencionar que dicha evaluación representa el punto de inicio para llevar a cabo el proceso y acompañamiento de la reinserción social de la persona participante.</p>
Expediente clínico	<p>Conjunto único de información y datos personales de pacientes que se integran dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole; en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica de las y los pacientes, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.</p>
Factor de riesgo	<p>Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.</p> <p>Situaciones de tipo individual, familiar, escolar o social que incrementan las probabilidades de que las personas desarrollen conductas violentas o delictivas.</p>
Factores protectores	<p>Rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que una persona inicie o continúe un proceso adictivo.</p>
Gestor de casos	<p>Persona encargada de la gestión, vinculación y coordinación de los servicios de las diferentes instituciones para la atención integral de la persona usuaria.</p>
Grupo de ayuda mutua	<p>Grupo en el cual las personas participantes se ayudan mutuamente a recuperarse o a mantener la recuperación de la dependencia del alcohol u otra droga, de los problemas relacionados o de los efectos de la dependencia de otra persona, sin tratamiento ni orientación profesional.</p>
Guías de práctica clínica	<p>Elementos de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica.</p>
Historia clínica	<p>La historia clínica es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se</p>

		<p>registran cronológicamente las condiciones de salud del/la paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del/la paciente o en los casos previstos por la Ley.</p>
Historia adictológica integral	clínica	<p>Documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del/la paciente, los actos y procedimientos ejecutados por el equipo multidisciplinario involucrado en la atención de la persona usuaria.</p>
Historia de consumo	del	<p>Conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.</p>
Instrumento diagnóstico		<p>En medicina general, cualquier aparato o instrumento y, por extensión, cualquier procedimiento o entrevista clínica que se emplea para determinar el estado médico de una persona o la naturaleza de su enfermedad. Cuando se aplica al consumo de sustancias y otros trastornos del comportamiento, esta expresión designa sobre todo los cuestionarios dirigidos al diagnóstico, incluidas las entrevistas estructuradas que pueden administrar evaluadores (as) adiestrados (as) sin formación médica.</p>
Instrumento interconsulta		<p>Procedimiento que permite la participación del/la profesional de la salud en la atención del/la paciente, a solicitud del/la médico tratante.</p>
Intervenciones de enfermería dependientes	de	<p>Son las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otra persona profesional de la salud en el tratamiento de los/las pacientes.</p>
Intervenciones de enfermería independientes	de	<p>Son las actividades que ejecutan las personas de enfermería, dirigidas a la atención de las respuestas humanas; son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar el personal, de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.</p>
Intervenciones de enfermería interdependientes	de	<p>Son las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos (as) en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otras personas profesionales.</p>
Intoxicación		<p>Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva que causa alteraciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en el juicio, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas</p>

	psicofisiológicas. Las alteraciones están relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y con las respuestas aprendidas a dicha sustancia, y desaparecen con el tiempo; la recuperación es completa, salvo cuando se han producido lesiones tisulares u otras complicaciones.
Justicia Terapéutica	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, humanizando la ley y preocupándose del lado psicológico, emocional y humano de la ley y el proceso legal (David B. Wexler).
Ministerio público o fiscal	Funcionario o funcionaria del Ministerio Público, con capacitación en justicia terapéutica, que asume la representación de la persona víctima y/u ofendida del caso ingresado al PJT.
Norma oficial mexicana (NOM)	Es la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias normalizadoras competentes a través de los Comités Consultivos Nacionales de Normalización, conforme al artículo 40 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización (LFMN), la cual establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se le refieran a su cumplimiento o aplicación.
Médico especialista	Aquél o aquélla que obtuvo la cédula de médico general y que a través de un programa de formación de posgrado (residencia médica) obtiene la especialidad en un área específica.
Médico especialista: Médico general	Aquel o aquélla que presenta conocimiento y destrezas necesarias para intervenir en el primer nivel de atención médica del sistema de salud, dar atención de forma integral a las personas con un enfoque clínico-epidemiológico y social; así como en la promoción de la salud, preventivo, de diagnóstico y rehabilitación.
Obligaciones	Los acuerdos pactados entre la persona víctima y/u ofendida y la persona imputada, mediante la celebración de un AR; las condiciones impuestas por el órgano jurisdiccional en una SCP; o las obligaciones impuestas por el órgano jurisdiccional en un sustitutivo de la pena.
Objetivos del tratamiento	Planteamiento de las metas a alcanzar por medio de las intervenciones del equipo multidisciplinario que brinda atención integral a la persona usuaria.
Oficio de inclusión al Programa JT	Documento mediante el cual, se canaliza a la persona usuaria para participar en el Programa JT.

Órgano jurisdiccional	Juez o Jueza del Poder Judicial del Estado, con capacitación en justicia terapéutica, que conoce del caso ingresado al PJT.
Persona imputada	Persona a la que se le atribuye la comisión de un hecho que la ley señala como delito y que se encuentra en calidad de detenida o requerida en la Procuraduría o Fiscalía General del Estado.
Persona víctima y/u ofendida	Persona física que haya sufrido algún daño o menoscabo físico, mental, emocional o en general, cualquier puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos, como consecuencia del delito que se le atribuye a la persona imputada.
Plan de actividades	Plan individual, continuo y dinámico que tiene en cuenta aspectos como educación, capacitación y ocupación laboral, cultura, deporte, y las que hubieran de tenerse en cuenta para el crecimiento personal, la mejora de las capacidades y habilidades sociales y laborales y la superación de los factores de riesgo.
Plan de tratamiento	Planificación del conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.
Prevención	Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo. Provisión de mantenimiento o de otra cosa que sirve para un fin. Concepto, por lo común desfavorable que se tiene de alguien o algo.
Prevención de la recaída	Conjunto de procedimientos terapéuticos utilizados, en los casos de problemas con el alcohol y otras drogas, para ayudar a los afectados a evitar o a superar la vuelta al consumo o recaída hacia un consumo no controlado de la sustancia.
Prevención primaria	Evita la adquisición de la enfermedad (vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.).
Prevención secundaria	Va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión.
Prevención terciaria	Comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello limitar la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidarles, intentando mejorar la calidad de vida de los/las pacientes.

Primer nivel de atención de salud	Servicios de salud que llevan a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad.
Profesionales de la salud	Al personal que labora en las instituciones de salud como: médicos, odontólogos (as), biólogos (as), bacteriólogos (as), enfermeras (os), trabajadoras (es) sociales, químicos, psicólogos (as), ingenieros (as) sanitarios (as), nutriólogos (as), dietólogos (as), patólogos (as) y sus ramas que cuenten con título profesional o certificado de especialización que hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.
Prueba de detección de metabolitos de abuso	Método de detección en fluidos o tejidos corporales (sangre, orina, saliva, cabello, humor vítreo, etc.) de los principales metabolitos de drogas de abuso, se clasifican en presuntivos (tamizaje o “screening”, inmunoensayos, radioinmunoanálisis, cromatografía de capa fina) y en confirmatorios (cromatografía de líquidos, cromatografía de gases y electroforesis capilar acopladas a espectrofotometría).
Promoción de la salud	Acciones que se realizan con el objeto de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en las personas las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.
Recaída	Acción de volver a beber o a consumir otra droga tras un período de abstinencia, acompañada a menudo de la reinstauración de los síntomas de dependencia.
Recuperación	Mantenimiento de la abstinencia del alcohol y/u otras drogas por el medio que sea.
Redes de servicio de salud	Infraestructura hospitalaria que brinda la optimización de los servicios de salud, por medio de su Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; y sus Herramientas de Planeación.
Reducción de daños	En el contexto del consumo de sustancias psicoactivas, expresión que describe las políticas o los programas que se centran directamente en reducir los daños derivados del consumo de alcohol o drogas.
Reducción de la demanda	Término general usado para describir las políticas o programas dirigidos a reducir la demanda de sustancias psicoactivas entre las y los consumidores. Se aplica fundamentalmente a las drogas ilegales, sobre todo en referencia a las estrategias de educación, tratamiento y rehabilitación, en oposición a las estrategias basadas en el cumplimiento de la ley con el objetivo de prohibir la producción y la distribución de drogas.

Referencia	Decisión médica en la que se define el envío de pacientes (hombres y mujeres) a un nivel de mayor capacidad resolutive para la atención de un daño específico a la salud, y con base a criterios técnico-médicos y administrativos.
Referencia-Contrarreferencia	Procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
Rehabilitación	En el campo del consumo de sustancias psicoactivas, proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos.
Reinserción social	Conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social. Toda intervención que apunte a contribuir a que una persona en conflicto con la ley se integre social y psicológicamente en el entorno sociocomunitario, para reducir la probabilidad de incidencia delictiva.
Reporte evolución	de Documento escrito, elaborado por el gestor de casos acerca de las observaciones de la persona usuaria, se registra en forma objetiva, clara, concreta comprensible y sistemática de la evolución de la enfermedad y los avances en los objetivos del plan terapéutico.
Responsable área sanitaria	del Profesionales con título registrado por las autoridades educativas competentes. Se encarga de garantizar la seguridad y calidad de los procesos que se realizan en el establecimiento de salud.
Salud física	Corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.
Salud mental	Es el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee una persona, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.
Salud ocupacional	Actividad multidisciplinaria que controla y realiza medidas de prevención para cuidar la salud de las y los trabajadores. Esto incluye enfermedades, cualquier tipo de accidentes y todos los factores que puedan llegar a poner en peligro la vida, la salud o la seguridad de las personas en sus respectivos trabajos.

Segundo nivel de atención de salud	Servicios de salud que brindan las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio.
Servicio de urgencias	Conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.
Síndrome de abstinencia	Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado y/o en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico.
Síndrome de dependencia	Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia psicoactiva.
Sistema nacional de salud	Conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas morales o físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.
Tamizaje	Acciones preventivas en las cuales una prueba o examen sistematizado es usado, para identificar a los/las pacientes que requieren una intervención especial.
Tamizaje: Tercer nivel de atención de salud	Servicios de salud que brindan atención especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica. En este grupo se encuentran los 12 Institutos Nacionales de Salud.
Trabajo social	Profesión que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y a la transformación de los procesos sociales para incidir en la participación de las personas y en el desarrollo social.
Trastorno por uso de sustancias	Son trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del uso de sustancias predominantemente psicoactivas, incluidos medicamentos o comportamientos repetitivos específicos de recompensa y refuerzo.
Tratamiento eficaz	Medidas de abordaje exitosas con las cuales se logra la rehabilitación, recuperación y reinserción social de sujetos con trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
Urgencia	Todo problema médico-quirúrgico-psiquiátrico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.



Violencia

Es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.