



**UNIVERSAL
CURRICULUM**
Treatment of Substance Use Disorders

Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana
para el control del abuso de Drogas de la
Organización de los Estados Americanos
(SE-CICAD-OEA)

Plan de Tratamiento Universal para los Trastornos
por Consumo de Sustancias (UTC)

Manual para instructores

UTC 82

Gestión de Caso y Atención Integral

1a Edición, 2023



OEA | CICAD





**UNIVERSAL
CURRICULUM**
Treatment of Substance Use Disorders

*Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana
para el control del abuso de Drogas de la
Organización de los Estados Americanos
(SE-CICAD-OEA)*

*Plan de Tratamiento Universal para los Trastornos
por Consumo de Sustancias (UTC)*

Gestión de Caso y Atención Integral

Manual para instructores

1a edición, 2023



OEA | CICAD



UTC Nivel Avanzado - UTC 82

OAS Cataloging – In- Publication Data

Inter-American Drug Abuse Control Commission.

Manual para instructores: UTC 82: Gestión de caso y atención integral [Elaborado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas].

p.; cm. (OAS. Documentos oficiales;OEA/Ser.L/XIV.6.83)

ISBN 978-0-8270-7695-2

1. Drug abuse--America--Handbooks, manuals, etc. 2. Substance abuse--Treatment--America. 3. Alternatives to imprisonment--America. I. Title. II. Organization of American States. Secretariat for Multidimensional Security. Executive Secretariat of the Inter-American Drug Abuse Control Commission. III. The Universal Treatment Curriculum for Substance Abuse Disorders (UTC). Series.

OEA/Ser.L/XIV.6.83

Créditos y agradecimientos

Esta publicación fue posible gracias al liderazgo institucional del Embajador Adam E. Namm, Secretario Ejecutivo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos. Un reconocimiento especial a la contribución de la Oficina de Asuntos Internacionales sobre Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estados de los Estados Unidos de América por el apoyo institucional y financiero para hacer realidad esta herramienta de capacitación.

Autora/

coordinadora principal

Elisa Rubini

Director del proyecto

Antonio Lomba Maurandi

Coautores

Dr. Igor Koutsenok

Dr. Peter Rogers

Michele Worobiec

Editores

Antonio Lomba Maurandi

Elisa Rubini

Colaboradores

Dr. Elisabet Arribas-Ibar

Monica Barzanti

Dr. David Best

Fabian Gustavo Chiosso

Dr. Sofia M. Cobo Téllez

Evangeline Curbelo Arroqui

Oriols Esculies

Elena Presencio Serrano

Victor Fraga Gayoso

Melody Heaps

Max Moller

Dr. Mariano Montenegro Corona

Bridget Neamo

Rodrigo Portilla Huidobro

Charlotte A. Sisson

Jeffrey Zinsmeister

Grupo de Revisión de Pares

Julia Alvarado

Robin Cuff

Dr.Nyein Zaw Htet Doe

Tania Gordillo

Nathalie Panabokke

Kenneth Robertson

Lizett Schreiber

Jose Luis Vasquez

Karely Villanueva

Otros colaboradores

Samantha Hargy

Bettina Latuff

Luisa Fernanda Neira

Luis Suarez-Isaza

Diseño gráfico

Maria Montas

ISBN 978-0-8270-7695-2

COPYRIGHT © (2023) Organización de los Estados Americanos.

Aviso de dominio público

Todos los materiales que aparecen en este curso, excepto aquellos tomados directamente de fuentes protegidas por derechos de autor, son del dominio público y pueden ser reproducidos o copiados sin autorización del Departamento de Estado de EE. UU. INL, Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA), o los autores. Se agradece la citación de la fuente. Sin embargo, esta publicación no se puede reproducir ni distribuir con fines de lucro sin la autorización expresa por escrito de INL y la SG/OEA.

Esta publicación fue preparada por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (SE-CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (SSM/OEA). Fue desarrollada bajo el auspicio del Programa de Alternativas al Encarcelamiento, una iniciativa coordinada por la SE-CICAD/SSM/OEA. Esta publicación ha sido posible gracias a la contribución financiera del Gobierno de Estados Unidos a través de la Oficina de Asuntos Internacionales sobre Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado. Los contenidos expresados en este documento se presentan exclusivamente con fines informativos y no representan necesariamente la opinión o posición oficial de INL o del Departamento de Estado de los Estados Unidos, la Organización de los Estados Americanos, su Secretaría General o sus Estados Miembros. Las directrices de este documento no deben considerarse sustitutas de la atención individualizada a la persona participante en el programa.

Gestión de Caso y Atención Integral

**Manual para
instructores**

1a edición, 2023

Aviso legal

Curso de Gestión de Caso y Atención Integral

Las intervenciones para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias descritas o referidas en este documento no reflejan necesariamente la posición oficial del INL o del Departamento de Estado de los Estados Unidos. Las directrices de este documento no deben considerarse sustitutos de una atención individualizada a la persona participante en el programa.

CONTENIDO

Parte I - Orientación para instructores

Orientación para los instructores	1
---	---

Parte II - Agenda maestra

Agenda maestra	16
----------------------	----

Parte III - Formularios de evaluación

Evaluación diaria	19
Evaluación global de la formación	20

Parte IV - Módulos de formación

Módulo 1 - Introducción a la formación	23
Módulo 2 - Investigación sobre la adicción, el comportamiento delictivo, el tratamiento y la recuperación	41
Módulo 3 - El enfoque multisistémico de la Gestión de Caso y Atención Integral	111
Módulo 4 - Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral	143
Módulo 5 - Funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral	185
Módulo 6 - Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral	231
Módulo 7 - La interacción del Gestor/a de Caso y Atención Integral en el enfoque multisistémico	271
Módulo 8 - El perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral	299
Módulo 9 - Hoja de ruta para la implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral	323
Módulo 10 - Ejercicio de implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral	355

Parte V - Apéndices

Apéndice A - Instrucciones para los ejercicios de la capacitación	373
Apéndice B - Glosario	384
Apéndice C - Recursos	387

ORIENTACIÓN PARA INSTRUCTORES

Introducción

El problema

El consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos por consumo de sustancias (TCS) siguen siendo uno de los principales problemas que repercuten en la salud y en las actividades sociales y económicas de todo el mundo. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) informa que, en 2017, unos 271 millones de personas de entre 15 y 64 años habían consumido sustancias ilícitas al menos una vez en el año anterior (UNODC, 2019).

De quienes consumen sustancias psicoactivas, un número importante desarrollará problemas de consumo de sustancias o TCS. La encuesta de la UNODC de 2019 señala que alrededor de 35.3 millones de personas de entre 15 y 64 años sufren trastornos por consumo de drogas. Esta cifra es un 15% más alta que las estimaciones anteriores e incluye nueva información sobre el consumo de drogas de la India y Nigeria (UNODC, 2019).

Los TCS contribuyen significativamente a la enfermedad global, la discapacidad y la muerte. El consumo de drogas inyectables es una importante vía de transmisión de graves enfermedades transmisibles como la hepatitis C y el VIH/Sida. La UNODC, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman conjuntamente que 11.3 millones de personas se inyectan drogas, lo que corresponde a una tasa de prevalencia del 0.25% dentro de la población de 15 a 64 años (UNODC, 2019). Se calcula que una media del 14% del total de personas que se inyectan drogas vive con el VIH. Además, se calcula que más de la mitad de las personas que se inyectan drogas viven con hepatitis C.

Las muertes relacionadas con las drogas también muestran el daño extremo que puede provocar el consumo de drogas. El Estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017 estima que, en todo el mundo, en dicho año, se produjeron 585,000 muertes y se perdieron 42 millones de años de vida saludable debido al consumo de drogas (UNODC, 2019).

Además, como se señala en el informe de la UNODC de 2019, se estima que solo uno de cada siete consumidores problemáticos de drogas en todo el mundo recibe tratamiento para los trastornos derivados de ello o de la dependencia cada año.

El problema de los TCS es aún más frecuente si se tiene en cuenta a las personas que pasan por las prisiones y las cárceles. Los problemas de salud conductual, los TCS en concreto, son un factor que impulsa la interacción con el sistema de justicia penal.

El diseño de alternativas al encarcelamiento para personas con un TCS que se enfrentan a cargos menores o no violentos relacionados con las drogas puede ser una forma eficaz de abordar las necesidades clínicas subyacentes que a menudo contribuyen a la probabilidad de que un individuo se involucre en un comportamiento delictivo. Mediante el diseño de intervenciones que identifiquen las necesidades de las personas y las pongan en contacto con los servicios de tratamiento de apoyo en su comunidad, los formuladores de políticas pueden influir en lo siguiente:

- Reducir el consumo de drogas y efectos adversos para la salud pública;
- Reducir el comportamiento delictivo y la reincidencia;
- Brindar protección a las víctimas frente a futuros delitos; y
- Aumentar las oportunidades de inserción social de las personas con trastornos por consumo de sustancias que han cometido delitos no violentos debido a su consumo de drogas.

Aviso legal

En este manual se utilizan los términos Trastorno por consumo de sustancia (TCS) y adicción. A pesar de que los autores preferirían el término TCS, el uso de la palabra adicción todavía está muy extendido en los países en todo el mundo. El manual se refiere a la definición de NIDA que se usa consistentemente en las publicaciones del Currículo Universal (UC). La adicción se define como un trastorno crónico con recaídas caracterizado por búsqueda y uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias adversas.

(NIDA,2020)

Plan de estudios de la Gestión de Caso y Atención Integral

Este plan de estudios de *Gestión de Caso y Atención Integral* ha sido desarrollado por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (SE-CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (SSM/OEA), en colaboración con Alternativas de Tratamiento para Comunidades Seguras (TASC) y un grupo asesor internacional de *Gestión de Caso y Atención Integral*. Ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Oficina de Asuntos Internacionales contra el Narcotráfico y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos.

Más ampliamente, la *Gestión de Caso y Atención Integral* forma parte de una serie de formación sobre alternativas al encarcelamiento desarrollada con financiación del Departamento de Estado de los Estados Unidos, y la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (SE-CICAD) y el Programa de Asesoramiento sobre Drogas del Plan Colombo. Puede encontrar más información sobre la SE-CICAD y el Plan Colombo en http://www.cicad.oas.org/main/default_spa.asp y <http://www.colombo-plan.org>, respectivamente.

Tras el curso *Alternativas al encarcelamiento*, que apoyó el diseño y la implementación de sistemas a nivel nacional que promueven modelos alternativos para personas con TCS que se enfrentan a cargos penales menores o no violentos relacionados con las drogas, el currículo de Gestión de Caso y Atención Integral proporciona conocimientos adicionales sobre la implementación de una red de servicios coordinados para esta población.

El objetivo final del plan de estudios es capacitar a las y los formuladores de políticas y a los profesionales de los sectores judicial, sanitario y de servicios sociales sobre las ventajas de la *Gestión de Caso y Atención Integral* como herramienta especializada capaz de apoyar al poder judicial en la provisión de alternativas al encarcelamiento basadas en el tratamiento en diferentes momentos para infractores menores o no violentos con TCS. La Gestión de Caso y Atención Integral forma a profesionales altamente especializados para que trabajen con las personas participantes involucradas en el sistema judicial, guiándolas en su camino hacia la recuperación e integración social, reduciendo así la reincidencia en el comportamiento delictivo y mejorando la seguridad pública.

Metas y objetivos del plan de estudios de la Gestión de Caso y Atención Integral

Objetivos de formación

- Ilustrar las implicaciones para la seguridad pública y la salud pública de las intervenciones de tratamiento, recuperación e integración social en el entorno del sistema judicial;
- Aumentar la comprensión de los participantes sobre la adicción, el comportamiento delictivo, la recuperación y la continuidad de la atención;
- Presentar una definición de la Gestión de Caso y Atención Integral;

- Presentar el papel de la Gestión de Caso y Atención Integral en el enfoque multisistémico;
- Ilustrar el valor añadido de la Gestión de Caso y Atención Integral en el sistema judicial;
- Ilustrar los valores, los elementos críticos y las funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral;
- Presentar los modelos de Gestión de Caso y Atención Integral;
- Ilustrar cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral interactúa con las partes interesadas en el enfoque multisistémico;
- Presentar el perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral; y
- Presentar una visión general de cómo aplicar la Gestión de Caso y Atención Integral a nivel nacional.

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el curso de Gestión de Caso y Atención Integral serán capaces de lo siguiente:

- Comprender el desafío global de la adicción y su relación con la seguridad pública;
- Describir la complejidad y el círculo vicioso de los TCS y el comportamiento delictivo;
- Describir cómo funcionan los TCS, la importancia de la recuperación y la continuidad de la atención;
- Comprender la importancia de la integración social en la continuidad de la atención como factor preventivo de la reincidencia en el comportamiento delictivo y los TCS;
- Describir el beneficio de la Gestión de Caso y Atención Integral en el enfoque multisistémico;
- Describir la Gestión de Caso y Atención Integral y su funcionamiento en la práctica;
- Describir el perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral y cómo contratar y formar a los profesionales.
- Comprender cómo aplicar la Gestión de Caso y Atención Integral a nivel nacional.

Personalización del plan de estudios

Este plan de estudios y sus contenidos están pensados para ser adaptados a los puntos fuertes y las necesidades del país, así como a las realidades de las personas, las familias, las comunidades y las culturas que lo utilizarán. Se ha desarrollado y dispuesto para facilitar la adaptación del plan de estudios básico a cada contexto específico:

- Se anima a las y los instructores a personalizar otros contenidos de manera que sean más eficaces para sus países;
- Se anima a las y los instructores a utilizar estos recursos a medida que los necesiten y tengan

tiempo para utilizarlos. El plan de estudios en su conjunto puede utilizarse como una sesión intensiva de tres días sobre estos conceptos y prácticas; o bien, los módulos individuales pueden utilizarse para sesiones de formación más breves o integrarse en otros eventos de formación;

- También se anima a las y los instructores a crear un entorno acogedor que refleje la comunidad en términos de comida, vestimenta, etc.

Los instructores

Competencias de los instructores

Este plan de estudios está diseñado para que lo impartan profesionales que están familiarizadas tanto con la materia como con las comunidades a las que sirven. Deben tener experiencia en impartir formación a funcionarios de alto nivel y deben estar familiarizadas con el tema.

Los instructores de este curso deben tener los siguientes conocimientos, habilidades y experiencia:

- Conocimiento de los TCS y la recuperación;
- Conocimiento práctico del sistema de justicia penal y de su funcionamiento en el país;
- Conocimiento especializado en el tratamiento basado en la evidencia para personas involucradas en la justicia, así como los conceptos del marco de riesgo criminógeno-necesidad-respuesta para tomar decisiones de intervención;
- Experiencia en el uso de las prácticas enseñadas en este curso;
- Experiencia y capacidad para informar y comunicarse con funcionarios de alto nivel en su país;
- Un enfoque colaborativo y participativo de la formación;
- Capacidad para facilitar el aprendizaje de las y los participantes, incluyendo el uso de muchos tipos de ejercicios, estudios de casos y ejercicios de grupo que respondan a muchos estilos de aprendizaje;
- Voluntad y capacidad de apoyar el proceso de aprendizaje continuo después de la formación; y
- Vínculos con las comunidades que participan en la formación.

Para este curso se requiere un mínimo de dos instructores (o co-instructores). También es muy recomendable contar con una persona de apoyo que ayude con la logística (programación, preparación de la sala, copia de materiales, etc.), sobre todo cuando se formen grupos de más de 20 participantes.

La conexión de los instructores con los participantes

Por mucho que el instructor o instructora sepa o por muy interesante que sea el curso, el éxito de una formación depende a menudo de la calidad de la conexión que tenga con los participantes. Este suele ser el elemento que llama la atención de los participantes, que permanece en su memoria después de la formación y que les inspira a utilizar lo que han aprendido y a seguir aprendiendo más sobre el tema.

Hay muchas cualidades que dan a los instructores la mejor oportunidad de establecer conexiones fuertes y positivas con los participantes. He aquí algunos ejemplos de estas cualidades:

- Los mejores instructores son los auténticos. Son fieles a sí mismos en lugar de actuar como otra persona (por ejemplo, fingiendo que son alguien de la cultura de los participantes o alguien que creen que sería más experto o autoridad que ellos). Los instructores genuinos son interesantes, pero sin tratar de atraer la atención de los participantes de una manera forzada que desvíe la atención del mensaje de la formación.
- Los instructores demuestran respeto hacia todos los participantes, sus comunidades y sus culturas. Por ejemplo, no mastican chicle mientras dirigen la formación ni utilizan palabras que puedan resultar ofensivas para algunos participantes. Adoptando una actitud de respeto, pueden ganarse el respeto de sus participantes, incrementar el respeto que los participantes sienten por sí mismos, al tiempo que muestran a las personas formas respetuosas de responder dentro de sus comunidades.
- Tanto si proceden de la cultura de los participantes como si no, los instructores eficaces saben lo suficiente sobre estas como para apreciar sus aspectos positivos y respetar sus tradiciones. No obstante, los instructores eficaces también son conscientes de los límites de su propia comprensión de los participantes y sus culturas. Nunca asumen que saben más sobre los participantes de lo que ellos mismos han aprendido a través de sus experiencias vitales únicas. Los instructores eficaces aprenden a equilibrar la necesidad de integrarse en la cultura de los participantes con la necesidad de ser profesionales. Por ejemplo, tienen un aseo personal cuidado y se visten de forma profesional: ni demasiado informal ni demasiado formal.

Enfoque en el proceso comunitario

Es importante que los instructores consideren esta formación como parte de un esfuerzo más amplio y continuo en su país. Los instructores deben:

- Aumentar la comprensión y el interés de los participantes en la Gestión de Caso y Atención Integral con vistas a la implantación de los servicios a nivel nacional.
- Verse a sí mismos como “facilitadores” que hacen posible que los participantes descubran su propia manera de dar forma a la Gestión de Caso y Atención Integral, en lugar de como autoridades que reparten conocimientos a alumnos pasivos.
- Encontrar una manera de dejar que el proceso del grupo se desarrolle de forma natural y siga el programa, de modo que los participantes puedan establecer relaciones entre sí, desarrollar sus propias habilidades de aprendizaje y prepararse para ayudar a sus países de forma más eficaz.
- Seguir mostrando respeto por los participantes, los compañeros instructores y los dirigentes gubernamentales durante todo el proceso de formación y seguimiento.
- Sembrar relaciones y procesos de colaboración continuos a lo largo de la formación y el trabajo posterior a la misma.
- Apoyar esas relaciones y procesos de colaboración proporcionando contactos de seguimiento y asistencia técnica para que los participantes puedan desarrollar su uso de las alternativas al encarcelamiento en sus respectivos países.
- Los instructores que han tenido éxito en este plan de estudios están familiarizados con la Gestión de Caso y Atención Integral en su propio país y/o tienen experiencia de trabajo con los programas de alternativas al encarcelamiento para personas con un TCS en conflicto con la ley.

Manual para instructores presenciales:

Este Manual para instructores consta de cinco partes:

- Parte I - Orientación para instructores (esta sección)**
- Parte II - Agenda Maestra**
- Parte III - Formularios de evaluación**
- Parte IV - Módulos de formación**
- Parte V - Apéndices**

La Parte I - Orientación para instructores es la sección que está leyendo ahora.

La Parte II - Agenda Maestra contiene la Agenda Maestra que ayudará en el proceso de planificación. La formación presencial está diseñada para impartirse durante tres días consecutivos, tal y como se indica en el programa maestro. Sin embargo, la estructura modular del plan de estudios permite ser flexibles. Si es necesario, la formación puede ofrecerse en tres días no consecutivos, aunque los módulos deben impartirse en el orden en que se presentan en el manual.

Los tiempos indicados para las actividades del módulo son orientativos. Los tiempos reales dependerán del tamaño de cada grupo de entrenamiento y del nivel de participación. En función de las necesidades de aprendizaje de los participantes, el/la instructor/a puede dedicar más o menos tiempo a un tema concreto. En la agenda maestra, los horarios de los días se han dejado en blanco, para que el/la instructor/a pueda utilizar un horario que se adapte a la audiencia y al entorno. El/la instructor/a debe preparar un horario diario para los participantes, utilizando las horas reales de inicio y finalización.

La Parte III - Formularios de evaluación contiene recursos de evaluación de los participantes.

El manual presenta un formulario de evaluación diaria para que los participantes lo rellenen al final de cada día de formación y un formulario de evaluación global de la formación que se utilizará al final de la misma. La evaluación diaria ayuda al/la instructor/a a identificar cualquier cambio que deba realizarse durante la formación. La evaluación global de la formación ofrece una visión general de las experiencias de los participantes.

Los participantes deben saber que rellenar los formularios es importante y que sus comentarios mejorarán el contenido y la impartición de la formación con el tiempo.

La Parte IV - Módulos de formación proporciona instrucciones para presentar los 10 módulos de este currículo. Cada módulo del manual incluye:

- Una lista de control de la preparación
- Una línea de tiempo
- Una visión general de las metas y objetivos

- Presentación e instrucciones de los ejercicios
- Material para el ejercicio
- Copias de las páginas de recursos del Manual para participantes
- Copias de las diapositivas de PowerPoint

Para cada diapositiva de PowerPoint, la información que el/la instructor/a debe proporcionar está escrita como un guion directamente debajo de la imagen de la diapositiva. El texto de los guiones se indica con un ícono de la palabra “Diga” o “Pregunte” y en cursiva (por ejemplo, diga: “Por favor, pasen al Módulo 2 de sus manuales.”) Los instructores deben sentirse en libertad de utilizar sus propias palabras y añadir ejemplos en lugar de limitarse a leer el guion. Añadir ejemplos de la vida real enriquece la experiencia formativa, pero este beneficio debe equilibrarse con el tiempo del que se dispone.

También hay Instrucciones de enseñanza a lo largo de los módulos que ofrecen orientación específica, enfoques diferentes o consideraciones especiales. Aparecen en casillas similares a las siguientes:

Instrucciones de enseñanza: Se ve así.

ÍCONO	INSTRUCCIÓN
	El/la instructor/a se remite al Manual para participantes
	El/la instructor/a presenta un ejercicio
	El/la instructor/a comienza o continúa una presentación
	El/la instructor/a hace una pregunta al grupo
	El/la instructor/a comienza o continúa una presentación o hace una pregunta al grupo

La Parte V - Apéndices incluye cuatro documentos adicionales:

- Apéndice A - Instrucciones para el ejercicio de formación
- Apéndice B - Glosario
- Apéndice C - Recursos
- Apéndice D - Agradecimientos especiales

El Manual para participantes

Los instructores tendrán que recordar a los participantes que lleven sus manuales todos los días. El Manual para participantes contiene una orientación para los participantes, un glosario y recursos. Para cada módulo, incluye:

- Metas de formación y objetivos de aprendizaje
- Una línea de tiempo sugerida
- Diapositivas de PowerPoint (PPT) con espacio para notas
- Páginas de recursos que contienen información adicional o instrucciones y materiales para los ejercicios

El enfoque del aprendizaje

El/la alumno/a adulto/a

Aunque es necesaria alguna presentación didáctica (conferencias) por parte del/la instructor/a, esta serie de formación se basa en gran medida en ejercicios de colaboración y otras actividades dirigidas por el/la alumno/a.

Los adultos tienen mucho que ofrecer al proceso de aprendizaje, ya que han adquirido bastantes conocimientos a través de su educación, trabajo y otras experiencias. El plan de estudios ofrece oportunidades para que el/la instructor/a anime a los participantes a compartir su experiencia y conocimientos pertinentes con los demás. Este proceso también puede preparar a los participantes para formar asociaciones y relaciones de colaboración más eficaces después del evento de formación.

Esta serie de formación se basa en los principios del aprendizaje de adultos, que aconsejan a los instructores:

- Centrarse en los problemas del mundo real
- Hacer hincapié en cómo se puede aplicar la información
- Relacionar la información con los propios objetivos de los alumnos

- Relacionar los materiales con las experiencias de los alumnos
- Permitir el debate y la impugnación de ideas
- Escuchar y respetar las opiniones de los participantes
- Animar a los participantes a ser recursos para el/la instructor/a y para los demás
- Tratar a los participantes con respeto

El enfoque

El enfoque de aprendizaje de esta serie de formación incluye:

- Presentaciones y debates dirigidos por los instructores
- Uso frecuente de actividades creativas dirigidas al alumno, como conversaciones en grupos pequeños y entre compañeros
- Ejercicios y presentaciones en pequeños grupos
- Revisiones periódicas del material, para aumentar la cantidad de información que los participantes recordarán
- Ejercicios para evaluar lo que han aprendido los participantes
- Planificación de la acción para permitir a los pequeños grupos identificar objetivos a corto y largo plazo y pasos tangibles que su grupo tomará para lograr estos objetivos

Preparación para la formación presencial

Las principales tareas de preparación de la formación son las siguientes:

- La planificación logística, que incluye la programación, la selección del lugar y la obtención o la organización de equipos y suministros en el lugar
- Seleccionar y preparar a los participantes
- Familiarizarse a fondo con el plan de estudios

El espacio de formación

Un espacio de formación atractivo y bien organizado puede mejorar la experiencia de aprendizaje de los participantes. La sala debe ser lo suficientemente grande como para acoger a todos los participantes y a los grupos pequeños. La colocación de los grupos pequeños en mesas redondas es ideal porque ahorra gran parte del tiempo que los participantes pasarían entrando y saliendo de sus grupos pequeños para realizar los ejercicios. El/la instructor/a debe ser capaz de reorganizar la sala y los asientos para determinadas presentaciones y ejercicios. Otras mesas pequeñas situadas en los bordes de la sala pueden albergar suministros, material didáctico y material para los instructores.

Sin embargo, no siempre es posible contar con el espacio ideal. Si el espacio no es lo suficientemente grande como para acomodar mesas, los grupos pequeños siempre pueden apartar sus sillas y trabajar en el suelo si los participantes se sienten cómodos haciéndolo. El uso de más de una sala en un sitio puede ayudar a proporcionar espacio para las actividades en grupos pequeños. Sin embargo, se recomienda no utilizar más de dos salas, ya que es útil que haya un/a instructor/a presente en cada una de ellas para supervisar el proceso del grupo en todo momento y proporcionar ayuda siempre que sea necesario.

Ofrecer té, café, agua y aperitivos durante las pausas para refrescarse animará a los participantes a mezclarse y hablar entre ellos durante estos momentos.

Los participantes también necesitarán información sobre dónde comprar el almuerzo en caso de que este no se proporcione.

Equipos y suministros

Las presentaciones de PowerPoint requieren un ordenador portátil, un proyector LCD y una pantalla. Un mando a distancia para el proyector permite al instructor o instructora moverse libremente por la sala. Si no se dispone de un mando a distancia, un/a asistente de formación o co-instructor/a que no esté presentando puede controlar las diapositivas.

Si no hay un proyector de PowerPoint disponible (¡o si se descompone durante la capacitación!), el entrenamiento puede continuar sin él. El Manual del participante incluye copias de todas las diapositivas, y el Manual del capacitador muestra una copia de cada diapositiva, seguida de la información necesaria para explicarlo.

Al menos una pizarra blanca (con rotuladores), varios blocs de papel de rotafolio, cinta adhesiva y rotuladores de colores para los ejercicios de grupo son esenciales para la formación.

Lista maestra de suministros para todos los módulos:

- Una copia del Manual del Instructor para cada Instructor
- Una copia del Manual del Participante para cada participante
- Una copia del programa general de capacitación y la Agenda Maestra para cada participante
- Marcadores de colores:
 - Lavable, sin perfume y en varios colores (un juego por mesa para uso del participante)
 - Múltiples marcadores negros y azules para uso en presentaciones (negro y azul son más visible en papel periódico; se pueden usar colores claros para resaltar)
 - Cinta adhesiva (uno o dos rollos de cinta adhesiva para colgar papel de rotafolio)
- Rotafolio
- Copia de los formularios de evaluación según corresponda y si no se proporcionaron en la capacitación carpetas

La lista de comprobación de la preparación en cada módulo indica los suministros específicos necesarios para el módulo.

Seleccionar y preparar a los participantes

Lo ideal es que el grupo de formación sea lo suficientemente grande como para dividirlo en al menos tres grupos pequeños con al menos seis u ocho participantes en cada uno, pero el material de formación puede ajustarse para grupos más pequeños.

Contar con un grupo de formación que incluya una mezcla de representantes de los sistemas sanitario y judicial es esencial para el éxito de la formación. El/la instructor/a puede preparar a los participantes para el aprendizaje y aumentar sus expectativas positivas antes de que comience la formación enviándoles un paquete de preformación que contenga elementos como:

- Una carta de bienvenida
- La agenda maestra de la formación
- Una breve lista de preguntas que estimulen el interés por el material (por ejemplo, preguntas relevantes de la encuesta previa a la formación)

Familiarizarse a fondo con el plan de estudios

Los instructores deben leer el plan de estudios, estudiarlo y asegurarse de que comprenden las metas de formación y los objetivos de aprendizaje de cada módulo y están totalmente preparados para facilitar los ejercicios. Cuanto mejor conozca el material el/la instructor/a, más podrá centrarse en los participantes. Una preparación sólida ayuda a que el/la instructor/a se relaje y sea más atractivo.

Los co-instructores deben definir con antelación sus funciones y responsabilidades. En función de la coincidencia de estilos de presentación y personalidades, algunos instructores optan por impartir módulos enteros antes de cambiar de papel; otros prefieren cambiar de papel con más frecuencia.

Otras decisiones que hay que tomar son las siguientes:

- Cuando cada co-instructor/a anote los comentarios de los participantes en el rotafolio o actúe como cronometrador
- Cuáles son las expectativas para las observaciones de procesos individuales y en pequeños grupos
- Si se aceptan y/o se esperan contribuciones de contenido del/la co-instructor/a presentador

Personalización del plan de estudios

Cada instructor/a debe estar preparado/a para dar ejemplos que ilustren la información y las habilidades abordadas en la formación. Siempre que sea posible, el/la instructor/a debe describir sus experiencias con técnicas o procesos concretos. Los instructores y los participantes deberán debatir las adaptaciones que puedan ser necesarias para aplicar las técnicas a los miembros de

sus comunidades o de determinados grupos étnicos, culturales o de género. Los instructores también deben pedir a los participantes que hablen de experiencias de su trabajo, para asegurarse de que la formación aborda sus preocupaciones.

Cada instructor/a debe conocer bien las necesidades del grupo de formación y estar preparado para adaptar la formación a estas necesidades. Por ejemplo, el/la instructor/a puede necesitar:

- Simplificar el lenguaje (incluyendo la traducción o sustitución de los términos clínicos y la jerga), para facilitar la comprensión de los conceptos.
- Dejar más tiempo a los participantes para que comprendan conceptos que pueden ser ajenos a su visión cultural del mundo y encuentre ejemplos concretos que ayuden a salvar la distancia.
- Ser creativo/a (por ejemplo, utilice metáforas o la narración tradicional para llegar a un punto.

¡Importante!

Aunque el plan de estudios puede y debe adaptarse a las necesidades de los participantes (como personalidades y estilos de entrenamiento de los instructores), los instructores deben mantener la integridad del contenido. Por ejemplo:

- La logística de un ejercicio puede cambiarse, pero los objetivos de aprendizaje deben seguir siendo los mismos, y los instructores son responsables de garantizar que todos los objetivos se cumplan.
- La discusión en grupo es una parte valiosa de la capacitación dirigida por el alumno, pero los instructores necesitan administrar bien el tiempo y no dejar que la discusión no dirigida reemplace la información o ejercicios.
- Los instructores no deben saltarse secciones porque asumen que los participantes ya conocen cierta información. Esta capacitación es para personas de diferentes perfiles que pueden no estar familiarizados con que puede no estar familiarizadas con los problemas o la terminología del otro; los participantes necesitan toda la información en el plan de estudios, o los módulos elegidos.
- Los cronogramas de capacitación para cada módulo permiten la interacción y la creatividad.

Sin embargo, los instructores deben recordar que agregar ejercicios adicionales o prolongar la discusión aumentará el tiempo necesario para completar el módulo.

Ceremonia de apertura

El módulo 1 incluye tiempo para una ceremonia de apertura. El/la instructor/a puede invitar a un representante de la organización que patrocina la formación y/o a ministros del gobierno para que den la bienvenida a los participantes a la formación y pronuncien un discurso de apertura sobre la Gestión de Caso y Atención Integral. Esta bienvenida puede enfatizar la importancia de la formación.

Primeros pasos: Listas de control para la formación presencial

1 a 2 meses antes de la primera sesión

- Revisar cuidadosamente el curso
- Revisar la lectura de antecedentes en el Apéndice C-Recursos
- Determinar quién asistirá a la formación
- Elaborar un calendario general para la formación, incluyendo las fechas y los horarios de cada módulo
- Organizar el espacio de formación y el equipo audiovisual
- Obtener todo el material de formación necesario
- Invitar a los oradores participantes
- Organizar los refrigerios, incluidos los almuerzos si se proporcionan

1 a 2 semanas antes de la primera sesión

- Confirmar la inscripción de los participante
- Confirmar los oradores invitados
- Conseguir suficientes ejemplares del Manual para participantes
- Comprobar la disposición del espacio y del equipo
- Cargar las presentaciones PPT en el ordenador portátil
- Revisar todo el manual de formación
- Preparar una copia de los horarios diarios para participante

1 a 2 días antes de la primera sesión

- Finalizar los arreglos de la sala y el equipo
- Verificar la organización del almuerzo en el sitio si es necesario
- Preparar la sala
- Preparar gafetes/escarapelas, si es necesario
- Hacer copias del formulario de evaluación diaria del primer día

- Reunir todo el material, incluido el Manual para participantes, los cuadernos para anotar en el diario y las copias de los formularios de evaluación
- Revisar la lista de control “Antes de cada sesión” (abajo)

Antes de cada sesión

- Acomodar las sillas para cada sesión de forma cómoda.
- Preparar carteles para la sesión, si es necesario.
- Montar folios de papel periódico y carteles clave generados durante la formación para utilizarlos como repaso
- Asegurarse de que el ordenador, el proyector LCD, la pantalla y los PowerPoint necesarios para la sesión estén disponibles
- Compruebe si hay un suministro adecuado de lo siguiente:
 - Papel, soportes para rotafolios y lápices de colores o rotuladores
 - Alfileres, tachuelas azules o cinta adhesiva para pegar los folios de papel en las paredes
 - Todos los demás materiales necesarios para la sesión

Después de cada sesión

- Revisar los formularios de evaluación diaria completados para obtener sugerencias para la entrega del día siguiente
- Conseguir recursos creativos y/o clave en papel (por ejemplo, definiciones, fichas) desarrollados por los participantes para utilizarlos como revisión final y en futuras formaciones
- Añadir al contenido del curso la información aportada por los participantes y/o los co-instructores

Al final del programa de formación:

- Solicitar a todos los participantes que entreguen sus formularios de evaluación cumplimentados

AGENDA MAESTRA PARA LA FORMACIÓN PRESENCIAL

DÍA 1

FECHA: _____

CONTENIDO Y TIEMPO DÍA 1	
Actividad	Tiempo
Ceremonia de apertura	30 minutos
Módulo 1- Introducción a la formación	60 minutos
Presentación: Resumen del curso	20 minutos
Ejercicio por parejas: Introducción	30 minutos
Ejercicio de reflexión: Expectativas del curso	10 minutos
Pausa	15 minutos
Módulo 2 - Investigación sobre las adicciones, el comportamiento delictivo, el tratamiento y la recuperación	90 minutos
Presentación: El impacto del consumo de sustancias a nivel mundial	5 minutos
Presentación: Comprender la ciencia de la adicción	25 minutos
Presentación: Vínculos entre los trastornos por consumo de sustancias y el comportamiento delictivo	15 minutos
Presentación: Opciones y resultados basados en la evidencia	35 minutos
Presentación: Adicción y recuperación	10 minutos
Almuerzo	60 minutos
Módulo 3 – El Enfoque multisistémico de la Gestión de Caso y Atención Integral	120 minutos
Presentación: El enfoque multisistémico	10 minutos
Ejercicio integrado: Partes interesadas	20 minutos
Presentación: La Gestión de Caso y Atención Integral y el sistema judicial	10 minutos
Discusión en grupo: El sistema judicial en cada uno de sus países	20 minutos
Ejercicio interactivo: La persona participante	30 minutos
Presentación: Cómo apoya la Gestión de Caso y Atención Integral a las partes interesadas	20 minutos
Presentación: Razones para invertir en la Gestión de Caso y Atención Integral	10 minutos
Pausa	15 minutos
Módulo 4 - Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral	110 minutos
Presentación: Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral	10 minutos
Ejercicio interactivo: ¿Qué significa la "A"?	15 minutos
Presentación: La Gestión de Caso y Atención Integral y los modelos clásicos de gestión de casos	20 minutos
Presentación: Los valores de la Gestión de Caso y Atención Integral	15 minutos
Ejercicio de reflexión: Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral	25 minutos
Presentación: Los elementos críticos de la Gestión de Caso y Atención Integral	15 minutos
Conclusión y preguntas	10 minutos
Evaluación del día 1	5 minutos
Fin del día 1	

CONTENIDO Y TIEMPO DÍA 2	
Actividad	Tiempo
Módulo 5 - Funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral	60 minutos
Presentación: Funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral	50 minutos
Ejercicio en grupo: Cómo medir el éxito de la Gestión de Caso y Atención Integral	10 minutos
Pausa	15 minutos
Módulo 6 - Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral	95 minutos
Presentación: Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral	15 minutos
Ejercicio interactivo integrado sobre los modelos de Gestión de Caso y Atención Integral	15 minutos
Presentación: Ejemplos internacionales de Gestión de Caso y Atención Integral	60 minutos
Ejercicio de reflexión: Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral	5 minutos
Almuerzo	60 minutos
Módulo 7- La interacción del Gestor/a de Caso y Atención Integral en el enfoque multisistémico.	120 minutos
Presentación: El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y el poder judicial	10 minutos
Ejercicio interactivo: Estudio de caso 1	20 minutos
Presentación: El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y la persona participante	10 minutos
Ejercicio interactivo: Estudios de caso 2 y 3	20 minutos
Presentación: El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y los servicios sociales y de salud	10 minutos
Ejercicio interactivo: Estudio de caso 4	20 minutos
Presentación: El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y las comunidades	10 minutos
Ejercicio interactivo: Estudio de caso 5	20 minutos
Pausa	15 minutos
Módulo 8 - El perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral	60 minutos
Presentación: El perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral	15 minutos
Presentación: Cómo contratar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral	15 minutos
Presentación: Cómo formar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral	15 minutos
Ejercicio de reflexión: Perfil de Gestión de Caso y Atención Integral	15 minutos
Módulo 9 - Hoja de ruta para la implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral	60 minutos
Presentación: Paso 1 Diseño del programa	10 minutos
Presentación: Paso 2 Planificación de recursos	10 minutos
Ejercicio en grupo: Planificación del seguimiento y la evaluación	20 minutos
Presentación: Paso 3 Creación del programa	10 minutos
Presentación: Paso 4 Implementación de la prueba piloto	10 minutos
Evaluación del día 2	5 minutos
Fin del día 2	

CONTENIDO Y TIEMPO DÍA 3	
Actividad	Tiempo
Módulo 10 - Implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral: desarrollo del sistema- Parte 1	90 minutos
Ejercicio en grupo Plan de implementación Parte 1	90 minutos
Pausa	15 minutos
Módulo 10 - Ejercicio de Implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral: desarrollo del sistema- Parte 2	90 minutos
Ejercicio en grupo Plan de implementación Parte 2	45 minutos
Informe	45 minutos
Resumen y evaluación del curso	30 minutos
Ceremonia de clausura	30 minutos
Fin de la formación	

FORMULARIOS DE EVALUACIÓN PARA LA FORMACIÓN PRESENCIAL

EVALUACIÓN DIARIA:

Día uno/Día dos/Día tres

Fecha: _____

Instructor/a 1:

Instructor/a 2:

Instructor/a 3: (si procede)

A completar al final de cada día de formación por cada participante

Por favor, indique su nivel de acuerdo con estas afirmaciones sobre la sesión del día de hoy	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Calificaría como muy buena la formación de hoy					
2. La calidad de la información fue buena					
3. La formación estuvo bien organizada					
4. Los instructores estaban bien informados sobre el tema					
5. Los instructores estaban bien preparados para el curso					
6. Los instructores estuvieron abiertos a los comentarios y preguntas de los participantes					
7. Me sentí en libertad de hacer preguntas					
8. Los temas de la formación eran relevantes para mi trabajo					
9. Preveo utilizar la información obtenida en esta formación					
10. Recomendaría esta formación a mis colegas					
Por favor, complete las siguientes afirmaciones:					
Una cosa que he aprendido hoy y que pienso utilizar en mi trabajo es:					
Lo que más me gusta de la formación de hoy es:					
Me gustaría que hubiera más información sobre:					
El entrenamiento de hoy podría haber sido mejor si:					
Otros comentarios:					

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA FORMACIÓN

Fecha: _____

Instructor/a 1:

Instructor/a 2:

Instructor/a 3: (si procede)

A completar al final de cada día de formación por cada participante

Por favor, indique su nivel de acuerdo con estas afirmaciones sobre la sesión del día de hoy	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. La formación fue de gran calidad en su conjunto					
2. La calidad general de la información presentada fue buena					
3. La formación estuvo bien organizada					
4. Los objetivos de la formación estaban claramente definidos					
5. Los objetivos de la formación se han cumplido					
6. Los módulos de formación se presentaron en un orden lógico					
7. Las actividades/ejercicios de formación permitieron practicar conceptos importantes					
8. La formación ofreció un equilibrio entre las presentaciones, las actividades, las preguntas de los participantes y los debates					
9. Me sentí en libertad de hacer preguntas					
10. Los temas de la formación eran relevantes para mi trabajo					
11. Preveo utilizar la información obtenida en esta formación					
12. Recomendaría esta formación a mis colegas					

Training Materials

Por favor, indique su nivel de acuerdo con estas afirmaciones sobre la sesión del día de hoy	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Las ayudas visuales eran adecuadas y facilitaban el proceso de aprendizaje					
2. Los manuales fueron útiles y facilitaron la comprensión del tema					

Instructores (a rellenar por cada instructor)

Nombre del instructor o instructora 1:

Por favor, indique su nivel de acuerdo con estas afirmaciones sobre este/a instructor/a	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. El/la instructor/a 1 estaba bien preparado/a					
2. El/la instructor/a 1 estaba bien informado/a sobre el tema					
3. El/la instructor/a 1 comunicó el material de manera significativa					
4. El/la instructor/a 1 dio respuestas claras a las preguntas de los participantes					
5. El/la instructor/a 1 promovió el compromiso y la participación					

Nombre del instructor o instructora 2:

Por favor, indique su nivel de acuerdo con estas afirmaciones sobre este/a instructor/a	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. El/la instructor/a 2 estaba bien preparado/a					
2. El/la instructor/a 2 estaba bien informado/a sobre el tema					
3. El/la instructor/a 2 comunicó el material de manera significativa					
4. El/la instructor/a 2 dio respuestas claras a las preguntas de los participantes					
5. El/la instructor/a 2 promovió el compromiso y la participación					

Nombre del instructor o instructora 3:

Por favor, indique su nivel de acuerdo con estas afirmaciones sobre este/a instructor/a	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. El/la instructor/a 3 estaba bien preparado/a					
2. El/la instructor/a 3 estaba bien informado/a sobre el tema					
3. El/la instructor/a 3 comunicó el material de manera significativa					
4. El/la instructor/a 3 dio respuestas claras a las preguntas de los participantes					
5. El/la instructor/a 3 promovió el compromiso y la participación					

Por favor, complete lo siguientes para cada módulo:

Por favor, indique su nivel de acuerdo con estas afirmaciones sobre este modulo	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Módulo 2 - Investigación sobre adicción, el comportamiento delictivo, el tratamiento y la recuperación es muy completo					
Módulo 3 El Enfoque multisistémico de la Gestión de Caso y Atención Integral es muy completo					
Módulo 4 Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral es muy completo					
Módulo 5 Funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral es muy completo					

Módulo 6 <i>Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral es muy completo</i>					
Módulo 7 <i>La interacción del Gestor/a de Caso y Atención Integral en el enfoque multisistémico es muy completo</i>					
Módulo 8 <i>El perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral es muy completo</i>					
Módulo 9 <i>Hoja de ruta para la implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral es muy completo</i>					
Módulo 10 <i>Ejercicio de Implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral e desarrollo es muy completo</i>					

Lo que más me gustó de esta formación fue:

El módulo más útil para mí fue:

El módulo menos útil para mí fue:

Me gustaría que hubiera más información sobre:

Esta formación podría haber sido mejor si:

Me interesaría recibir más formación sobre estos temas:

Otros comentarios



MÓDULO 1

Introducción

Lista de control de preparación

Contenido y duración

Metas y objetivos

Diapositivas de PowerPoint

MÓDULO 1

Módulo 1 Lista de control de preparación

- Revise la sección “Primeros pasos” para obtener información general sobre la preparación en la página 14 de este manual
- Previsualizar el módulo del día
- Preparar la ceremonia de apertura (si procede)

Además de los materiales enumerados en la sección “Primeros pasos”, reúna lo siguiente:

- A Un Manual para participantes para cada participante
- Una copia del programa general de formación y de la Agenda maestra para cada participante
- Fichas o notas adhesivas (uno para cada mesa)
- Una barra de pegamento o un rollo de cinta adhesiva para cada mesa

Módulo 1 Contenido y duración

Actividad	Tiempo
Ceremonia de apertura	30 minutos
Módulo 1 - Introducción a la formación	60 minutos
Presentación: Resumen del curso	20 minutos
Ejercicio por parejas: Introducción	30 minutos
Ejercicio de reflexión: Expectativas del curso	10 minutos
Pausa	15 minutos

Módulo 1 Metas y objetivos

Objetivos de formación

- Proporcionar una visión general de la estructura y el contenido del curso.
- Presentar los objetivos generales de la formación.
- Ofrecer la oportunidad de que los participantes se presenten y se comprometan con el grupo.

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el Módulo 1 serán capaces de lo siguiente:

- Explicar la estructura general y el contenido del curso.
- Indicar los objetivos de la formación.
- Conocer a los demás participantes.



Diga

Bienvenidas y bienvenidos a esta formación sobre la Gestión de Caso y Atención Integral. Mi nombre es _____ y mis co-instructores son _____. Trabajaremos juntos para facilitar esta formación. Queremos que esta formación sea un proceso de colaboración entre todos nosotros. El formato es interactivo y permite la discusión y el ejercicio para memorizar el contenido y conectar el conocimiento con la práctica y usted participará activamente en la creación de una comunidad de aprendizaje. Antes de empezar, me gustaría abordar solo algunas cuestiones de orden interno.

Instrucciones de enseñanza: El entrenador debe revisar cualquier asunto de intendencia, como dónde están los baños, dónde se permite fumar y dónde y cuándo se puede tomar un refrigerio y cuando se tendrán las pausas

Diga

Solo recuerden que tenemos algunas reglas básicas:

1. Ser puntuales
2. Ser respetuosos/as
3. Hacer preguntas
4. Comprometerse con otros participantes
5. Divertirse. Es un tema serio, pero podemos disfrutar nuestro tiempo juntos.



MÓDULO 1

Objetivos

Dar la bienvenida a los participantes y estimular su participación

Proporcionar una visión general del curso

Presentar los objetivos clave de la formación



OEA | CIDAD



1.2

Diga

En este capítulo, tendremos la oportunidad de conocernos. También ofreceré una visión general del curso y detallaré los objetivos clave que queremos alcanzar con esta formación.



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe consultar la página 252 del Manual del participante. El capacitador podría aprovechar esta oportunidad para mencionar el Anexo A como una referencia importante a lo largo de la capacitación y más allá, para acceder rápidamente al ejercicio y recopilar pensamientos y apuntes que se utilizarán durante la capacitación.

Diga

Antes de empezar el curso, haremos un ejercicio por parejas para conocernos un poco mejor. Tómense dos minutos para hacerse estas preguntas:

¿Cuál es tu nombre?

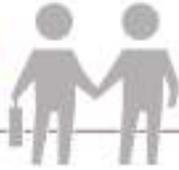
¿Dónde vives y trabajas?

¿Por qué te interesa la Gestión de Caso y Atención Integral y las alternativas al encarcelamiento?

Una vez transcurridos los dos minutos, busquen un compañero o compañera que no conozcan y preséntense.

Una vez que hayan encontrado a alguien, dispondrán de cinco minutos cada uno para presentarse el uno al otro, utilizando las respuestas que han dado a las preguntas anteriores. Una vez transcurridos los cinco minutos, se les pedirá que presenten a su pareja al resto del grupo.

Instrucciones de enseñanza: El instructor debe alentar a las personas a mezclarse y moverse para conocer a los/las compañeros/as.



Objetivos generales de la formación

- Ilustrar las implicaciones para la seguridad y la salud pública de las intervenciones de tratamiento en el entorno del sistema judicial.
- Introducir la Gestión de Caso y Atención Integral en el marco de las alternativas al encarcelamiento para las personas con trastorno por consumo de sustancias en conflicto con la ley.
- Definir la Gestión de Caso y Atención Integral.
- Poner en marcha el proceso de implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral en su propio país.



OEA CICAD



1.4

Diga

Vamos a echar un vistazo a los objetivos generales de formación de este curso:

- Ilustrar las implicaciones para la seguridad y la salud pública de las intervenciones de tratamiento, recuperación e integración social en el entorno del sistema judicial.
- Entender cómo la Gestión de Caso y Atención Integral encaja en el marco más amplio de las alternativas al encarcelamiento para los individuos implicados en la justicia con trastornos por consumo de sustancias.
- Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral.
- Haga una lluvia de ideas sobre cómo podría aplicarse la Gestión de Caso y Atención Integral en su propio país.



Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el curso de Gestión de Caso y Atención Integral serán capaces de lo siguiente:

Comprender el desafío mundial de la adicción y sus vínculos con el sistema judicial.

Contribuir a un tratamiento más eficaz de la adicción en su país.

Describir el círculo vicioso y complejo de la adicción y la delincuencia.

Describir cómo funciona la adicción, la importancia de la recuperación y la continuidad del tratamiento y cuidados.



OEA CICAD



15

Diga

Después de completar el curso, también serán capaces de lo siguiente:

- ☐ Comprender y elaborar el desafío global de la adicción y sus vínculos con el sistema judicial.
- ☐ Contribuir a un tratamiento más eficaz de la adicción en su país.
- ☐ Describir la complejidad y el círculo vicioso de la adicción y la delincuencia.
- ☐ Entender y explicar cómo funciona la adicción, así como la importancia de la recuperación y la continuidad del tratamiento.



Comprender la importancia de la integración social en la continuidad de la atención como factor preventivo de la reincidencia y la adicción.

Comprender el estigma, la discriminación y las barreras asociadas a la adicción y las actividades delictivas.

Describir las ventajas de un enfoque multisistémico que responda a la fragmentación de los servicios.

Describir la Gestión de Caso y Atención Integral y su funcionamiento en la práctica.

Comprender los pasos de la Gestión de Caso y Atención Integral y cómo aplicarla.



OEA CICAD



1.6

Diga

También serán capaces de lo siguiente

- ☐ Comprender la importancia de la integración social en la continuidad de la atención como factor preventivo de la reincidencia y la adicción.
- ☐ Comprender el estigma, la discriminación y las barreras asociadas a la adicción y las actividades delictivas.
- ☐ Ser capaz de describir las ventajas de un enfoque multisistémico que responda a la fragmentación de los servicios.
- ☐ Ser capaz de describir la Gestión de Caso y Atención Integral y su funcionamiento en la práctica.
- ☐ Entender los pasos de la Gestión de Caso y Atención Integral cómo aplicarla.

- **Módulo 1** - Introducción
- **Módulo 2** - Investigación sobre las adicciones, el comportamiento delictivo, el tratamiento y la recuperación
- **Módulo 3** - Enfoque multisistémico de la Gestión de Caso y Atención Integral
- **Módulo 4** - Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral
- **Módulo 5** - Funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral



Diga

Repasemos el contenido de este curso. La formación sobre Gestión de Caso y Atención Integral se divide en 10 módulos que abarcan los siguientes temas:

El **Módulo 1** es la introducción al curso, donde estamos ahora.

El **Módulo 2** presenta una investigación de vanguardia sobre las adicciones, comportamiento delictivo, el tratamiento y la recuperación.

El **Módulo 3** introduce el enfoque multisistémico de la Gestión de Caso y Atención Integral y su conexión con los principales actores, incluido el sistema judicial.

El **Módulo 4** profundiza en la definición de la Gestión de Caso y Atención Integral, trabajando hacia una mejor comprensión del término, los valores fundamentales de la Gestión de Caso y Atención Integral y los elementos críticos.

Terminaremos el Día 1 al concluir el Módulo 4.

El día 2, continuaremos con el **Módulo 5**, que explica cómo funcionan los elementos cruciales en la práctica y profundiza en las Funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral.



The image shows the CASECARE MANAGEMENT logo at the top left, featuring two interlocking puzzle pieces (one green, one blue) with hands reaching towards them. Below the logo is the text 'CASECARE MANAGEMENT'. To the right is a list of five modules. Below the list is a small image of a curriculum cover with the same logo and the text 'CURRICULUM FOR PARTICIPANTS'. At the bottom of the slide are logos for the United States, the United Nations, and OEA/CICAD, along with the number '1.8'.

- **Módulo 6** - Modelos de la Gestión de Caso y Atención Integral
- **Módulo 7** - Interacción del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral en el enfoque multisistema
- **Módulo 8** - El perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral
- **Módulo 9** - Hoja de ruta para la implementación del sistema de Gestión de Caso y Atención Integral
- **Módulo 10** - Ejercicio de aplicación de la Gestión de Caso y Atención Integral e informe

Diga

El **Módulo 6** presenta los modelos de Gestión de Caso y Atención Integral con los elementos básicos de los modelos y ejemplos internacionales de América y Europa.

El **Módulo 7** detalla cómo interactúa el/la Gestor de Caso y Atención Integral en el enfoque multisistémico con las partes interesadas.

El **Módulo 8** presenta el perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral, ilustrando las cualificaciones para el trabajo, así como la forma de contratar y formar para el puesto.

El **Módulo 9** ofrece una visión general de los pasos y elementos para la implementación del sistema de Gestión de Caso y Atención Integral.

Cerraremos el segundo día con una visión general, específica de la Gestión de Caso y Atención Integral y los elementos cruciales.

El tercer día se centra en ejercicios interactivos y en el trabajo en grupo.

El **Módulo 10** es un ejercicio interactivo de grupo en el que los participantes crearán un Plan de Acción y una presentación ejecutiva relativa a un programa de Gestión de Caso y Atención Integral para sus respectivas jurisdicciones que pueda ser posteriormente presentado para su aprobación e implementación.



Pregunta

¿Qué queremos decir con el término “colaboración eficaz”?

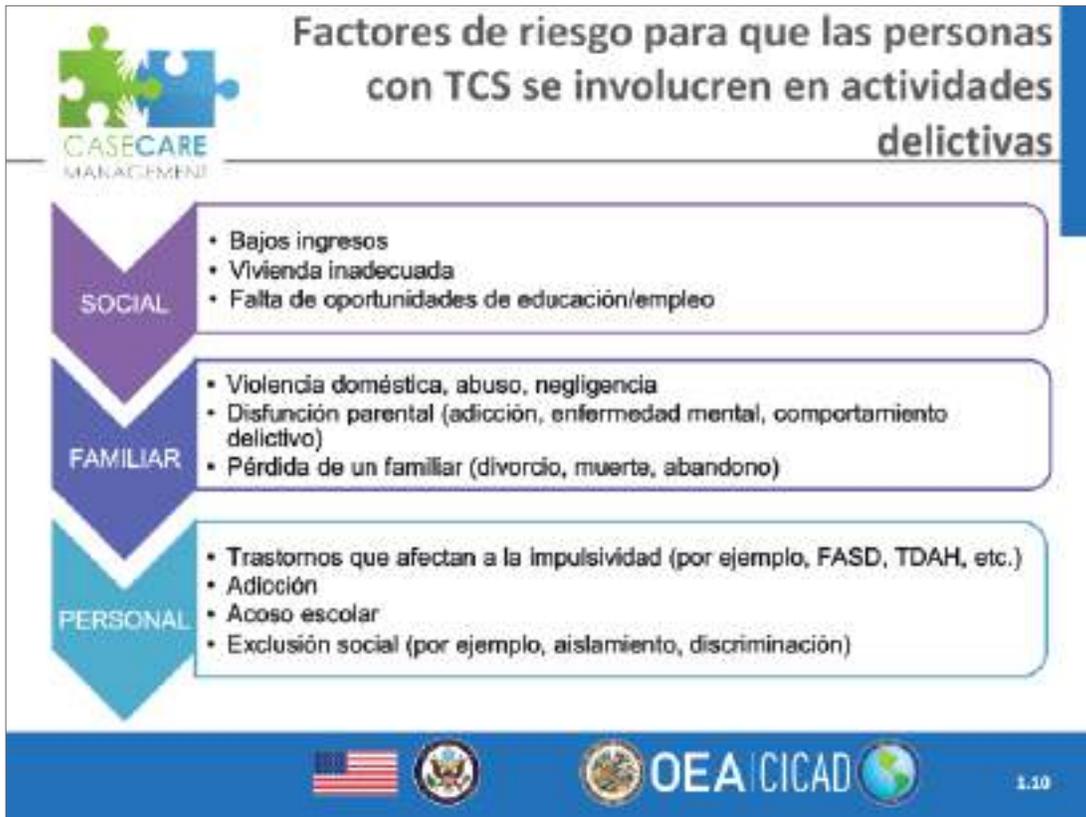
Diga

Al hablar de la Gestión de Caso y Atención Integral, debemos recordar siempre que lo que queremos crear es un mecanismo para promover las sinergias entre los enfoques de la seguridad y la salud públicas.

El enfoque de la seguridad pública tiene como objetivo reducir la reincidencia y la victimización, reducir los costos de encarcelamiento, fomentar la integración social, el fomento de la seguridad ciudadana, las comunidades más inclusivas y seguras, y la reducción de la estigmatización y la marginación.

Un enfoque de salud pública promueve y apoya el tratamiento y la recuperación de las personas con trastornos por consumo de sustancias.

Un enfoque de seguridad o de salud pública por sí mismo es limitado, pero cuando se combinan, pueden proporcionar oportunidades más eficaces para las personas con TCS en el sistema judicial y más allá.



Las investigaciones muestran que existen diferentes tipos de factores de riesgo que conducen al comportamiento delictivo.

La diapositiva presenta el siguiente grupo principal:

Factores de riesgo personales

- Trastornos que afectan la impulsividad (por ejemplo, FASD, ADHD, etc.)
- Adicción
- Acoso
- Discriminación, aislamiento, exclusión

Factores de riesgo familiares

- Violencia doméstica, abuso, negligencia
- Disfunción de los padres (adicción, enfermedad mental, conducta delictiva)
- Pérdida de un familiar (divorcio, muerte, abandono)

Factores de riesgo social

- Bajos ingresos
- Vivienda inadecuada
- Falta de educación/oportunidades de empleo

Fuente: Adaptación de Calgary, John Howard Society.



El tratamiento es la clave

Los individuos con TCS pueden cometer delitos, pero a menudo están asociados a delitos menores o no violentos utilizados para financiar la compra de drogas.

La investigación sobre la derivación muestra que es probable que el comportamiento delictivo cese con un tratamiento eficaz de los TCS.

Los trastornos por consumo de drogas deben considerarse principalmente como un problema de salud, en lugar de asociarse a un comportamiento delictivo.

Fuente EMCDDA (2007)



OEA | CICAD



111

Diga

Aunque las personas con TCS pueden cometer delitos, a menudo se asocian a delitos menores o no violentos utilizados para financiar la compra de drogas.

La investigación sobre la derivación al tratamiento ha demostrado que el proceso de recuperación de las personas con TCS les hace desistir de actuar con un comportamiento delictivo. De ahí que sea imperativo abordar los problemas de drogas subyacentes y centrarse en las formas de recuperación para reducir la delincuencia.

Fuente:

EMCDDA. (2007). Drug in Focus: Briefing of the European Centre for Drugs and Drug Addiction. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/470/Dif16EN_85000.pdf

La coordinación entre sistemas puede permitir que el tratamiento de la drogadicción se asocie a la reducción del consumo de drogas, de las probabilidades de delinquir y de los costes para la sociedad, e incluso puede mejorar la seguridad pública y el bienestar tanto del usuario como de su entorno directo (UNODC 2018; Holloway et al. 2006BIB-043; Gossop et al. 2005).

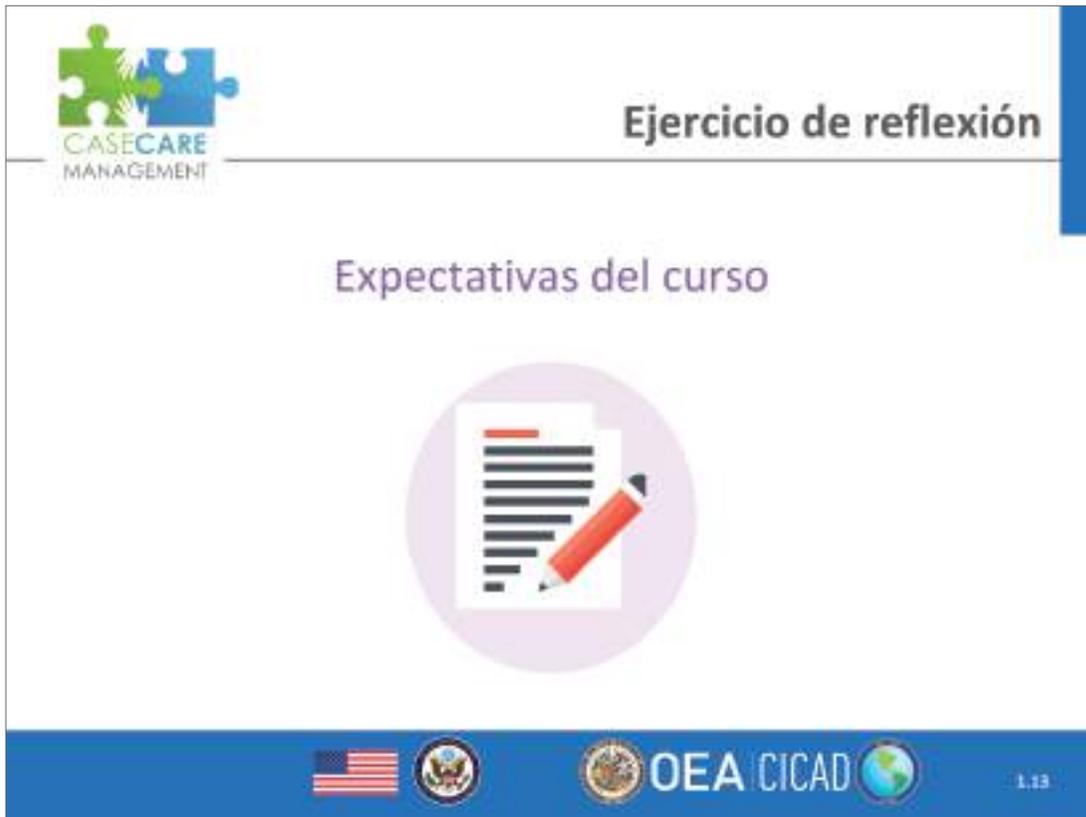
Cullen 2007; Mitchell et al. 2007). Sin embargo, las respuestas privativas de libertad, como el encarcelamiento, no han tenido éxito en la reducción de los delitos relacionados con las drogas (Stevens et al. 2003BIB-079; Mitchell et al. 2017BIB-065; Spohn y Holleran 2002BIB-077) ni en la mejora del funcionamiento psicológico (Massoglia 2008BIB-058). Otras investigaciones indican que las tasas de reincidencia son más altas dentro de los individuos implicados en la justicia que cumplieron sentencias de prisión en comparación con los delincuentes que recibieron una sentencia no privativa de libertad proporcionada en la comunidad, especialmente dentro de una muestra de delincuentes que consumen drogas (Andrews y Anderson 2006BIB-002; Woldgabreal et al. 2014BIB-093; Spohn y Holleran 2002BIB-077). Otros estudios de Spohn y Holleran (2002BIB-077) indicaron que, dado que existe la posibilidad de que los entornos penitenciarios sean criminógenos por naturaleza, es más probable que se debiliten los vínculos sociales de los reclusos. En consecuencia, las personas condenadas por la justicia a una pena de prisión pueden estar menos preparadas para volver a la comunidad, lo que dificulta su reintegración en la sociedad una vez cumplida su condena. Esta afirmación se ve respaldada por la observación de Camp y Gaes (2005BIB-021) sobre la cultura de los reclusos y los regímenes penitenciarios que suelen asociarse con resultados criminógenos. Por otro lado, las sentencias no privativas de libertad, como la supervisión de los delincuentes dentro de las comunidades, pueden evitar que las personas experimenten circunstancias debilitantes al permitirles mantener el contacto con su sociedad (Woldgabreal et al. 2014BIB-093), (Colman & Blomme, 2020).



Diga

Queremos empoderar gradualmente a las personas con TCS. El individuo ya no está solo y marginado socialmente, sino que ha pasado a formar parte de una comunidad, en la que la integración social no es solo deseable, sino alcanzable; y ello es el resultado de un proceso individualizado que comienza con el tratamiento y conduce al desistimiento de la conducta delictiva y el consumo problemático de sustancias.

Las personas con TCS pueden convertirse en miembros activos de la sociedad si se les da la oportunidad de acceder a tratamientos y servicios que aumenten la estabilidad, la funcionalidad y la integración social. La Gestión de Caso y Atención Integral proporciona un vínculo con una red coordinada de partes interesadas y servicios que promueven las oportunidades para los participantes en los programas de alternativas al encarcelamiento y para las personas implicadas en la justicia a lo largo del sistema judicial.



Antes de continuar, me gustaría dedicar un momento a considerar sus expectativas para esta formación, teniendo en cuenta lo que saben hasta ahora. Por favor, tómense cinco minutos para pensar en lo que les gustaría llevarse de estos tres días y luego escriban su pensar, sus dudas, ideas y expectativas en las notas adhesivas que tienen en su mesa.

Instrucciones de enseñanza: El instructor debe dirigir a los participantes a la página 253 del Manual del Participante para que escriban sus notas.

Diga

El/la instructor/a asignará cinco minutos para que los participantes escriban sus ideas y luego recogerá las notas adhesivas. El facilitador o facilitadora principal puede repasar las ideas proporcionadas en las notas adhesivas y agruparlas en categorías, anotando las ideas principales y recurrentes. Lo ideal es que, si hay espacio en la pared de la sala de formación, el/la instructor/a pueda agrupar las notas adhesivas en la pared para que los participantes las lean durante el descanso. Al final del tercer día, se debe dedicar una parte del tiempo de recapitulación a revisar las expectativas y las dudas expresadas durante este ejercicio de reflexión, así como a solicitar comentarios a los participantes.



MÓDULO 2

Investigación Sobre Adicción, El Comportamiento Delictivo, Tratamiento y Recuperación

Lista de control de preparación

Contenido y duración

Metas y objetivos

Diapositivas de PowerPoint

MÓDULO 2

Módulo 2 Lista de control de preparación

- Revise la sección “Primeros pasos” para obtener información general sobre la preparación en la página 14 de este manual
- Vista previa del módulo 2
- Además de los materiales indicados en la sección “Primeros pasos”, reúna lo siguiente:
 - Una pila de papel tamaño carta (o A4) para cada mesa
 - Blocs de notas adhesivas para cada mesa

Módulo 2 Contenido y duración

Actividad	Tiempo
Módulo 2 - Investigación sobre la adicción, el Comportamiento Delictivo, el tratamiento y la recuperación	Minutos
Presentación: El impacto del consumo de sustancias a nivel mundial	5 minutos
Presentación: Comprender la ciencia de la adicción	25 minutos
Presentación: Vínculos entre los trastornos por consumo de sustancias y el comportamiento delictivo	15 minutos
Presentación: Opciones y resultados de tratamiento basado en la evidencia	35 minutos
Presentación: Adicción y recuperación	10 minutos
Almuerzo	60 minutos

Módulo 2 Metas y objetivos

Objetivos de formación

Proporcionar investigaciones actualizadas sobre los siguientes temas y sus vínculos:

- El impacto del consumo de sustancias a nivel mundial
- La ciencia de la adicción
- Vínculos entre los trastornos por consumo de sustancias y el comportamiento delictivo
- Opciones y resultados de tratamiento basado en la evidencia
- Adicción y recuperación

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el Módulo 2 serán capaces de lo siguiente:

- Comprender y explicar el impacto global del consumo de sustancias
- Comprender la ciencia de la adicción
- Explicar los vínculos entre la adicción y el comportamiento delictivo
- Comprender la importancia del tratamiento y la continuidad de la atención
- Explicar el mecanismo de recuperación y cómo cambia con el tiempo



Instrucciones de enseñanza: Este módulo es muy informativo y bastante largo. Lo ideal es que lo impartan dos formadores. Los formadores que presenten este módulo deben tener una sólida experiencia en la ciencia de la adicción y un profundo conocimiento de las oportunidades de tratamiento basadas en la evidencia. Deben estar familiarizados con los vínculos entre las drogas y el comportamiento delictivo, y comprender la recuperación y cómo cambia con el tiempo.

Los formadores deben planificar y ensayar antes de la capacitación real y acordar el conjunto de diapositivas que presentará cada uno. El manual ofrece una sugerencia sobre cómo dividir la tarea basándose en la experiencia de pilotaje, pero los formadores pueden modificarla según sus necesidades y preferencias.

Instructor/a 1- El impacto del consumo de sustancias a nivel mundial de la diapositiva 2.1 a la 2.6
Comprender la ciencia de la adicción de la diapositiva 2.7 a la 2.23 Opciones de tratamiento basado en la evidencia de la diapositiva 2.35 a la 2.47 Adicción y recuperación de la diapositiva 2.58
Presentación conjunta de la diapositiva 2.60 a la 2.62

Instructor/a 2 – con sólidos conocimientos sobre el tratamiento y el proceso de recuperación:
Vínculos entre los TCS y la delincuencia de la diapositiva 2.24 a la 2.34 Opciones de tratamiento basado en la evidencia de la diapositiva 2.48 a la 2.49 Resultados del tratamiento de la diapositiva 2.50 a la diapositiva 2.57
Presentación conjunta de la diapositiva 2.60 a la 2.62

Diga

Instructor/a 1: Estimados participantes, bienvenidos al Módulo 2 que presenta lo que la ciencia nos dice sobre la adicción, la delincuencia, el tratamiento y la recuperación. Me ayuda mi colega (nombre del/la instructor/a 2) y juntos exploraremos los fundamentos de los trastornos por consumo de sustancias, los vínculos entre el consumo de drogas y la delincuencia y lo que se puede hacer para aliviar las cargas de los trastornos por consumo de sustancias.

Objetivos de aprendizaje

Explorar el impacto del consumo de sustancias a nivel mundial y su repercusión en los individuos, las familias y las comunidades

Comprender la ciencia de la adicción

Reconocer los vínculos entre la adicción y el comportamiento delictivo

Identificar la gama de opciones de tratamiento basadas en la evidencia para los trastornos por consumo de sustancias

Comprender los costos relacionados con la adicción y el encarcelamiento, y el ahorro de costes relacionado con el tratamiento

Familiarizarse con los principios de la recuperación



Diga

Instructor/a 1: Al completar este módulo, se espera que sean capaces de lo siguiente:

- ❑ Familiarizarse con el panorama general de los trastornos por consumo de sustancias y su impacto global.
- ❑ Comprender la ciencia de la adicción y la recuperación.
- ❑ Reconocer los vínculos entre las drogas y el comportamiento delictivo.
- ❑ Comprender las opciones de tratamiento disponibles basadas en la evidencia y su eficacia.
- ❑ Tener una visión general de los costos relacionados con la adicción y el encarcelamiento/intervención en el sistema de justicia penal.
- ❑ Entender la recuperación y cómo funciona a lo largo del tiempo.

EL IMPACTO GLOBAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS



OEA CICAD 

2.3

Diga

Instructor/a 1: Veamos la extensión del problema de las drogas en todo el mundo.

271 millones de personas consumieron sustancias ilícitas al menos una vez en 2017



Diga

Instructor/a 1: Si nos fijamos en el Informe Mundial sobre las Drogas de las Naciones Unidas, un informe anual sobre la situación de las drogas y la delincuencia en el mundo, hay casi tres millones de personas en todo el mundo que tienen algún grado de relación con alguna sustancia. En otras palabras, han consumido sustancias psicoactivas al menos una vez. La droga más consumida en todo el mundo es el cannabis, seguida de los opioides; drogas como la heroína, las sustancias de tipo anfetamínico y los estimulantes

Instrucciones de enseñanza: El instructor debe informar a los participantes que la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD o UNODC por sus siglas en inglés) publica un informe todos los años sobre la situación de las drogas a nivel mundial. El informe se emite alrededor del 26 de junio, que es el Día Internacional de las Naciones Unidas contra el abuso y Tráfico Ilícito de Drogas. El Informe contiene los datos más recientes sobre las tendencias de la oferta y la demanda de drogas, y proporciona información sobre el trabajo de las Naciones Unidas en materia de prevención, intervención de la justicia penal, tratamiento, recuperación, iniciativas de reducción de la oferta y desafíos en la lucha contra las drogas y el crimen a nivel mundial. Se debe alentar a los capacitadores y participantes para echar un vistazo al informe y revisar algunos de los últimos datos e información.

Durante el año pasado, alrededor de 275 millones de personas han consumido drogas, un 22 por ciento más que en 2010 (UNODC, 2021).

Las diferencias entre hombres y mujeres en el grado de consumo de drogas pueden desempeñar un papel fundamental en los cambios en el número proyectado de personas que consumen drogas en los países en desarrollo, incluso en África” (UNODC, 2021).

Referencia: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2021). Informe Mundial sobre Drogas 2021. <https://wdr.unodc.org/wdr2021/>



Diga

Instructor/a 1: También es importante saber que los trastornos por consumo de sustancias (TCS) han sido la causa de casi 600 miles de muertes y 42 millones de años de pérdida de productividad y vida saludable, entre otras pérdidas. Estamos hablando de un enorme número de personas que sufren algún nivel de angustia. No todas estas personas son adictas o tienen un trastorno grave, pero son personas que tienen una relación con sustancias psicoactivas y las pérdidas que estamos mencionando afectan gravemente a la productividad y a las vidas humanas. A pesar de estos datos preocupantes, hay algo de esperanza. También debemos recordar que la gran mayoría de las personas no consumen drogas y que no todas desarrollarán un trastorno por consumo de sustancias.



Consecuencias mundiales de los trastornos por consumo de sustancias (TCS)

- Según las Naciones Unidas, 35 millones de personas padecen trastornos por consumo de sustancias
- Mayores tasas de hepatitis y tuberculosis
- Mayores costes de la atención sanitaria
- Pérdida de productividad
- Muertes y suicidios por sobredosis
- Lesiones y muertes por accidentes (por ejemplo, de automóvil)
- Riesgo elevado de delincuencia y violencia
- Altos costos relacionados con el encarcelamiento
- Malas relaciones con las familias y las comunidades



OEAS



CICAD

2.6

Diga

Instructor/a 1: Entre los casi 300 millones de personas de todo el mundo que han consumido sustancias psicoactivas al menos una vez en el último año, 35 millones de ellas padecen un trastorno por consumo de sustancias (TCS). Por ejemplo, las personas con TCS tienen tasas significativamente mayores de diversas enfermedades: VIH, hepatitis y tuberculosis. Estas personas necesitan servicios de atención sanitaria debido a los problemas de salud relacionados con los TCS y ayuda económica por desempleo. También conllevan el riesgo de muerte por sobredosis, especialmente por el uso y abuso de opioides. Las personas con TCS también son más propensas a entrar en el sistema de justicia penal y es más probable que acaben en un entorno controlado como una prisión, lo que conlleva un aumento de los costos relacionados con su encarcelamiento. También sabemos que las personas con TCS desarrollan problemas significativos en sus interacciones con sus compañeros, familias y niños.

Estas enormes cifras pueden parecer un poco abstractas para muchos de ustedes, pero nadie es inmune a los TCS. Esto puede ocurrirles a ustedes, a sus amigos, a su familia, a personas que son importantes para ustedes. Esto le puede pasar a cualquiera. Por esta razón, es importante entender los TCS y lo que se puede hacer para minimizar la carga que imponen a la sociedad.

Instrucciones de enseñanza: El formador podría preguntar a los participantes cómo ven el problema de su propio país en el contexto de estos datos globales.

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019). Informe mundial sobre las drogas 2019. Disponible en https://wdr.unodc.org/wdr2019/field/B2_S.pdf

ENTENDER LA CIENCIA DE LA ADICCIÓN



OEA CICAD



2.7

Diga

Instructor/a 1: Vamos a desarrollar una mejor comprensión de lo que sabemos de la ciencia. En los últimos 20 años, con el desarrollo de nuevas tecnologías, en particular de dispositivos de imagen cerebral, resultados de estudios genéticos y múltiples métodos científicos que no estaban disponibles hace 25 años, hemos aprendido mucho y nuestra comprensión de la naturaleza de los TCS y de la recuperación ha cambiado de manera drástica.



Definiendo la adicción a las drogas y los TCS

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA por sus siglas en inglés) define la adicción como una enfermedad crónica y recidivante caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de sustancias a pesar de las consecuencias perjudiciales, así como por los cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro.

Es una enfermedad cerebral que afecta al comportamiento. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), ya no utiliza los términos "abuso de sustancias" y "dependencia de sustancias". Estos términos se sustituyen ahora por la descripción de los trastornos por consumo de sustancias que son leves, moderados o graves.

Fuente: NIDA 2020



OEA CICAD



2.8

Diga

Instructor/a 1:

- Hay dos términos comúnmente aceptados cuando se habla del uso de sustancias que provocan daños a la salud de los individuos. El primero es el término adicción, tal como lo describe el Instituto Nacional sobre el Abuso de Sustancias (NIDA). Define la adicción como una enfermedad crónica con recaídas caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de sustancias a pesar de las consecuencias dañinas, así como de los cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro.
- En las últimas décadas, gracias al desarrollo de la investigación del cerebro, nuestra comprensión de la adicción como una enfermedad cerebral ha evolucionado, existe el término más específico de "trastorno por consumo de sustancias". Este término también es menos estigmatizante de usar que "adicción".
- El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), proporciona una definición científicamente más precisa. El DSM-5 se refiere a los trastornos por consumo de sustancias, que se definen como leves, moderados o graves para indicar el nivel de gravedad, que está determinado por la cantidad de criterios diagnósticos que cumple un individuo.

Los trastornos por uso de sustancias ocurren cuando el uso recurrente de alcohol y/o drogas causa un deterioro clínica y funcionalmente significativo, como problemas de salud, discapacidad y el incumplimiento de responsabilidades importantes en el trabajo, la escuela o el hogar. De acuerdo con el DSM-5, un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se basa en la evidencia de deterioro del control, deterioro social, uso de riesgo y criterios farmacológicos.



Diga

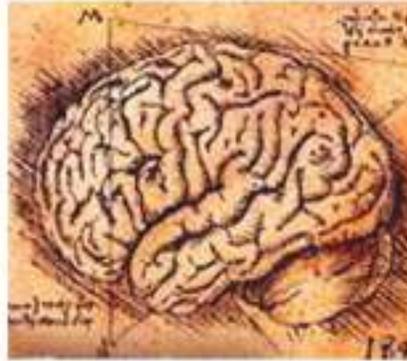
Instructor/a 1: Los trastornos por consumo de sustancias abarcan una amplia variedad de problemas que surgen del uso de sustancias y cubren 11 criterios diferentes de la siguiente manera: Tenga en cuenta que 9 de los 11 signos o síntomas son conductuales y solo dos son fisiológicos.

- Tomar la sustancia en cantidades mayores o por más tiempo del que la persona pretendía
- Querer reducir o dejar de consumir la sustancia, pero no lograrlo
- Pasar mucho tiempo obteniendo, usando o recuperándose del consumo de la sustancia
- Antojos e impulsos de consumir la sustancia
- No lograr hacer lo que se debe en el trabajo, el hogar o la escuela, debido al consumo de sustancias
- Continuar consumiendo, incluso cuando causa problemas en las relaciones
- Renunciar a actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al consumo de sustancias
- Usar sustancias una y otra vez, incluso cuando pone en peligro al individuo
- Continuar consumiendo, incluso cuando la persona sabe que tiene un problema físico o psicológico que podría haber sido causado o empeorado por el uso de la sustancia.
- Necesitar más de la sustancia para obtener el efecto que el individuo busca (tolerancia)
- Desarrollo de síntomas de abstinencia, que pueden aliviarse consumiendo más sustancia
- Los médicos pueden especificar qué tan grave es el trastorno por consumo de sustancias, dependiendo de cuántos síntomas se identifiquen. Dos o tres síntomas indican un trastorno leve por consumo de sustancias, cuatro o cinco síntomas indican un trastorno moderado por consumo de sustancias y seis o más síntomas indican un trastorno grave por consumo de sustancias.

Dos razones principales

1

Les gusta lo que causa a sus cerebros (refuerzo positivo)



2

Para afrontar o evitar acontecimientos vitales estresantes (refuerzo negativo)

Diga



OEA CICAD



2.10

Instructor/a 1: Hagámonos una pregunta: ¿por qué la gente consume drogas en general? La historia del consumo de drogas es tan larga como la del ser humano. Las sustancias psicoactivas existen desde hace miles de años y hay una amplia evidencia histórica de ello. Limitarnos a decir que las personas son irresponsables o que carecen de fuerza de voluntad, que están locas o dementes, sería demasiado simplista. Ello sigue sin responder a la pregunta de por qué.

Debe haber una razón válida. Y eso nos lleva de nuevo al hecho de que las sustancias psicoactivas y el modo en que afectan a nuestro cerebro y nuestro comportamiento tienen en realidad una propiedad muy reforzadora. En otras palabras, a la gente le gusta lo que las sustancias hacen a su cerebro. Esto es lo que llamamos refuerzo positivo. En el lenguaje cotidiano diríamos que la gente disfruta, se divierte o se pone *high*. Esta es una de las razones por las que los seres humanos consumen psicoactivos sustancias. Hay otra razón que es muy importante destacar. La gente consume drogas no solo para divertirse. Para algunas personas es la única manera de sobrevivir a situaciones de vida insoportables. Hay muchos países en el mundo, muchos ambientes —sobre todo con adolescentes— donde las condiciones son física y emocionalmente dolorosas. La única manera de sobrevivir es utilizar sustancias para hacer frente a los acontecimientos de la vida que son muy adversos y desagradables. En estos casos, no se trata de un uso recreativo, sino de supervivencia. Son razones negativas. Tenemos que comprender el fenómeno para apoyar la recuperación. No quiero justificar la adicción, quiero que entendamos cuál es la razón por la que los seres humanos consumen sustancias y siguen consumiéndolas; y cómo algunos —no todos— desarrollarán TCS y otros problemas graves.

El modelo de Schaeffer demuestra el patrón experimental más amplio a través del compulsivo, y la reducción de la población.

Se identificaron los siguientes tipos de consumo:

Consumo experimental: el consumo de drogas está motivado por la curiosidad o el deseo de experimentar nuevas sensaciones o estados de ánimo. Puede ocurrir solo o en compañía de uno o varios amigos que también experimentan. Normalmente se trata de un consumo único o de corta duración.

Uso social/recreativo - Las drogas son utilizadas en ocasiones sociales específicas por consumidores experimentados que saben qué droga les conviene y en qué circunstancias (por ejemplo, el uso de éxtasis por parte de consumidores experimentados en fiestas de baile, o el alcohol con una comida).

Uso circunstancial/situacional - Las drogas se utilizan cuando hay que realizar tareas específicas y se buscan grados especiales de alerta, calma, resistencia o ausencia de dolor. (por ejemplo, el trabajo por turnos de conducción de camiones o el estudio para los exámenes).

Uso intensivo - Este uso de drogas es similar a la categoría anterior, pero más intensivo. Suele estar relacionado con la necesidad del individuo de conseguir alivio o de alcanzar un alto nivel de rendimiento. También puede tratarse de un consumo compulsivo de drogas, en el que se produce un consumo excesivo de una sustancia de una sola vez. El patrón de consumo compulsivo puede ser ocasional o estar relacionado con situaciones específicas.

Consumo compulsivo/dependiente - El consumo de drogas conduce a una dependencia psicológica y fisiológica en la que el consumidor no puede interrumpir el consumo a voluntad sin experimentar un malestar mental o físico significativo. El consumo de drogas es fundamental en la vida cotidiana del consumidor” (Michell & Flynn, 2018).



El trastorno por uso de sustancias es un trastorno cerebral

La gente **no** elige
volverse adicta.

El trastorno por uso de
sustancias daña la
capacidad de elegir no
consumir drogas.



(Blum & Payne, 1991)



OEA | CICAD



211

Diga

Instructor/a 1: ¿Por qué la gente quiere experimentar? En general, los adolescentes experimentan con todo. La gente no prueba algo con la intención de volverse dependiente. En el proceso de convertirse en dependiente de una sustancia, nuestro cerebro pierde el poder y la capacidad de tomar decisiones adecuadas. El proceso de desarrollo de los TCS es, por mucho, más complejo que la mera elección consciente de convertirse en dependiente o no, de seguir consumiendo drogas frente a dejar de consumirlas.

Instrucciones de enseñanza: El formador puede hacer preguntas al público como:
¿Quién tiene experiencia con el tratamiento? ¿Ha tenido alguna vez un paciente que esperaba ser dependiente cuando empezó a consumir?

Fuente:

Blum, K., & Payne, J. E. (1991). Alcohol and the addictive brain: New hope for alcoholics from biogenetic research. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016). Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women. Disponible (en inglés) en http://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/unodc_2016_drug_prevention_and_treatment_for_girls_and_women_E.pdf página 27
O'Brien, C. (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*, 106:866-867.



Diga

Instructor/a 1: Normalmente, los adolescentes empiezan a experimentar con sustancias. Debemos hacer todo lo que podamos para prevenir el consumo de drogas y no fomentar este tipo de experimentación. Una vez en contacto con las sustancias, a algunos adolescentes puede gustarles la experiencia y repetirla con el tiempo, pasando de la experimentación a la búsqueda activa. La mayoría de los adolescentes que experimentan dejarán de hacerlo sin ninguna intervención y nunca desarrollarán un problema. Hay varias razones para ello: genéticas, biológicas, ambientales. Los que siguen consumiendo son propensos a desarrollar un consumo abusivo y a enfrentarse a graves problemas más adelante. Algunos de ellos se preocuparán por las drogas hasta tal punto que dejarán de realizar otras actividades que antes disfrutaban, como hacer deporte y tocar o escuchar música. Empezarán a abandonar todas las actividades que solían disfrutar y olvidarán que hay otras actividades que pueden ser experiencias agradables. El consumo de sustancias se convertirá en su única fuente de refuerzo positivo y de recompensa. Veremos por qué y cómo ocurre esto. Desarrollarán una dependencia; y, en este caso, la dependencia es un conjunto de cambios biológicos en el cerebro como resultado de la exposición a las drogas; los cambios de comportamiento serán claros y la gente adoptará todo tipo de comportamientos problemáticos. Se quedarán atascados ahí y probablemente desarrollarán problemas serios.

Fuente: Shahram, H. (2019). Pathways to Addiction: Stages of addiction. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/science-choice/201910/pathways-addiction>



Vulnerabilidad a los TCS

Vulnerabilidades genéticas debido a los antecedentes familiares de TCS

Edad del primer consumo

Condiciones sociales (por ejemplo, pobreza, enfermedad física, estrés, historial de traumas, desamparo)

Influencias negativas de las amistades

Trastornos mentales (sobre todo si no se tratan)

Tipo de consumo de drogas

Discriminación sistémica por motivos de raza, género y condición de minoría, por ejemplo



OEA CICAD



2.13

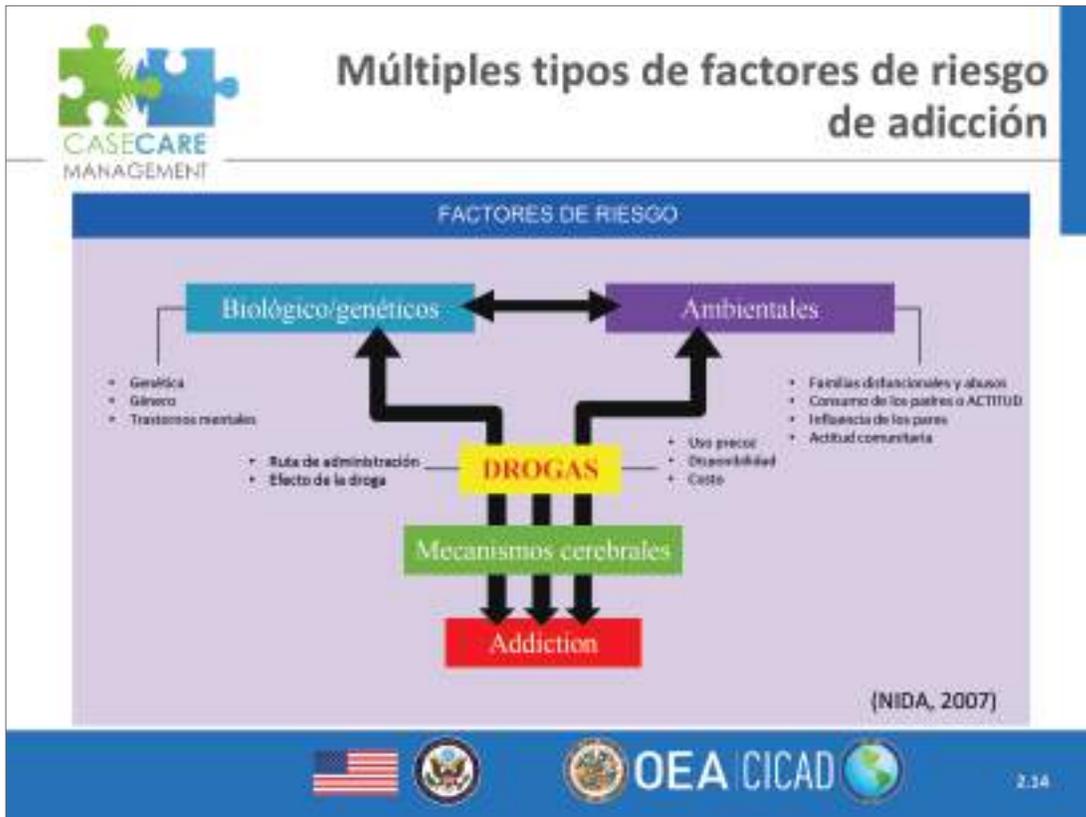
Diga

Instructor/a 1: ¿Por qué algunas personas son más vulnerables que otras? Si las drogas fuesen la causa del problema, entonces todos los que usan la sustancia se volverían dependientes. A muchas personas les gusta una copa de vino durante la cena, pero eso no significa que se vayan a volver dependientes. Muchos adolescentes experimentan con sustancias y la mayoría de ellos no desarrollan ningún tipo de dependencia. La pregunta es por qué. ¿En qué se diferencian las personas que desarrollan un problema de las que no lo desarrollan? Para responder a esta pregunta, hay que destacar que existen varios factores de riesgo que a menudo pueden aparecer combinados. No hay ningún factor aislado que aumente o disminuya el riesgo. Podemos tener una mala combinación de factores, o bien, un conjunto crítico de factores de riesgo. Quizá una gran parte de la explicación provenga de la vulnerabilidad genética. Las personas con TCS son genéticamente diferentes de las que tienen la experiencia de consumir sin llegar a desarrollar un problema. También sabemos que la edad del primer uso tiene un impacto significativo en la probabilidad de que este individuo, en presencia de otros factores, incluyendo la genética, desarrolle problemas. También hay un factor ambiental, no biológico, como la pobreza. Asimismo, se puede considerar el abuso físico, emocional, social, sexual o una combinación de ellos, aunado al estrés significativo o las experiencias traumáticas, especialmente en la infancia temprana. Estos son factores que, si se combinan con otros, aumentarán la probabilidad de desarrollar TCS. En los entornos en los que el consumo es la norma social, las personas se verán sometidas a la influencia y la presión negativas de sus compañeros, ya que la única forma de pertenecer al grupo es seguir consumiendo.

Algunos de los trastornos de salud mental o psicológica pueden aumentar las posibilidades de TCS, especialmente si un trastorno de salud mental no ha sido atendido ni tratado.

Además, también sabemos que, debido a que las sustancias psicoactivas se clasifican en mil categorías, algunas de ellas contribuyen al desarrollo de los TCS más rápidamente. El tipo de sustancia consumida, aunque no es el factor clave, tiene cierta importancia en el desarrollo de los TCS.

En el sitio web del NIDA se puede encontrar información adicional sobre el factor de riesgo protector y resistente: <https://nida.nih.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents/chapter-1-risk-factors-protective-factors/what-are-risk-factors>



Diga

Instructor/a 1: Cuando las personas desarrollan TCS, muy comúnmente se les acusa de falta de fuerza de voluntad, de irresponsabilidad, de falta de devoción religiosa o de estar “locos”. Nuevas pruebas científicas confirman que se trata de algo mucho más complejo. Es una combinación de tres grandes áreas de riesgo: 1. Factores biológicos, en particular la genética. 2. Factores ambientales. 3. Factores psicológicos individuales.

Quando tenemos la combinación de estos tres factores, vemos un aumento significativo en el riesgo de que el individuo en cuestión comience a desarrollar problemas; además, la forma en que las drogas reaccionan con el cerebro es particular.

- La vulnerabilidad genética explica aproximadamente el 50% de los trastornos por consumo de sustancias
- Los trastornos por consumo de sustancias NO están determinados genéticamente, pero SÍ pueden verse influenciados por aspectos genéticos
- Comparable a la diabetes, la hipertensión, el asma y muchas otras enfermedades
- Los antecedentes familiares aumentan el riesgo de trastornos por consumo de sustancias
- No existe un único gen "alcohólico" o "de la droga".



Diga

Instructor/a 1: No debemos pensar que existe un único gen del alcoholismo o un único gen de la dependencia del cannabis o de las anfetaminas. Hay una serie de combinaciones genéticas. Ninguno de ellos es específicamente responsable de los trastornos causados por las drogas, pero una combinación de ellos puede hacer que las personas sean genéticamente más vulnerables a los TCS.

En la medicina biológica y del comportamiento, existen dos tipos de afecciones genéticas. La primera es una condición determinada genéticamente: si tengo la mala suerte de recibir una combinación de genes patológicos de mis dos padres, tengo más probabilidades de desarrollar una determinada enfermedad. Esto no tiene nada que ver con mi estilo de vida, educación, nutrición o entorno de ejercicio, es simplemente mi vulnerabilidad genética que me llevó a desarrollar este problema. Ejemplos de ello son la fibrosis quística (una enfermedad pulmonar), la enfermedad de Huntington o una enfermedad neurológica.

Los TCS NO están determinados genéticamente. Sin embargo, existe un segundo grupo de padecimientos que denominamos "de influencia genética". Si alguien tiene antecedentes familiares

del problema por vulnerabilidad genética, tendrá el 60% más de riesgo de desarrollar el mismo problema. Ejemplos de ello son la diabetes y la hipertensión, o algunas formas de cáncer, especialmente el de mama, que está muy influenciado por la genética.

Tener un riesgo creciente de desarrollar el problema no significa necesariamente que el problema vaya a desarrollarse.

Prestar atención a estas vulnerabilidades y comportarse de forma diferente le ayudará a disminuir la probabilidad de desarrollar el problema, aunque los factores genéticos sigan siendo los mismos. Tomemos como ejemplo a una persona que tiene un historial familiar grave de dependencia del alcohol. Si esa persona decide no beber, nunca desarrollará el alcoholismo. Sin embargo, esto no le protegerá de desarrollar otros problemas relacionados con el consumo de otras sustancias.

Las personas con vulnerabilidad genética podrían recibir ayuda a través del tratamiento. Éstas pueden cambiar no la vulnerabilidad en sí misma, pero sí su comportamiento al permanecer en tratamiento y lograr una recuperación.



Vulnerabilidades psicológicas

Temperamento

Asumir riesgos excesivos

Impulsividad (muy influenciada por la genética)

Tensión y estrés (baja tolerancia al estrés)

Dificultades de aprendizaje

Problemas de atención (con o sin hiperactividad)

Trastornos del estado de ánimo y otros diagnósticos mentales



OEA CIGAD



2.16

Diga

Instructor/a 1: Hay una serie de factores psicológicos que pueden aumentar el riesgo:

- ☐ Temperamento.
- ☐ Toma de riesgos excesiva (la clave es excesiva: la toma de riesgos es normal en todo adolescente).
- ☐ Muy alta impulsividad (que en realidad está significativamente influenciada por la genética).
- ☐ Baja tolerancia al estrés (puede ser un factor importante para todo tipo de problemas, incluido el consumo de sustancias).
- ☐ Problemas de atención, con o sin hiperactividades.
- ☐ Trastornos del estado de ánimo y otros diagnósticos mentales.

Se trata de factores psicológicos que pueden hacer a las personas más vulnerables. Ninguno de ellos provoca específicamente los TCS por sí solo, pero pueden hacerlo cuando se combinan con la genética y el tercer tipo de factor: los factores socioambientales.

Factores socio- ambientales

CASECARE MANAGEMENT

Desorganización de la comunidad

La presión de las amistades y el aprendizaje social

Socialización disfuncional

Fracaso académico

Consumo de drogas socialmente aceptable

Disponibilidad de medicamentos

Pobreza

Trauma

USA OEA CICAD 2.17

Diga

Instructor/a 1: Estos factores no son biológicos.

- ❑ Desorganización comunitaria: En un entorno desorganizado, las personas intentan sobrevivir utilizando múltiples mecanismos de supervivencia, incluido el consumo de drogas.
- ❑ Presión de grupo y aprendizaje social: El consumo de drogas puede ser más probable cuando las personas están bajo presión o tienen un aprendizaje social problemático.
- ❑ Socialización disfuncional: Las personas que tienen dificultades para socializar de forma funcional pueden ser más propensas al consumo de drogas.
- ❑ El fracaso escolar es un importante factor de riesgo para los TCS. Durante muchos años, solíamos creer que cuando los niños y las niñas empezaban a tener dificultades y sus notas bajaban era porque empezaban a consumir drogas. Lo que hemos aprendido en las últimas dos décadas es que, de hecho, es lo contrario. Experimentar dificultades académicas es una de las razones más típicas para el inicio del consumo de sustancias. Desde un punto de vista práctico, si sus hijos o los de sus amigos presentan ciertas dificultades en la escuela, no hay que reaccionar de forma exagerada. Los problemas académicos son una de las razones por las que los niños empiezan a consumir sustancias. No es necesario reaccionar con exageración a ello.
- ❑ Otra razón ambiental es la disponibilidad y la aceptabilidad de los medicamentos. Cuanto más disponible esté una sustancia, más gente la consumirá. Si hacemos que las sustancias sean menos accesibles mediante impues-

tos, controles fronterizos/aduaneros u otras formas de reducción de la oferta, serán menos accesibles y menos disponibles y menos gente las consumirá.

- ❑ La pobreza extrema es otro factor de riesgo típico para el inicio del consumo de sustancias. Una vez que alguien padece un trastorno por consumo de sustancias, puede ser extremadamente difícil alcanzar el éxito financiero o mantener una situación económica estable. Tres factores principales pueden explicar esta relación entre adicción y pobreza: Los individuos con TCS utilizan una parte de sus ingresos en drogas. Aunque el coste de las sustancias es diferente, cuando se suma a lo largo del tiempo, incluso el gasto más pequeño puede afectar al bienestar financiero de una persona, especialmente a medida que aumentan los niveles de tolerancia. El TCS puede hacer que las personas falten al trabajo, tengan un bajo rendimiento y no pasen las pruebas de drogas. Todo ello pone en peligro la seguridad laboral y la situación del empleo. El consumo de sustancias aumenta el riesgo de sufrir costosas urgencias médicas y afecciones de larga duración. Dependiendo de la gravedad del problema, algunas visitas médicas pueden dejar a la persona en deuda financiera, amenazando su estabilidad económica.

Fuente: Ramsey, H. (n.d.). Drug Addiction and its Relationship with Poverty. <https://borgenproject.org/drugaddiction/>

- ❑ Ser víctima o haber experimentado un trauma es otro factor que aumenta la vulnerabilidad al SUD. En el sitio web de la SAMHSA hay más recursos sobre la atención informada por el trauma: <https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>



Factores familiares

Los padres y los hermanos consumen drogas

Prácticas familiares deficientes e incoherentes

Conflictos familiares

Abuso/violencia

Involucramiento generacional en el sistema de justicia penal



2.18

Diga

Instructor/a 1: También hay factores familiares:

- ❑ Consumo de sustancias entre padres y hermanos.
- ❑ Las diferentes prácticas familiares y los problemas de apego durante la infancia afectan a nuestro desarrollo como seres humanos. En las familias desorganizadas o con prácticas incoherentes, los niños están más estresados. Algunas situaciones extremas son las relaciones de maltrato o el apego disfuncional. En estos casos, los niños y las niñas pueden empezar a consumir sustancias y es más probable que desarrollen problemas en el futuro.
- ❑ La violencia también desempeña un papel importante. Tengan en cuenta que no solo el hecho de ser víctima de la violencia puede aumentar el riesgo de desarrollar TCS. Incluso presenciar la violencia aumentará las posibilidades de desarrollar problemas de desarrollo. Además, presten atención a qué tipo de juegos virtuales juegan los niños. En estos puede haber bastante violencia, con disparos, explosiones y sangre. Incluso presenciar este tipo de violencia simulada puede aumentar el riesgo.

Fuente: Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (2002) Children Exposed to Violence: Current Status, Gaps, and Research Priorities. Taller del NICHD sobre niños expuestos a la violencia, 24-26 de julio de 2002. Disponible (en inglés) en https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/documents/children_violence.pdf

Las investigaciones sobre el consumo intergeneracional de drogas, el consumidor actual, los padres y los abuelos sugieren que hay factores predecibles como la genética y los estilos de crianza con diversos grados de disciplina que influyen en la vulnerabilidad a las sustancias en la descendencia.

Fuente: Pears, K., Capaldi, D., Owen L. (2007). Substance use risk across three generations: the roles of parent discipline practices and inhibitory control. *Psychol Addict Behav.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1988842/>

Los resultados sugieren que el consumo de sustancias de los hermanos mayores tiene un efecto directo sobre el consumo de los hermanos menores, pero la dinámica de la relación y el refuerzo también desempeñaron un papel importante. En concreto, la connivencia y el conflicto en la relación entre hermanos tuvieron efectos indirectos a través de la afiliación desviada de los hermanos menores a sus compañeros. Los resultados validan el poderoso papel socializador tanto de los hermanos como de los compañeros, y dilucidan los complejos mecanismos a través de los cuales se produce la socialización.

La influencia de la droga en los hermanos cuando se trata de adolescentes consumidores podría encontrarse aquí:

Fuente: Low, S., Shortt, J. W., & Snyder, J. (2012). Sibling influences on adolescent substance use: the role of modeling, collusion, and conflict. *Development and psychopathology*, 24(1), 287–300. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000836>

Los TCS cambian el cerebro

- Provocan fuertes impulsos
- Es difícil pensar con claridad
- Es difícil resistirse a los impulsos
- Alivio solo bajo la influencia de las drogas

Los TCS son una enfermedad cerebral.



OEA | CICAD



2.19

Diga

Instructor/a 1: Dijimos que la adicción y los TCS son fundamentalmente enfermedades cerebrales. Vamos a detallar un poco más lo que queremos decir.

Vamos a hablar del cerebro de los adolescentes, ya que la edad típica de aparición en todo el mundo es entre los 12 y los 16 años.

CASECARE MANAGEMENT

Las drogas y el cerebro de los adolescentes

Cerebro de un niño/a de 5 años Cerebro de un/a preadolescente Cerebro de un/a adolescente Cerebro de una persona de 20 años

Dorsal lateral prefrontal cortex ("executive functions")

Adelante
Arriba
Atrás

Rojo/amarillo: parte del cerebro que son menos maduras Azul/roscado: parte del cerebro más maduras

Los adolescentes corren un riesgo especial de desarrollar una adicción porque:

- La corteza frontal del cerebro no está completamente desarrollada
- Los adolescentes confían más en el sistema límbico para tomar decisiones

(NIDA, 2020)

USA OEA CICAD

2.20

Diga

Instructor/a 1: Otro componente importante a tener en cuenta es la proyección típica de los TCS: la edad típica de inicio en todo el mundo es entre los 12 y los 16 años. Es el momento en que la gente empieza a experimentar con las drogas. Estamos hablando de un trastorno de inicio pediátrico. Durante esta época, el cerebro del adolescente aún no es totalmente funcional. La toma de decisiones detrás de la experimentación se ve significativamente afectada porque el cerebro no es completamente funcional hasta los 24-25 años.

Dado que la corteza prefrontal del cerebro (la parte encargada del pensamiento crítico) aún no está completamente desarrollada en los adolescentes, estos confían más en el sistema límbico (que está vinculado a las recompensas y las emociones) para tomar decisiones.

La parte clave del cerebro que aún se está desarrollando es la corteza prefrontal. Es el área que utilizamos en el pensamiento crítico, como cuando se sopesan los pros y los contras antes de tomar una decisión.

Como la corteza prefrontal aún no está completamente desarrollada, los adolescentes confían más en el sistema límbico para tomar decisiones. La red de estructuras cerebrales de este sistema está vinculada a las emociones y a la experimentación de recompensas más que al pensamiento crítico.

Como su corteza prefrontal está en desarrollo, los adolescentes son más propensos a tomar decisiones basadas en lo que les proporciona una gratificación instantánea, como una sensación de felicidad.

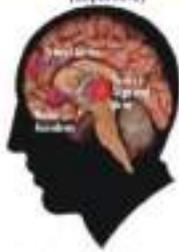
Fundamentalmente, los trastornos por consumo de sustancias son un trastorno con un inicio pediátrico y continúan más adelante en la vida.

Fuente: Scholastic NIDA. (2020). Drugs and the Teen Brain, Teacher's guide. Available at <http://headsup.scholastic.com/teachers/drugsandtheteenbrain>

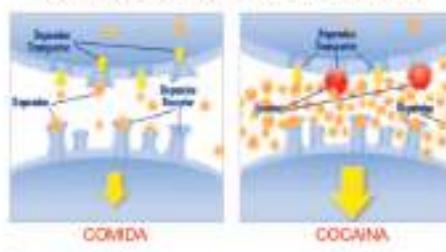
¿Cómo actúan las drogas en el cerebro?

TODAS LAS DROGAS DE ABUSO TIENEN COMO OBJETIVO EL CENTRO DE PLACER DEL CEREBRO.

Circuitos cerebrales de la recompensa (dopamina)



Todas las drogas de abuso aumentan el nivel de dopamina



Estos circuitos cerebrales son importantes por la recompensa natural como la comida, la música, el arte.

Por lo general, la dopamina aumenta en respuesta a una recompensa natural, como la comida. Cuando se toma cocaína se exageran los aumentos de dopamina y se altera la comunicación.

(Adaptado de Volkow, 2018)

Todas las sustancias psicoactivas afectan al sistema de recompensa del cerebro inundando los circuitos de dopamina.



Ejercicio interactivo: El ejemplo mano-cerebro

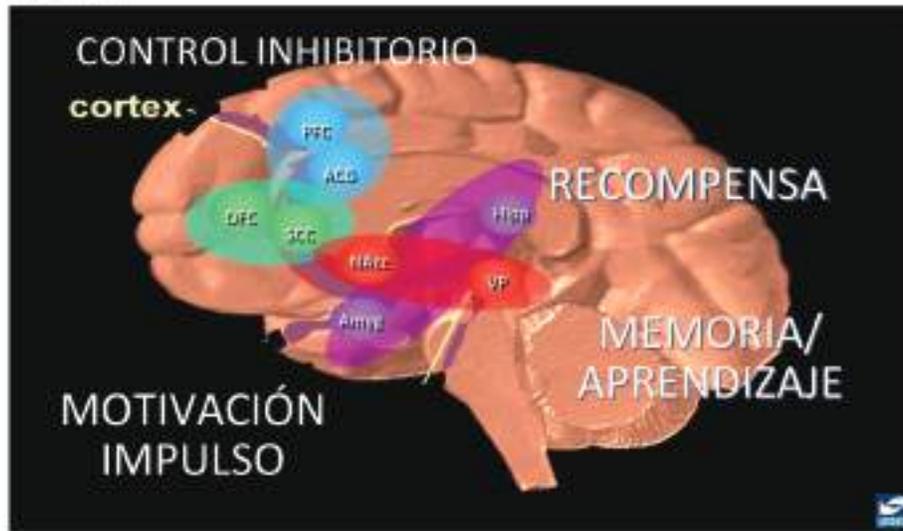
Vamos a hacer un ejercicio. Por favor, levante la mano. Colóquela a la altura de sus ojos. Ahora meta el pulgar y cierre los dedos a su alrededor. Imagínese que esto es su cerebro. La parte exterior de su mano es la parte posterior del cerebro. Sus dedos son la corteza cerebral, su nariz está ahí. Esta es la parte del pensamiento. Si abre la corteza, abriendo sus dedos, justo en el medio donde está su pulgar hay una parte del cerebro, el nombre científico es el sistema límbico. El sistema límbico es nuestro cerebro emocional. Es la parte del cerebro responsable de nuestra capacidad de experimentar recompensa, placer, regular nuestro sueño y controlar nuestra impulsividad. Es la parte del cerebro que se ve afectada principalmente cuando hablamos de emociones. Regula nuestro estado de ánimo. ¿Por qué es importante? Todas las sustancias psicoactivas, pertenecientes a diferentes clases químicas y físicas, tienen algo en común: todas son capaces de penetrar en el cerebro directamente para afectar a esta parte límbica emocional del cerebro, cambiando su funcionamiento.

Diga

Instructor/a 1: Todas las sustancias psicoactivas afectan directamente al sistema límbico al cambiar la cantidad de ciertas sustancias químicas en nuestro cerebro entre las neuronas. Son sustancias químicas diferentes, su característica común es que son capaces de transformar una señal de una célula a otra y, por esa propiedad, las llamamos neurotransmisores. En total hay 100, 120 neurotransmisores, pero hay cuatro o cinco que son extremadamente importantes para nuestra comprensión del desarrollo de los TCS, y el neurotransmisor químico más importante en nuestro cerebro es la dopamina.

Fuente:

Volkow, N. (2018, July). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. Disponible en <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface>



Diga

Instructor/a 1: La dopamina es responsable de nuestra capacidad de escribir y de nuestros movimientos motores finos. Seguro que has oído hablar de las personas con la enfermedad de Parkinson. La razón de sus temblores se debe a un problema de dopamina.

La función de la dopamina en el cerebro explica la razón por la que experimentamos placer con las cosas que nos gustan, por ejemplo, la comida, el refugio, el agua, el sexo, ir al cine, leer libros, interactuar con los demás. Experimentamos placer debido al funcionamiento normal del sistema de la dopamina.

Si el sistema no funciona bien, será muy difícil que experimentemos las recompensas psicológicas de nuestras actividades. Incluso resultaría difícil almacenar nuestros recuerdos. Las experiencias placenteras se almacenan más fácilmente en la memoria.

La dopamina es muy importante en nuestra capacidad de hacer muchas cosas, principalmente en la regulación emocional, la regulación de la impulsividad y la capacidad de experimentar placer y recompensa de las actividades.

Las sustancias psicoactivas provocan cambios en el cerebro de las personas que empiezan a desarrollar TCS. Las funciones se modifican con la exposición a sustancias. El cerebro olvidará todas las demás actividades placenteras debido al mal funcionamiento de la psicología cerebral. La única fuente de placer y recompensa serán las drogas. Hay una expresión: “Engañar a la mente”. Las drogas engañan la mente cambiando su funcionamiento.

Si me preguntan: “¿Es posible la recuperación?” La respuesta es sí. Nuestro cerebro es susceptible de recuperarse y restablecer las funciones. En algunos casos, volver a los niveles normales. Llevaría tiempo, y por eso hay algunos síntomas residuales en las personas con TCS aunque ya hayan dejado de consumir y estén en recuperación. Algunos de los síntomas continuarán durante meses o años, pero la gente mejora.

Fuente:

Volkow, N. (2018, July). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface>.



La adicción es un trastorno recurrente

Los trastornos por consumo de sustancias se consideran recurrentes por naturaleza
40-60% de las personas
recaída en el primer año
después de la desintoxicación.

(The Treatment Center, 2018)



OEA CICAD



2.23

Diga

Instructor/a 1: Como ya hemos dicho, un TCS es una enfermedad crónica y provoca recaídas en la mayoría de los que la padecen. La gente tiende a mejorar, luego a empeorar, luego a mejorar de nuevo. Hay una fluctuación en su estado. Aproximadamente el 50% de los pacientes con TCS recaen durante el primer año de tratamiento. Esta cifra es coherente con el número de pacientes con diabetes o hipertensión que sufren recaídas de esas enfermedades en el primer año de tratamiento. Nos lleva tiempo ajustar nuestro comportamiento, nuestro estilo de vida, nuestros hábitos o incluso nuestra forma de pensar. Se necesita tiempo para que la gente se recupere; es poco probable que ocurra de la noche a la mañana. Es un proceso, pero es posible. La gente sí mejora.

Instrucciones de enseñanza: El módulo 2 es muy denso en términos de información y requiere la atención de los participantes. Los formadores pueden evaluar el nivel de compromiso de los participantes y decidir hacer un breve descanso en este punto, si es necesario.

Fuente: (The Treatment Center, 2018)

VÍNCULOS ENTRE LOS TCS Y EL COMPORTAMIENTO DELICTIVO



OEA CICAD



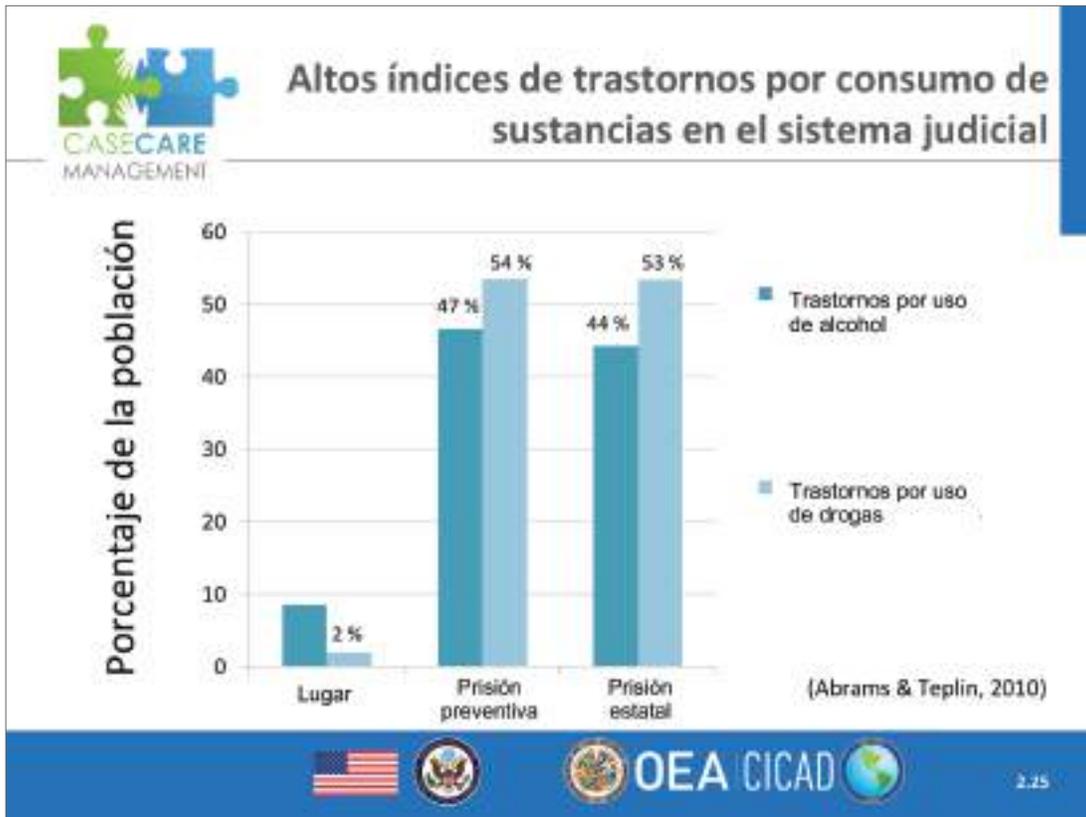
2.24

Instrucciones de enseñanza:

Se sugiere que el formador 2 enseñe esta parte del módulo.

Diga

Instructor/a 2: Vamos a repasar las conexiones entre los TCS y la delincuencia para identificar los diferentes tipos de interacciones.



Diga

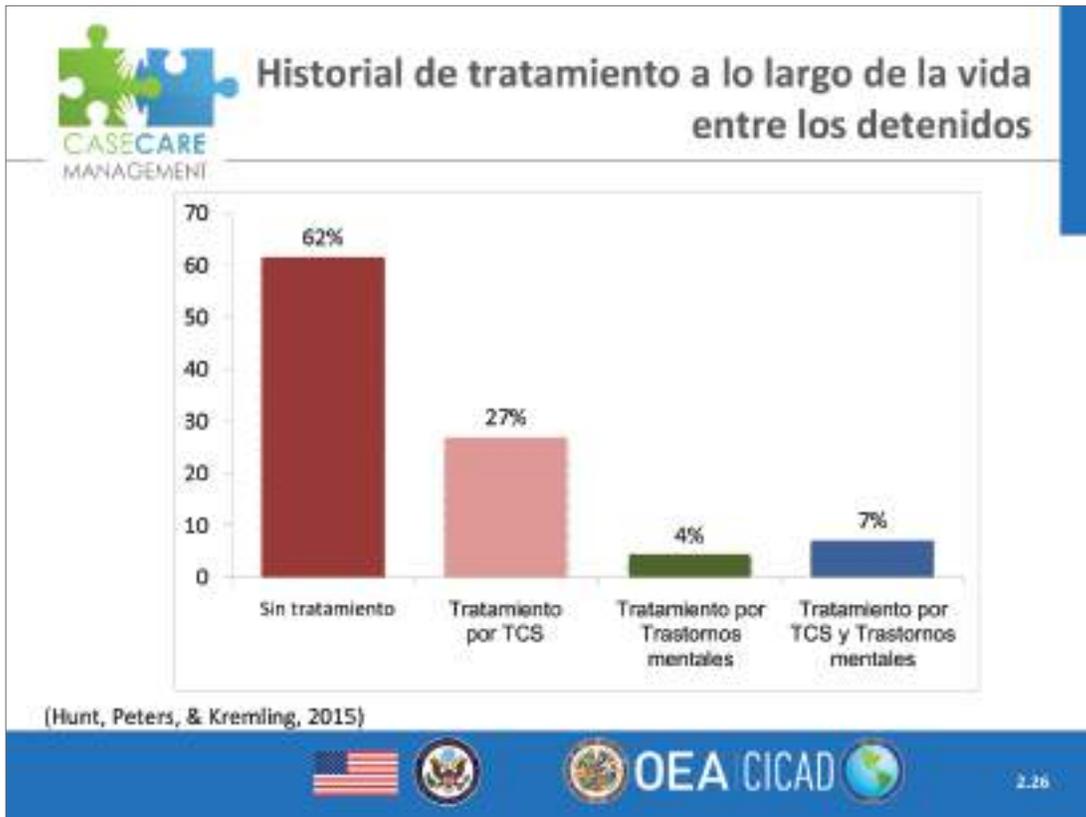
Instructor/a 2: Para empezar, veamos los índices de TCS en el sistema de justicia penal. Ustedes verán en el gráfico las tasas de TCS en las cárceles y prisiones de Estados Unidos en comparación con la población general. Si se fijan en las barras del medio y en las del extremo derecho, verán que la mitad de las personas que están en prisión o en la cárcel tienen un trastorno por consumo de alcohol o drogas. Muchos tienen un problema de “polisustancia” que incluye tanto el alcohol como otras drogas. En comparación con la población general en la barra lateral izquierda, tenemos tasas de TCS en el sistema judicial que son hasta 25 veces más altas que la población general. También sabemos que hay una brecha significativa en el tratamiento provisto en centros penitenciarios a personas que tienen estos trastornos y, al menos una parte del mundo, menos del 10% de la población en los centros de detención o en la prisión realmente recibe el tratamiento y los servicios que necesitan (UNODC, 2019).

Los antecedentes de consumo de drogas son comunes entre la población privada de libertad europeos, con niveles desproporcionadamente altos en comparación con la población general.

- Los problemas de salud, especialmente las enfermedades transmisibles y la comorbilidad psiquiátrica, son especialmente frecuentes entre las personas privadas de libertad que consumen drogas.
- El riesgo de mortalidad en las primeras semanas tras la salida de la cárcel es extremadamente alto.
- Se observan diferencias importantes entre los países europeos en cuanto al consumo de drogas y los problemas relacionados con ellas entre las personas privadas de libertad.
- En los países europeos, los datos válidos y comparables sobre el consumo de drogas y sus consecuencias entre las personas privadas de libertad siguen siendo escasos y es necesario un trabajo de armonización (Giraudon, Montanari, Pasinetti, Royuela, Vicente, Weissing, s.f.)

Fuente: Giraudon, I., Montanari, L., Pasinetti, M., Royuela, L., Vicente, J., Wiessing, L. (n.d.). Drug use and related consequences among prison populations in European countries. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/249202/Prisons-and-Health,-13-Drug-use-and-related-consequences-among-prison.pdf.

Fuente: Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Mericle, A. A., Dulcan, M. K., & Washburn, J. J. (2010). Psychiatric disorders of youth in detention. In *Perspectives on Juvenile Offenders* (pp. 157-192). Nova Science Publishers, Inc.



Diga

Instructor/a 2: Si observamos este gráfico, veremos que los individuos en el sistema judicial generalmente no han recibido tratamiento ni para los trastornos mentales ni para los TCS. Más del 60% no ha recibido ningún tipo de tratamiento en el pasado. Estamos tratando con una población que es nueva en el tratamiento y necesitamos orientarles y proporcionarles garantías de que el tratamiento puede ser una parte eficaz de la solución a sus problemas relacionados con los TCS. Se puede ver en el gráfico que algo más de una cuarta parte de los individuos en el sistema judicial han recibido algún tipo de tratamiento para los TCS en el pasado y muchos menos han vuelto a recibir tratamiento de salud mental o tratamiento tanto para los trastornos mentales como para los TCS.

La Kaiser Family Foundation (KFF) de Estados Unidos recopiló información de las personas que declararon necesitar pero no recibir tratamiento por consumo de drogas ilícitas en el último año en 2019.

La información se representa en función de: Vista de datos/ Distribuciones/ Ubicaciones.

- Se clasificó a las personas como necesitadas de tratamiento por drogas ilícitas si cumplían los criterios de un trastorno por consumo de drogas ilícitas según la 4ª edición del Manual diagnóstico y estadístico

de los trastornos mentales (DSM-IV) o si recibían tratamiento por consumo de drogas ilícitas en un centro especializado (es decir, un centro de rehabilitación de drogas y alcohol [para pacientes internos o externos], un hospital [sólo para pacientes internos] o un centro de salud mental). Necesitar pero no recibir tratamiento contra las drogas ilícitas se refiere a los encuestados clasificados como necesitados de tratamiento contra las drogas ilícitas, pero que no recibieron tratamiento contra las drogas ilícitas en un centro especializado (KFF, 2019).

Condiciones de salud mental y uso de sustancias: Comparación de las necesidades y la capacidad de tratamiento de Estados Unidos con las de otros países de altos ingresos. “Este resumen de datos examina la carga de salud mental en los Estados Unidos en comparación con otros 10 países de altos ingresos que participan en la encuesta anual de política sanitaria internacional del Commonwealth Fund. También se examina la relación entre la carga de la salud mental y los determinantes sociales de la salud, las diferencias en la búsqueda de atención, el acceso y la asequibilidad de la atención, los resultados de la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias, y la capacidad del sistema sanitario” (Aboulafia, 2020).

Fuentes: Aboulafia, G. (2020). Mental Health Conditions and Substance Use: Comparing U.S. Needs and Treatment Capacity with Those in Other High-Income Countries. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/may/mental-health-conditions-substance-use-comparing-us-other-countries>.

KFF. (2019). Individuals Reporting Needing but Not Receiving Treatment for Illicit Drug Use. <https://www.kff.org/other/state-indicator/individuals-reporting-needing-but-not-receiving-treatment-for-illicit-drug-use-in-the-past-year/>.

Hunt, E., Peters, R.H., & Kremling, J. (2015). Behavioral health treatment history among persons in the justice system: Findings from the Arrestee Drug Abuse Monitoring II Program, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1):7-15.



Dirigir el tratamiento de drogas en el sistema judicial

La mayoría de las personas en el sistema judicial han consumido drogas y alcohol

No todas estas personas necesitan un tratamiento intensivo para las adicciones

Es importante priorizar quién debe recibir los escasos recursos de tratamiento

El modelo riesgo-necesidad-responsabilidad (RNR) ayuda a priorizar el tratamiento



OEA CICAD



2.27

Diga

Instructor/a 2: La mayoría de las personas que se encuentran en el sistema judicial han consumido drogas y alcohol; sin embargo, sabemos que no todos estos individuos necesitan un tratamiento intensivo. Sería un error proporcionar tratamiento a personas que no lo necesitan. Uno de nuestros retos es cómo asignar nuestros escasos recursos para el tratamiento de drogas a las personas que más lo necesitan con el fin de abordar sus conductas delictivas y otros problemas relacionados.

Uno de los modelos que nos ayuda a destinar los escasos recursos de tratamiento a las personas que más lo necesitan se llama Modelo de riesgo-necesidad-responsabilidad.



Modelo riesgo-necesidad- responsabilidad (RNR)

RIESGO - Centrar los recursos para el tratamiento de drogas en los infractores de riesgo moderado a alto (riesgo de detención)

NECESIDADES - Proporcionar servicios que aborden los factores de riesgo (necesidades) de detención (incluido el tratamiento de drogas)

RESPONSABILIDAD - Proporcionar servicios en áreas clave para mejorar el compromiso con el tratamiento de drogas



OEA CICAD



2.28

Diga

Instructor/a 2: Queremos utilizar nuestros recursos de tratamiento más intensivos para las personas que demuestren un riesgo moderado o alto de reincidencia/detención reincidente. Esto se debe a que podemos generar las mayores reducciones en la reincidencia/detención reincidente si asignamos estos recursos a una población de mayor riesgo. Cuando proporcionamos tratamiento a esta población de alto riesgo, queremos abordar los diferentes factores que predicen de forma independiente el riesgo de futuras detenciones. Veremos este conjunto de factores de riesgo en un minuto. Si nos centramos en reducir el impacto de estos factores de riesgo penal, tendremos muchas más posibilidades de reducir las futuras detenciones. También tenemos más posibilidades de reducir el fenómeno de la “puerta giratoria”, en el que las personas entran y salen del sistema de justicia penal repetidamente, sobre todo entre los que padecen TCS. Por último, queremos ofrecer servicios de tratamiento de forma que ayuden a las personas a comprometerse con el tratamiento de las drogas y a superar ciertas barreras. Veremos cada componente de este modelo a medida que avancemos.



Priorización del tratamiento en función del nivel de riesgo penal

Mejores resultados si el tratamiento se centra en delincuentes de riesgo moderado o alto (riesgo de detención)

Lograr **las mayores reducciones de la conducta delictiva** si se trata a las personas con mayor riesgo delictivo

- Maximiza el ahorro de costos
- Las personas de bajo riesgo no suelen necesitar un tratamiento intensivo



OEA CICAD



2.29

Diga

Instructor/a 2: Nuestro primer objetivo es priorizar el tratamiento de las personas con mayor riesgo de reincidencia. Esto se debe a que los individuos con menor riesgo de reincidencia con frecuencia no necesitan un tratamiento intensivo. Se les puede asignar a programas de educación sobre drogas, de supervisión comunitaria, de vigilancia judicial o de otro tipo. Si se proporciona un tratamiento intensivo a una población de bajo riesgo, en realidad se puede producir un resultado contraproducente y elevar el riesgo de reincidencia.

En resumen, podemos conseguir las mayores reducciones en la reincidencia delictiva si centramos nuestros programas de tratamiento en aquellos con un riesgo moderado o alto de reincidencia. Esto también maximiza el impacto económico del tratamiento, ya que podemos mantener a más personas fuera de las cárceles y prisiones de nuestros países.



Priorización del tratamiento en función de la gravedad del consumo de sustancias

La **gravedad** de los problemas de consumo de sustancias debe determinar la intensidad del tratamiento

Los infractores con problemas de consumo de sustancias de baja gravedad **pueden no requerir un tratamiento intensivo**

Mezclar personas con niveles altos y bajos de necesidades de tratamiento por consumo de sustancias está **contraindicado**

El tratamiento **compite con otras actividades prosociales** para los delincuentes con pocas necesidades



OEA CICAD



2.30

Diga

Instructor/a 2: También queremos dar prioridad al tratamiento de las personas que tienen una mayor gravedad de los TCS. Cuanto mayor es la gravedad de los TCS, mayor es la intensidad y la duración del tratamiento que se necesita.

Al igual que los individuos de bajo riesgo, las personas con TCS menos graves pueden no requerir tratamiento de drogas en absoluto o podrían ser colocadas en programas de tratamiento menos intensivos, programas de supervisión comunitaria, programas de educación sobre las drogas u otros servicios menos intensivos.

Por último, sabemos que puede ser contraproducente mezclar poblaciones de alto y bajo riesgo en el mismo programa o mezclar individuos con TCS graves con casos menos graves. También queremos utilizar diferentes enfoques programáticos para las personas con TCS de diversa gravedad.

Un último punto es que, para las personas con TCS menos graves, el tratamiento intensivo contra las drogas compite con otras actividades importantes que pueden evitar la participación en futuros comportamientos delictivos, como la iglesia, el tiempo con la familia y el trabajo.

Instrucciones de enseñanza: Los formadores pueden aprovechar esta oportunidad para discutir el hacinamiento en las prisiones si es relevante para el país.

El hacinamiento sigue siendo un reto en muchos países, ya que pasa por alto la gravedad y la separación de los trastornos por consumo de sustancias entre los reclusos de la población penitenciaria. Para aliviar este problema recurrente, los países deben centrarse en la clasificación y el alojamiento de las personas implicadas en la justicia en función de la gravedad de sus trastornos por consumo de sustancias.



Diga

Instructor/a 2: Cuando miramos este gráfico, podemos imaginar la diferente gama de opciones para ambas condiciones. Aquí hay dos ejes, uno que muestra el rango de gravedad de los TCS (de menor a mayor gravedad), y el otro que muestra el rango de riesgo de reincidencia (de bajo a alto). Es necesario reservar nuestros escasos recursos de tratamiento para los que se encuentran en el cuadrante IV, la esquina superior derecha, que tienen tanto un TCS grave como un alto riesgo de reincidencia delictiva, una población a la que tenemos que proporcionar tanto un tratamiento de drogas como un seguimiento y una supervisión intensivos. En el cuadrante inferior izquierdo, podemos ver que las personas con TCS menos graves y con bajo riesgo de reincidencia no necesitan servicios de tratamiento intensivo ni supervisión o seguimiento intensivo en la comunidad. Tenemos entonces los cuadrantes II y III. En el cuadrante II, los individuos necesitarían un tratamiento intensivo, pero una supervisión comunitaria menos intensiva. En el cuadrante III, los individuos requerirían una supervisión más intensiva, pero presentan necesidades de tratamiento menos intensivas. Ejemplos de tratamiento intensivo son el tratamiento residencial o de hospitalización, mientras que el tratamiento ambulatorio podría considerarse una opción de tratamiento menos intensivo. La intensidad del seguimiento podría evaluarse en función de la frecuencia de las sesiones y la duración.

1. Antecedentes penales
2. Actitudes y creencias delictivas
3. Amistades antisociales
4. Patrón de personalidad antisocial
5. Consumo de sustancias
6. Problemas familiares y/o conyugales
7. Falta de educación
8. Historial de empleo deficiente
9. Falta de actividades de ocio prosocial
10. Persona sin hogar



Diga

Instructor/a 2: Queremos centrar nuestros programas de tratamiento en el sistema judicial en una serie de factores que contribuyen de forma independiente a la reincidencia. Cuando nos centramos en múltiples factores de riesgo en el tratamiento de drogas, podemos tener un efecto acumulativo en la reducción de la reincidencia delictiva.

Estos son los principales factores de riesgo de detención, clasificados por orden de importancia.

En cuanto a los antecedentes penales, no podemos hacer mucho para cambiar este factor, pero sigue siendo importante tenerlo en cuenta a la hora de determinar el nivel de riesgo de un individuo. Los puntos restantes enumerados aquí, del 2 al 10, son factores de riesgo que llamamos “dinámicos” o aquellos que pueden cambiarse a través de intervenciones en nuestros programas de tratamiento.

Estos factores incluyen el pensamiento delictivo, las actitudes, las creencias, los compañeros criminales y el abuso de sustancias, entre otros. Para maximizar la eficacia del tratamiento de drogas en la reducción del riesgo de reincidencia, es importante proporcionar intervenciones específicas para abordar cada uno de estos factores de riesgo. Los programas de tratamiento que abordan más de estos factores de riesgo tienen un efecto significativamente mayor en la reducción de la reincidencia y en evitar el costoso encarcelamiento.



Tratamiento de zonas de riesgo elevado

Factor de riesgo

- Actitudes antisociales
- Amistades antisociales
- Personalidad antisocial
- Consumo de sustancias
- Problemas familiares/maritales
- Educación y empleo deficientes
- Actividades de ocio

(Andrews & Bonta, 2010)

Foco de tratamiento

- Grupos de pensamiento delictivo
- Cambiar las afiliaciones de los compañeros
- Gestión de la ira
- Tratamiento de drogas intensivo
- Construir apoyos familiares y relacionales positivos
- Formación educativa y profesional e inserción laboral
- Actividades de ocio prosocial



OEA CICAD



2.33

Diga

Instructor/a 2: La buena noticia es que existen intervenciones de tratamiento que pueden abordar cada uno de estos factores de riesgo. Esta diapositiva proporciona un ejemplo de severidad de las intervenciones de tratamiento que pueden proporcionarse para abordar cada una de estas áreas.

Por ejemplo, el pensamiento y las actitudes delictivas pueden abordarse mediante intervenciones conductuales cognitivas.

A través de nuestros programas de tratamiento, también podemos dar respuesta a cada una de las otras áreas.

Si no abordamos estos factores, estamos exponiendo a los individuos a un riesgo mucho mayor de reincidencia después de que abandonen el programa de tratamiento. No siempre podemos abordar cada uno de estos factores de riesgo debido a la limitación de recursos, pero debemos abordar el mayor número posible. Por ejemplo, además del tratamiento de drogas, podemos ofrecer acceso a programas educativos y profesionales.

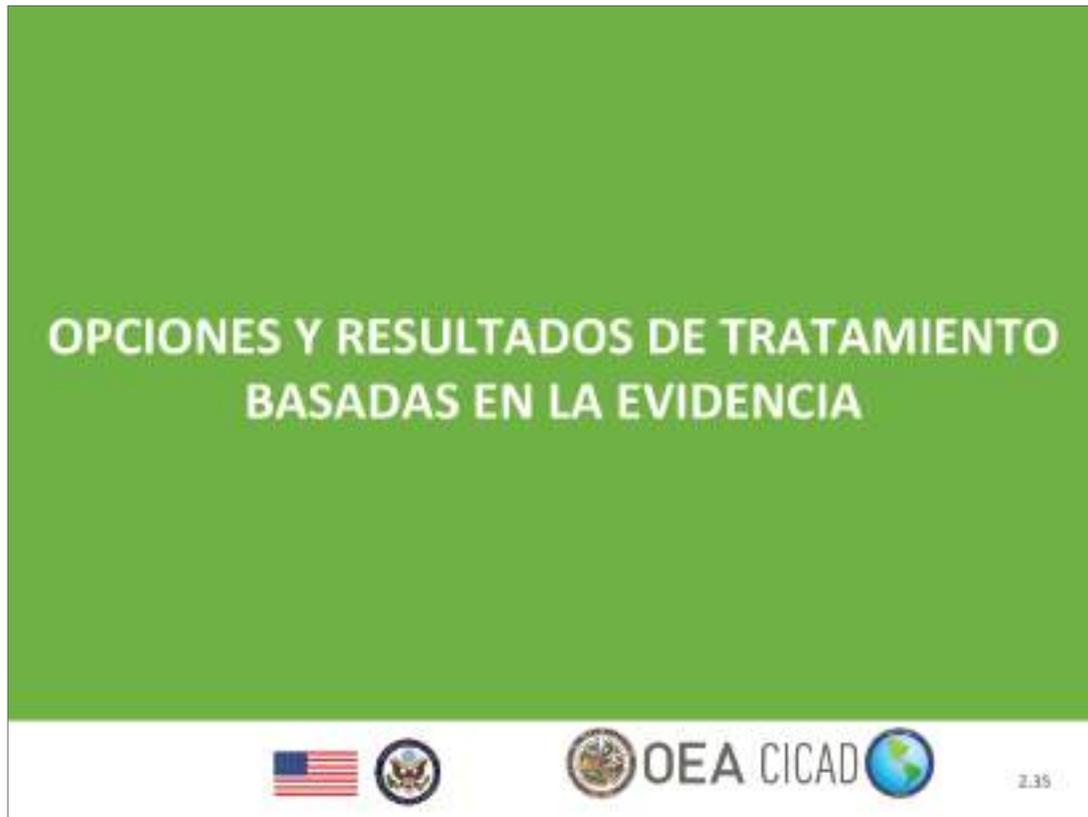


Instructor/a 2: Veamos cómo podemos adecuar a las personas del sistema judicial a diferentes tipos de servicios, teniendo en cuenta el nivel de necesidades de tratamiento y el riesgo para la seguridad pública. Los resultados del tratamiento más eficaces para las personas con trastornos por consumo de sustancias se dan en entornos comunitarios. Sin embargo, esto no es posible para las personas violentas o que suponen una amenaza para la seguridad pública. En el gráfico se puede ver que empezamos con las intervenciones de bajo costo en el lado izquierdo y pasamos a las intervenciones de mayor costo en el lado derecho. En la zona media tenemos las intervenciones más eficaces para las personas con altas necesidades de tratamiento y alto riesgo de reincidencia. Hay una serie de programas en la comunidad para abordar a esta población, incluidos los tribunales de tratamiento de drogas, los centros de tratamiento de día y otros programas de tratamiento intensivo.

El objetivo es proporcionar una gama de opciones para abordar los diferentes niveles de riesgos y necesidades entre nuestra población de infractores. Esto es solo un esbozo de lo que deberían incluir nuestras opciones en el sistema judicial para acomodar a las personas con diferentes niveles de necesidades de tratamiento de drogas y riesgo delictivo.

En este punto, vamos a pasar a revisar las opciones de tratamiento basadas en la evidencia y los resultados para los individuos en el sistema de justicia penal.

Fuente: Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39-55. doi:10.1037/a0018362 .



Diga

Instructor/a 1: Después de haber presentado los conocimientos básicos sobre la adicción, vamos a explorar lo que se puede hacer al respecto. Uno de los enfoques básicos y críticos es proporcionar a las personas un tratamiento de buena calidad y consistente.



Un sistema de servicios dirigidos por profesionales con el objetivo principal de cambiar la relación problemática de un individuo con las sustancias psicoactivas

(Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos SAMHSA, 2014)



OEA CICAD



2.36

Diga

Instructor/a 1: Definamos qué es el tratamiento. También podría ser útil describir qué no es tratamiento. Ustedes están viendo la definición de SAMSA: *el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias es un sistema de servicios dirigidos por profesionales con el objetivo principal de cambiar la relación problemática de un individuo con las sustancias psicoactivas*. Por favor, presten atención; aquí no estamos hablando de curar la adicción. Al igual que la diabetes, no tenemos una “cura”, por así decirlo. Pero tenemos muchos tratamientos eficaces para ella, al igual que tenemos tratamientos eficaces para la diabetes o incluso la hipertensión. En la definición de tratamiento, la cuestión clave es cambiar la relación problemática con las sustancias psicoactivas, es decir, mejorar las condiciones, y no necesariamente “curar” el asunto.

Hay múltiples actividades que consideramos “tratamiento” (o no).

Fuente: (SAMHSA, 2014)



Aspectos esenciales del tratamiento

Las actividades de cualquier proveedor de tratamiento deben incluir:

Reducción de los síntomas
Prevención de las complicaciones
Mejora del funcionamiento
Respeto de los derechos humanos



OEA CICAD



2.17

Diga

Instructor/a 1: Hay muchas formas de definir una actividad de tratamiento (terapia cognitiva conductual, counseling individual, ambulatorio, residencial), pero — independientemente de su nombre— las actividades deben satisfacer los cuatro criterios de la pantalla.

Reducir los síntomas.

En nuestro caso, esto significa reducir el consumo compulsivo de drogas. No se trata de eliminar los síntomas, sino de reducir la presión y la intensidad del estímulo.

Prevenir las complicaciones: “Complicaciones” se refiere a todo tipo de consecuencias secundarias, desde enfermedades físicas como la hepatitis y el VIH, hasta complicaciones sociales como el comportamiento delictivo, la falta de vivienda, el desempleo y muchas otras cosas.

Mejorar el funcionamiento a muchos niveles. Respetar los derechos humanos.

No voy a nombrar todos los tipos de tratamiento, pero siempre que una actividad pueda satisfacer los cuatro criterios, la consideraría un tratamiento.



¿Por qué es necesario un tratamiento integral?

Los individuos con TCS experimentan problemas en muchas áreas (por ejemplo, salud mental, empleo, salud, social) que hacen que su trastorno sea difícil de tratar.

Tratamiento y recuperación no son lo mismo.

Para la mayoría de las personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica múltiples intervenciones e intentos de recuperación.



OEA CICAD



2.38

Diga

Instructor/a 1: La drogadicción en sí misma no es en realidad el único problema que tienen las personas que padecen TCS. Experimentan otros múltiples problemas, que pueden ser resultado del abuso de drogas o son co-ocurrentes/independientes del TCS y se exacerbaban debido al uso de sustancias. Por lo tanto, el tratamiento no debe centrarse solo en el TCS. Un tratamiento verdaderamente eficaz debe abordar múltiples cuestiones: salud mental, empleo, liderazgo emocional, liderazgo financiero, interacción familiar, apoyo social, salud y vivienda, entre otros aspectos.

Por esta razón, es importante mencionar que incluso el más brillante de los terapeutas no puede hacerlo todo solo. Se necesitan personas formadas en diferentes disciplinas y procedentes de diferentes culturas y entornos para que el tratamiento sea eficaz.

El tratamiento y la recuperación no son lo mismo.

El tratamiento es un evento que comienza y termina. La recuperación es un proceso de cambio a través del cual los individuos mejoran su salud y bienestar, viven una vida autodirigida y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial. (SAMSA, 2012).

Fuente: SAMHSA (2012) Working definition of recovery. <http://store.samhsa.gov/shin/content//PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>.



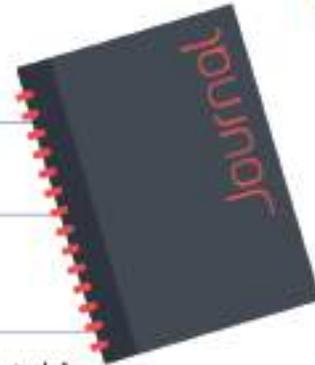
¿Qué sabemos a ciencia cierta?

No existe un tratamiento universal

No hay una cura definitiva, pero...

Es posible un tratamiento eficaz

Los TCS son condiciones prevenibles y tratables



OEA CICAD



2.39

Diga

Instructor/a 1: La gente puede preguntarse si un tipo de tratamiento es mejor que otro. No existe un tratamiento universal para todo el mundo ni un tratamiento universalmente eficaz. Hay múltiples opciones de tratamiento y la elección debe basarse en las necesidades y los riesgos que ya hemos abordado.

Cuando se pregunta si el tratamiento A es mejor que el tratamiento B, hay que responder a dos preguntas adicionales:

Pregunta

¿Comparado con qué?

Y

¿para quién?

En general, no hay pruebas de que un tratamiento sea mejor que otro.

También sabemos en este momento que no tenemos una “cura” definitiva para los TCS, por lo que las personas con TCS siempre tendrán un mayor riesgo de recaer en las drogas o el alcohol que otras que no lo tienen. Sin embargo, existe un tratamiento muy eficaz: las personas mejoran, se recuperan y funcionan realmente bien durante el resto de su vida. Los TCS son una condición tratable y prevenible similar a muchas condiciones crónicas y recurrentes en todo el mundo.



¿Qué no funciona en el tratamiento?

- Solo la educación sobre las drogas
- Programas de prevención basados en el miedo
- Películas
- Supervisión sola, sin tratamiento
- Autoayuda sola (por ejemplo, AA), sin tratamiento
- Centrarse en la autoestima, la clarificación de valores y la disciplina (por ejemplo, retiros/campamentos)
- Mezclar participantes con diferentes perfiles de riesgo/necesidades.
- Dirigirse a participantes con bajo riesgo delictivo
- Tratamiento no personalizado o ad hoc
- Grupos de tratamiento grandes (por ejemplo, > 15 personas)



Diga



OEA CICAD



2.40

Instructor/a 1: En el ámbito del tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente en el contexto de la justicia penal, en los últimos 50-60 años hemos probado casi todo lo que se puede imaginar. Por desgracia, muchos de nuestros intentos han fracasado. No han producido un resultado positivo. Antes de hablar de lo que funciona o podría funcionar, creo que es importante subrayar lo que no funciona:

- Solo la educación sobre las drogas, es decir, dar información a la gente sobre lo malo que es consumirlas. Esta intervención ha existido durante mucho tiempo y ha sido ineficaz. Y esto es bastante comprensible, porque la información por sí sola no cambia el comportamiento humano.
- Programa basado en el miedo: Los enfoques que se basan en infundir miedo o avergonzar o asustar a las personas compartiendo imágenes horribles de lo que les ocurrirá si siguen consumiendo han demostrado ser ineficaces.
- Películas: Del mismo modo, mostrar a la gente videos de, por ejemplo, cómo se verán dentro de cinco años si siguen consumiendo, es una pérdida de tiempo.
- Los grupos de autoayuda solos, como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, los programas de 12 pasos: La palabra clave aquí es “independiente”. Teniendo en cuenta que se trata de una población con importantes disfunciones en muchos ámbitos, incluida la implicación en la justicia, el modelo de autoayuda, si se aplica como in-

tervención aislada, no tiene suficiente intensidad para abordar las necesidades de los ciudadanos. Sin embargo, si se añade la autoayuda a otras intervenciones como estrategia de gestión de la recuperación, entonces mejorará significativamente y aumentará las posibilidades de eficacia.

- Programas centrados en la autoestima: Llevan entre 20 y 25 años funcionando y están muy bien financiados. Suponen que las personas cometen delitos o consumen drogas porque tienen una baja autoestima. Así que, según la lógica, si aumentamos su autoestima, dejarán de cometer delitos y consumir drogas. El supuesto es lógico, pero el resultado ha sido nulo. Especialmente en el ámbito de la justicia, construir la autoestima solo hará que los delincuentes se sientan bien consigo mismos. Eso no es lo que podríamos considerar un resultado positivo.
- Intervenciones de tratamiento no manualizadas: Esto significa que estas intervenciones no tienen una secuencia o pasos lógicos o que aún no se ha comprobado su eficacia. Por ejemplo, las intervenciones de grupo (el tipo de intervención típico en las intervenciones de justicia, no el tratamiento individual) que (A) son demasiado grandes (digamos, más de quince personas); o (B) cuyos participantes cambian constantemente, no funcionarán en el contexto del sistema de justicia penal ni en el de las comunidades terapéuticas.



Diga

Instructor/a 1: Cuando hablamos de componentes del tratamiento, estamos hablando de lo que exactamente debe haber si realmente queremos que el tratamiento funcione. En primer lugar, tenemos que hacer una evaluación de entrada muy cuidadosa. La razón es que no existe una intervención terapéutica universalmente eficaz: las personas responden de forma diferente a las distintas opciones de tratamiento. Tenemos que evaluar múltiples cosas: no solo la gravedad de los TCS de la persona, sino también sus necesidades criminógenas, los riesgos criminógenos, las deficiencias psicosociales y las disfunciones psicosociales. A partir de los resultados de la evaluación, debemos elaborar un plan de tratamiento individualizado, junto con el participante. Este plan de tratamiento no es estático y lo más probable es que cambie con el tiempo.

En cuanto a los diferentes tipos de intervenciones de tratamiento, existen múltiples formas de abordar tanto los TCS como los patrones/necesidades de pensamiento criminógeno mediante el counseling individual o grupal. El tratamiento puede basarse en la abstinencia o incluir una terapia asistida por medicamentos.

El tratamiento asistido con medicamentos (MAT) es el uso de medicamentos, en combinación con el asesoramiento y las terapias conductuales, para proporcionar un enfoque “integral” al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

Fuentes:

(SAMHSA, 2015)

<https://store.samhsa.gov/product/Medication-for-the-Treatment-of-Alcohol-Use-Disorder-A-Brief-Guide/SMA15-4907>

Klingemann, H. (2020). Successes and failures in treatment of substance abuse: Treatment system perspectives and lessons from the European continent. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(4), 323–337. <https://doi.org/10.1177/1455072520941977>

Anthony, K. (2021). TEN REASONS WHY YOUR ADDICTION TREATMENT EFFORTS ARE FAILING.

<https://www.influencive.com/ten-reasons-why-your-addiction-treatment-efforts-are-failing/>

Algunos dirán que la terapia asistida por medicamentos es solo la sustitución de un fármaco por otro, pero eso es erróneo. Utilizamos la medicación como un componente del tratamiento, no como una intervención aislada. De hecho, una persona que sigue una terapia asistida con medicación debidamente prescrita y que no presenta indicios de consumo de otras sustancias podría considerarse legalmente abstinentes.

También utilizamos los grupos de autoayuda, pero no como una intervención independiente, como se ha señalado anteriormente. Más bien, es un componente de la continuidad del tratamiento general que ayuda a las personas a mantener su recuperación durante el mayor tiempo posible.

También hay que hacer pruebas de drogas. Una vez más, la razón de las pruebas de drogas no es controlar a las personas, sino vigilar su estado. Esto es similar a lo que hacemos con los pacientes con diabetes: controlamos su nivel de azúcar en sangre, pero no con la intención de sorprenderlos comiendo galletas a escondidas. Queremos medir la gravedad del problema y ver si hay alguna mejora. Esta es exactamente la misma lógica que subyace a los análisis de drogas de las personas con TCS. Queremos controlar su recuperación.

Teniendo en cuenta las múltiples áreas de disfunción que tienen la mayoría de los individuos con TCS, necesitamos tener una Gestión de Caso y Atención Integral de muy buena calidad porque no podemos hacerlo solos. Tenemos que trabajar con otras personas que brinden otros servicios. Los servicios deben interactuar entre sí. Esta es la mejor manera de proporcionar a las personas intervenciones terapéuticas eficaces.

Como ya hemos dicho: los TCS no son enfermedades agudas sino crónicas. Una enfermedad crónica no puede curarse en un programa de tratamiento de 10, 15 o 30 días; requiere una continuidad de atención significativa. Esto no significa que la persona deba permanecer en tratamiento para siempre. Significa que cuando la gravedad de los TCS está disminuyendo, cuando tenemos control sobre los síntomas y el consumo compulsivo de drogas, cuando vemos cierta mejora en el funcionamiento, cuando vemos que la persona está cada vez más ajustada psicosocialmente y hay menos implicación delictiva, entonces cambiaríamos la intensidad de los servicios (o cambiaríamos los servicios completamente) en función de sus necesidades. Pero debe ser una continuidad de atención sin interrupciones.

Fuente:

Etheridge, R. M., Hubbard, R. L., Anderson, J., Craddock, S. G., & Flynn, P. M. (1997). Treatment structure and program services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 244–260.



¿Quién ofrece tratamiento para los TCS?

- Consejeros certificados en adicciones
- Trabajadores sociales
- Médicos/Psiquiatras
- Psicólogos
- Enfermeras
- Gestores de Caso y Atención Integral
- Recuperación impulsada por compañeros (formados y supervisados)
- Otros profesionales

2.42

Diga

Instructor/a 1: Una pregunta que se plantea a menudo es: ¿quién proporciona tratamiento a las personas con TCS? Si recuerdas la definición de tratamiento, usamos el término “provisto por un/a profesional”. El tratamiento debe ser realizado por profesionales, pero eso no significa necesariamente psicólogos o psiquiatras. Podría ser realizado por personas con formación y supervisión específica con respecto a la prestación de los servicios necesarios para las personas con TCS. Puede tratarse de consejeros o trabajadores sociales certificados y, en el caso de la terapia asistida con medicamentos, en colaboración con médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros y/o un/a gestor/a de casos. También podría aplicarse un tratamiento dirigido y apoyado por los compañeros. Cuando las personas que tienen experiencias personales con los TCS y la recuperación reciben formación y una supervisión de alta calidad, podrían ser muy eficaces a la hora de ofrecer intervenciones de tratamiento en entornos residenciales, como un modelo de comunidad terapéutica, que utiliza exclusivamente intervenciones de tratamiento entre iguales. En otros contextos, el departamento de libertad condicional, los agentes de libertad condicional y los agentes judiciales a nivel comunitario podrían ser necesarios. Estas personas, con la formación adecuada, son capaces de realizar intervenciones de tratamiento sin necesidad de derivar al individuo en cuestión. Dependiendo de las necesidades de las personas, podrían participar diversos profesionales, siempre que (1) estén capacitados para abordar tanto los TCS como las necesidades criminógenas; y (2) estén debidamente asesorados y supervisados.

Modalidades de tratamiento basadas en la evidencia

Residencial

Comunidades terapéuticas

Paciente ambulatorio intensivo

Paciente ambulatorio

Gestión de la recuperación a largo plazo/autoayuda

Casas de recuperación/centros de rehabilitación

Servicios de reinserción

Desintoxicación

Diga

USA OEA CICAD 2.45

Instructor/a 1: Hay bastantes intervenciones de tratamiento cuya eficacia está respaldada por la ciencia. En cuanto a los entornos, el tratamiento puede realizarse en instalaciones residenciales o ambulatorias. El tratamiento residencial puede ser una opción para las personas que inicialmente necesitan desintoxicarse. La desintoxicación por sí misma no es un tratamiento; no obstante, en algunos casos, es un requisito previo para entrar en tratamiento. La mayoría de las personas participantes con TCS no necesitan desintoxicación. Algunos lo hacen, sobre todo los que tienen TCS con síntomas de abstinencia potencialmente mortales por la dependencia de sustancias como el alcohol, las benzodiazepinas y los barbitúricos. Debido al riesgo que puede suponer esta retirada, no debe intentarse sin atención médica.

Cuando el nivel de disfunción conductual y psicosocial es muy alto, podría ser útil derivar a esas personas a un tratamiento residencial, que duraría más tiempo y haría hincapié en estabilizar la salud física y mental del paciente y su situación psicosocial.

Si se aplica correctamente, el modelo de comunidad terapéutica también puede dar lugar a una modificación del comportamiento a largo plazo. Sin embargo, cuando no se aplican correctamente, las comunidades terapéuticas pueden convertirse en un duro enfrentamiento cara a cara. No diríamos que este tratamiento se ha aplicado correctamente.

Si no se retira a una persona de su entorno natural y se la coloca en un entorno residencial, se le puede colocar en un tratamiento ambulatorio intensivo. Esto es espe-

cialmente cierto en el caso de las personas que trabajan y tienen un cierto grado de estabilidad psicosocial, pero que siguen teniendo disfunciones importantes. La persona pasará más tiempo en tratamiento, pero se quedará en casa, dormirá ahí e irá a trabajar.

A medida que la gravedad del problema disminuye, es posible que queramos reducir la intensidad del tratamiento. La recuperación es un proceso largo. Es posible que no quieran interrumpir el tratamiento bruscamente, teniendo en cuenta que alcanzar un cierto grado de estabilización no significa necesariamente que el tratamiento deba detenerse. Esto podría dar lugar a una rápida recaída. Debemos asegurarnos de que haya un apoyo continuo para la recuperación en un tipo de intervención de por vida. Esto es lo que llamamos gestión de la recuperación.

Existen múltiples modelos sociales que han resultado bastante eficaces, especialmente para las personas implicadas en el sistema judicial que utilizan centros de rehabilitación y para las personas que salen de la cárcel. Lo peor que podríamos hacer es enviarlos de vuelta a casa, ya que esta práctica ha demostrado que la gente puede reincidir muy rápidamente. Queremos ofrecer una atención transitoria durante un par de meses, para ayudar a las personas a estabilizarse fuera del entorno penitenciario y recuperar su dominio de las actividades sociales en un entorno social.

Fuente: Se pueden encontrar recursos adicionales sobre las modalidades de tratamiento basadas en la evidencia en https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf (UNODC and WHO, 2020)



Enfoques clínicos basados en la evidencia

- Tratamiento cognitivo-conductual
- Terapia motivacional mejorada/entrevista motivacional
- Asesoramiento individual y familiar
- Sistema de atención orientado a la recuperación
- Terapias asistidas con medicamentos (cuando sea apropiado)
- Gestión de contingencias
- Servicios integrados para trastornos concurrentes



OEA CICAD



2.44

Diga

Instructor/a 1: En cuanto a los enfoques clínicos, existen varias modalidades clínicas que han demostrado ser bastante eficaces para la población de la que hablamos.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las intervenciones de tratamiento más estudiadas e investigadas. Estos estudios han demostrado su eficacia, así como la de las variaciones de la TCC que se dirigen específicamente a los riesgos y necesidades criminógenas.

La terapia motivacional mejorada y la entrevista motivacional (MI en sus siglas en inglés) es probablemente el segundo tipo de intervención más estudiado y su eficacia en el tratamiento de esta población tiene una base científica sólida.

También se ofrece counseling individual y familiar de diferentes tipos que responden a distintas necesidades.

Las opciones de tratamiento basadas en la medicación solo son una opción para las personas con trastornos por consumo de alcohol, opiáceos y nicotina. No tenemos medicamentos para ningún otro tipo de TCS. No todos los pacientes con trastornos por consumo de alcohol u opiáceos necesitan medicación, pero esta es una opción muy

eficaz para diversas personas con trastornos de abuso de alcohol u opiáceos.

Sin embargo, tengan en cuenta que la medicación por sí sola no va a resolver el problema, sino que es solo un componente de un tratamiento integral que podría ser de apoyo a muchas personas.

Gestión de contingencias: Se trata de un enfoque que refuerza el comportamiento positivo, por ejemplo, recompensando con algo de valor a las personas que realizan un control de drogas negativo. Podemos sugerir que se ofrezcan pequeños premios o vales, como una tarjeta regalo para un restaurante o un cine, ya que no se proporciona dinero en efectivo. Sabemos a ciencia cierta que todo comportamiento que recibe un refuerzo positivo del entorno es probable que se vuelva repetitivo. También sabemos que cualquier comportamiento que recibe un refuerzo negativo de un entorno es probable que se extinga.

También hay que tener en cuenta que una gran proporción de personas con TCS tienen problemas de salud mental y problemas de salud física adicionales. Debemos ser capaces de desarrollar un sistema de atención capaz de abordar no solo los TCS, sino también otras necesidades psiquiátricas y psicológicas de las personas participantes.

El tratamiento debe dirigirse a los factores relacionados con el comportamiento delictivo

CASECARE MANAGEMENT

- Pensamiento delictivo y valores antisociales
- Ira, agresión y hostilidad
- Trastorno por consumo de sustancias
- Educación
- Empleo
- Apoyo familiar
- Obstáculos para recibir los servicios (alojamiento, transporte)

(Knight, 2017)

USA OEA CICAD

2.45

Diga

Instructor/a 1: Teniendo en cuenta que las personas participantes están implicados en la justicia, todas nuestras intervenciones de tratamiento deben dirigirse a hechos relacionados con el comportamiento delictivo, el pensamiento delictivo, el sentimiento delictivo, las afiliaciones criminógenas, la impulsividad, la agresividad, la hostilidad y la ira. La educación podría ser un componente valioso del tratamiento. Pero la educación por sí sola no resuelve las necesidades criminógenas

En muchos casos, sería muy útil involucrar a la familia de la persona participante en la intervención del tratamiento, pero tenemos que hacer una evaluación muy cuidadosa del funcionamiento familiar.

También tenemos que eliminar las barreras prácticas al tratamiento. Todo lo que decimos desde una perspectiva científica es maravilloso, pero si la persona no tiene transporte para llegar al tratamiento, ¿de qué sirve? Por lo tanto, además de toda la implementación del tratamiento, tenemos que asegurarnos de que la persona tenga un lugar para dormir, tenga algo de dinero y sepa cómo llegar al programa de tratamiento. Hay que tener en cuenta muchos aspectos pragmáticos para que el tratamiento funcione.

Fuente: (Knight, 2017)

SAMHSA ofrece más información y ejemplos de atención informada sobre el trauma, TIP 57, disponible en: <https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>



Tratamiento eficaz = Desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales

Cómo afrontar los episodios de ansia y las "señales" de recaída

Cambiar el pensamiento inadaptado

Resolución de problemas interpersonales

Practicar las habilidades a través de juegos de rol, modelado y retroalimentación

Utilizar incentivos y sanciones - modificación de la conducta para lograr los objetivos del tratamiento



OEA CICAD



2.46

Diga

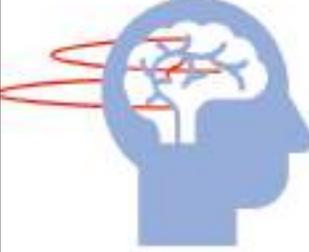
Instructor/a 1: Hablemos específicamente del tratamiento cognitivo-conductual (TCC), que es comúnmente utilizado para las personas con TCS. El TCC no es solo para el trastorno en sí. Todo lo que hacemos para prevenir las recaídas (es decir, la gestión de la recuperación a largo plazo) se basa fundamentalmente en las intervenciones de TCC. Ayudamos a las personas a lidiar con los episodios de ansia, que es la razón más común de las recaídas, y estamos atentos a las pistas que indican los cambios de recaída para que los profesionales de la formación sepan cómo abordarlos. También ayudamos a las personas a cambiar sus errores de pensamiento inadaptados o potencialmente problemáticos a través del TCC, creando habilidades de resolución de problemas y de comunicación asertiva.

El TCC no se limita a discutir estos temas, sino que también da a las personas la oportunidad de practicar los nuevos comportamientos después de que se les expliquen. Cuando se encuentran en una situación que pueda desencadenar el ansia y la recaída, pueden practicar estas nuevas formas de afrontarla y practicar mantenerse fuera de los problemas.

También utilizamos los incentivos y las sanciones como formas de reforzar el comportamiento deseable o de extinguir el comportamiento menos deseable.



El tratamiento debe abordar necesidades especiales



Trastornos mentales concurrentes

Necesidades específicas de género

Historial de traumas y victimización

Vivir sin hogar

Capacidades de alfabetización


2.47

Diga

Instructor/a 1: Como hemos dicho varias veces, en nuestro tratamiento no nos centramos solo en los TCS. También nos ocupamos de los trastornos mentales concurrentes. Nuestro tratamiento debe tener en cuenta el género y centrarse en él, porque los problemas son cualitativamente diferentes entre los géneros y lo que funciona para un género no funciona para otro. También debemos tener en cuenta a las poblaciones con necesidades específicas, como la población LGBT, ya que su intervención en el tratamiento también tendrá algunas necesidades específicas.

Tenemos que asegurarnos de abordar los traumas y las experiencias trágicas del pasado, ya que, afortunadamente, una gran proporción de personas con TCS —y en particular las que están implicadas en la justicia— tienen un historial significativo de experiencias de esta índole. Si no se abordan adecuada y clínicamente, alimentarán el consumo continuado de sustancias.

Tenemos que formar a nuestros profesionales en cómo entrenar y abordar el trauma en ambos géneros. Los hombres están expuestos al trauma con la misma frecuencia que las mujeres, pero la expresión del este será diferente entre un género y otro.

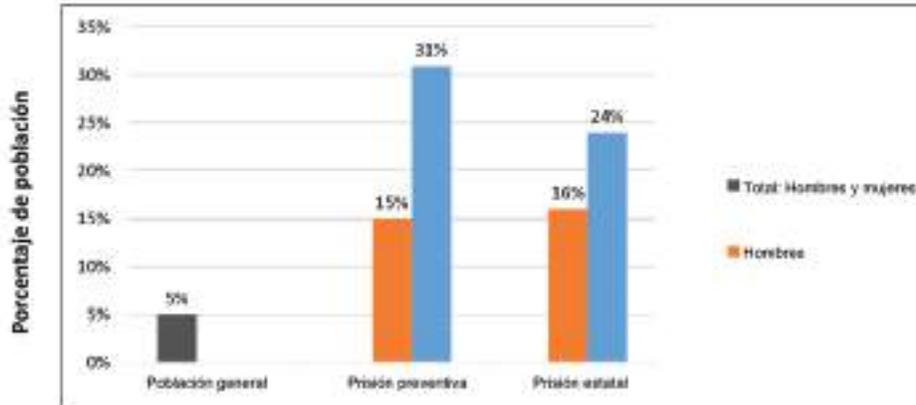
También tenemos que abordar las condiciones de las personas sin hogar y la educación, no solo la escolar, sino la educación emocional, la educación financiera y la alfabetización social (que va más allá de la alfabetización básica).

Ahora daré la palabra a mis colegas, que continuarán la sesión con algunos detalles sobre lo que se puede hacer para desarrollar el tratamiento de las personas con TCS en el contexto de la justicia penal.



Prevalencia de los trastornos de salud mental en el sistema judicial

Principales trastornos mentales: los infractores y la población general



[Ditton, 1999; Kessler et al., 1996; Steadman et al., 2009]



OEA CICAD



2.48

Instrucciones de enseñanza: El formador 2 puede empezar a partir de esta diapositiva o el formador 1 puede continuar la presentación hasta la diapositiva 2.49 (en cuyo caso el formador 2 empezará con la nueva sección “Resultados del tratamiento” de la diapositiva 2.50).

Diga

Instructor/a 2: Veamos específicamente los trastornos mentales concurrentes y el uso de sustancias. Si no identificamos los trastornos mentales con una detección adecuada, es probable que socavemos la eficacia de la participación en el tratamiento de drogas. Aquí se han desvirtuado los índices de trastornos mentales en el sistema judicial. Se puede ver que en Estados Unidos hay tasas muy altas de trastornos mentales, con una ligera diferencia entre géneros. En comparación con la población general, encontramos tasas de trastornos mentales entre cuatro y ocho veces más altas en el sistema judicial en comparación con la población general. Además, alrededor de un tercio de las personas que ingresan al sistema judicial y padecen trastornos mentales no tomaban los medicamentos prescritos en el momento de su detención y tienen un mayor número de encarcelamientos previos en comparación con los infractores sin trastornos mentales.

Fuente: Ditton, P.M. (1999). Mental health and treatment of inmates and probationers. Washington, DC: Departamento de Justicia, Oficina de Estadísticas de Justicia.

Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustun, T.B., y Wang, P.S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 23-33.



Tratamiento basado en la evidencia para trastornos concurrentes



- Tratamiento integrado de salud mental y consumo de sustancias
- Formación en habilidades conductuales
- Tratamiento centrado en el trauma
- Medicamentos (para TCS y otros trastornos mentales)
- Intervenciones familiares
- Empleo y vivienda con apoyo



OEA CICAD



2.49

Diga

Instructor/a 2: ¿Y el tratamiento para poblaciones con trastornos concurrentes? Existen diferentes tipos de tratamientos basados en la evidencia para las personas con trastornos concurrentes en el sistema judicial. Los enfoques de tratamiento integrado —en los que ambos trastornos se tratan al mismo tiempo, en el mismo entorno y con el mismo personal— han demostrado ser los más eficaces. Por ejemplo, el tratamiento integrado puede incluir el uso de medicamentos combinados con counseling individual para los trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos psicóticos, junto con pruebas de drogas y asesoramiento de grupo para los trastornos por consumo de sustancias.

Hemos hablado de la importancia del tratamiento centrado en el trauma debido a las altas tasas de trastornos como resultado de este en esta población. Las intervenciones familiares también son muy importantes y hay una gran necesidad de vivienda y empleo entre las personas implicadas en el sistema de justicia penal con trastornos concurrentes que pueden no tener un historial de empleo a tiempo completo o incluso a tiempo parcial.



Instructor/a 2: ¿Y los resultados del tratamiento en el sistema judicial? Veamos los diferentes tipos de resultados.



Diga

Instructor/a 2: Ya hemos hablado de la eficacia de los distintos tipos de servicios y programas de tratamiento. En general, en diferentes entornos del sistema judicial encontramos resultados positivos importantes en áreas que esperamos que se vean afectadas por el tratamiento. Por ejemplo, el tratamiento permite reducir el consumo de alcohol y drogas entre un 40 y un 60%. El tratamiento también conduce a una reducción similar de la delincuencia y a un aumento del empleo entre las personas que se encuentran en el sistema judicial. Mencionaría que vemos estos resultados no solo entre quienes han recibido tratamiento mientras estaban en prisión, sino también entre personas que reciben algún tratamiento de drogas mientras están bajo supervisión comunitaria, o bien, mientras participan en programas de tratamiento diurno en la comunidad y/o en programas de tratamiento en el contexto de un tribunal, como los tribunales de tratamiento de drogas.

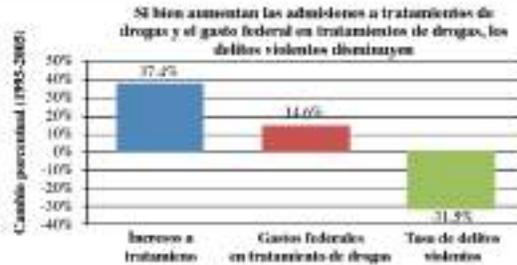
Fuente: (NIDA, 2009)



El tratamiento reduce la delincuencia



Asociación entre inversión en tratamiento y reducción del crimen



Fuente: Admisión nacional a los servicios de tratamiento del abuso de sustancias. (2005) Treatment Episode Data test set (TEDS) Highlight 2005.
Federal Bureau of Investigation Uniform Crime Report, Crime in the United States, 1995, 2000, 2005 Office of National Drug Control Policy (2005). National Budget Control Policy: FY 2005 Budget Summary Table 3 Historical Drug Control Funding by Function 1997-2006.



OEA CICAD



2.32

Diga

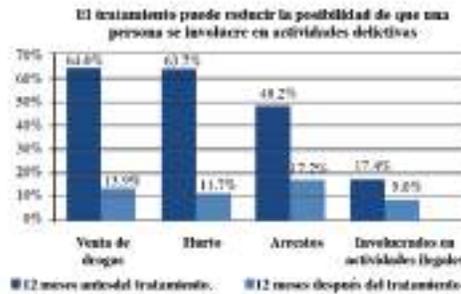
Instructor/a 2: Examinemos más concretamente la relación entre el gasto público en el tratamiento de drogas y la delincuencia. Como se muestra en este gráfico, cuando aumentamos la financiación para el tratamiento y aumentamos las admisiones al tratamiento de drogas en una nación en particular, vemos una reducción en los delitos violentos. En este caso, vemos que el aumento de un tercio en el número de admisiones a tratamiento y la ampliación significativa de la inversión en recursos de tratamiento condujeron a una reducción de los delitos violentos en más de un 30%.

Fuente:

Admisión nacional a los servicios de tratamiento del abuso de sustancias. (2005) Treatment Episode Data test set (TEDS) Highlight 2005.

Federal Bureau of Investigation Uniform Crime Report, Crime in the United States, 1995, 2000, 2005 Office of National Drug Control Policy (2005). National Budget Control Policy: FY 2005 Budget Summary Table 3 Historical Drug Control Funding by Function 1997-2006.

El tratamiento afecta la participación en el comportamiento delictivo



Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (1997). The National Treatment Improvement Evaluation Study, NTIES Highlights.



OEA CICAD



2.55

Diga

Instructor/a 2: ¿Qué pasa con los efectos del tratamiento de drogas en tipos específicos de delincuencia que están influidos por el consumo de drogas y alcohol? Las barras azules de diferente color indican la probabilidad de participar en actividades delictivas antes y después del tratamiento de drogas. Obsérvese la significativa diferencia entre los distintos tipos de delitos, ya sea la venta de drogas, el robo en tiendas u otras actividades delictivas. El tratamiento conduce a una disminución de cinco veces el riesgo de cometer ciertos tipos de delitos.

Fuente:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (1997). The National Treatment Improvement Evaluation Study, NTIES Highlights.



La combinación de tratamiento y supervisión reduce la reincidencia



Diga

Instructor/a 2: En general, tenemos investigaciones muy convincentes que indican que el tratamiento funciona, sobre todo si utilizamos enfoques basados en la evidencia. Como se describe en la parte izquierda del gráfico, si solo proporcionamos supervisión, sin tratamiento, no hay impacto en la reincidencia delictiva.

Cuando proporcionamos formación y apoyo al empleo, encontramos pequeñas reducciones en dicha reincidencia. El tratamiento del consumo de sustancias conduce a reducciones aún más impactantes. Sin embargo, vemos los mejores resultados cuando el tratamiento basado en la evidencia se combina con la supervisión en la comunidad, en particular cuando nos dirigimos a las personas que tienen un alto riesgo de reincidencia y que tienen altas necesidades de tratamiento, como se discutió anteriormente.

Por lo tanto, este enfoque combinado de tratamiento y supervisión es la mejor manera de trabajar con esta población en el sistema judicial.

Fuente:

Aos, S., Miller, M., & Drake, E., (2008). Programas de corrección de adultos basados en evidencia: Lo que funciona y lo que no. Olympia: Washington, Instituto de Políticas Públicas.



El tratamiento ahorra dinero

Costo del consumo de drogas en EE.UU. para la sociedad = **442 mil millones de dólares/año**



El tratamiento es menos costoso que el encarcelamiento:

- Tratamiento ambulatorio de infractores = **\$7,000/year**
- Encarcelamiento = **\$40.000/año**



Cada **\$1** invertido en el tratamiento produce hasta **\$7** de ahorro



2.35

Diga

Instructor/a 2: ¿Y el ahorro de costos relacionado con el tratamiento del consumo de sustancias? He aquí un ejemplo de cuánto dinero puede ahorrarse con el tratamiento del consumo de sustancias. Para empezar, los costos relacionados con el consumo de alcohol y drogas en cada uno de nuestros países son enormes. Algunos de los mayores costos son los relacionados con el encarcelamiento, ya sea en centros de detención de corta duración o en prisiones. También hay costos relacionados con las lesiones de las víctimas, la aplicación de la ley, la tramitación judicial y la pérdida de ingresos fiscales de las personas encarceladas. En el caso de las personas que no suponen un riesgo para la seguridad pública, el tratamiento en la comunidad —en lugar del encarcelamiento— supone un importante ahorro de costos. Por ejemplo, en Estados Unidos, los costos del tratamiento ambulatorio son de unos 7,000 a 10,000 dólares, en comparación con los 35,000 a 50,000 dólares que cuesta encarcelar a una persona durante un año.

Por lo tanto, el mensaje importante es que, si podemos mantener a las personas de forma segura en la comunidad e involucradas en el tratamiento de drogas, podemos lograr un gran ahorro en comparación con el encarcelamiento.

De hecho, los estudios han demostrado que cada dólar gastado en el tratamiento del consumo de sustancias supone un ahorro de hasta siete dólares. De nuevo, esto se debe en gran medida a que se mantiene a la gente fuera del sistema penitenciario y se evitan los costos de construcción de nuevas instalaciones para encarcelar a personas con problemas de consumo de drogas.

Fuente: Ettner, S. L., Huang, D., Evans, E., Ash, D. R., Hardy, M., Jourabchi, M., & Hser, Y. I. (2006). Benefit-cost in the California treatment outcome project: Does substance abuse treatment “pay for itself”? *Health Services Research, 41*(1), 192-213.



Eficacia de la Gestión de Caso y Atención Integral



Mejora la vinculación al tratamiento de drogas, la retención y la satisfacción con el mismo

Reduce el uso del tratamiento residencial

Aumenta el uso de los servicios comunitarios

Más eficaz que la atención/tratamiento estándar en diferentes resultados

Gran impacto para las personas con trastornos concurrentes.

Asigna a las personas el nivel adecuado de atención al TCS y proporciona apoyo.

(Dumaine, 2003; Hesse et al., 2011; Rapp et al., 2014; Vanderplasschen et al., 2007, 2019)



OEAS



2.56

Diga

Instructor/a 2: Ahora, hablemos específicamente de la eficacia de la Gestión de Caso y Atención Integral. ¿Qué han demostrado los estudios de investigación sobre el impacto de la Gestión de Caso y Atención Integral en diferentes entornos y poblaciones? En primer lugar, la investigación nos dice que la Gestión de Caso y Atención Integral aumenta el compromiso con el tratamiento del consumo de sustancias. Por ejemplo, las personas se incorporan al tratamiento con mayor rapidez y permanecen en él más tiempo que de otras maneras. Otro hallazgo clave es que la Gestión de Caso y Atención Integral reduce la necesidad de tratamiento residencial por consumo de sustancias, que puede ser muy caro. En cambio, vemos una mayor capacidad para colocar a las personas en servicios ambulatorios basados en la comunidad, que son menos costosos.

Si se compara la Gestión de Caso y Atención Integral con el tipo de servicios estándar que se reciben en la comunidad, comprobamos que la Gestión de Caso y Atención Integral produce resultados significativamente mejores, en varios tipos de resultados diferentes. La Gestión de Caso y Atención Integral es particularmente eficaz para las personas con necesidades especiales, como las que tienen trastornos mentales y de consumo de sustancias concurrentes.

Fuente:

Dumaine, M.L. (2003). Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: Implications for social work practice. *Research on Social Work Practice, 13*(2), 142-165.

Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R., & Fridell, M. (2011). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4* (CD006265). doi:10.1002/14651858.CD006265.pub2

Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs, 39*(1), 81-95. doi:10.1080/02791072.2007.10399867

Vanderplasschen, W., Rapp, R., Maeyer, J., & Noortgate, W. V. (2019). A meta-analysis of the efficacy of case management for substance use disorders: A recovery perspective. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00186>.

Broekaert, E., Mats, F., Morten, H., Rapp, R., Vanderplasschen, W. (2014). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006265.pub3/full>

Stokes, J., Panagioti, M., Alam, R., Checkland, K., Cheraghi-Sohi, S., & Bower, P. (2015). Effectiveness of Case Management for 'At Risk' Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4505905/>

Hudon, C., Chouinard, M., Lambert M. (2016). Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/9/e012353.full.pdf>

Hudon, C., Chouinard, M., Lambert M. (2016). Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/9/e012353.full.pdf>



Eficacia de la Gestión de Caso y Atención Integral en el sistema judicial

- La Gestión de Caso y Atención Integral reduce significativamente el consumo de sustancias y la delincuencia entre las personas bajo supervisión comunitaria
- Tanto los niveles medios como los altos de Gestión de Caso y Atención Integral conducen a reducciones significativas del abuso de sustancias y de la delincuencia
- La Gestión de Caso y Atención Integral mejora la vinculación con el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y otros servicios auxiliares

(Hesse et al., 2011; Prendergast, 2009; Urban Institute, 2011)



OEA CICAD



2.57

Diga

Instructor/a 2: ¿Qué pasa con la Gestión de Caso y Atención Integral en el sistema judicial? La investigación indica resultados similares a los que acabamos de discutir. Entre las personas que están bajo supervisión en la comunidad y que reciben servicios de Gestión de Caso y Atención Integral de intensidad media o alta, encontramos reducciones significativas tanto en el comportamiento delictivo como en el uso de sustancias. Por ejemplo, se ha comprobado que la gestión proporcionada por funcionarios/as de supervisión de la comunidad en los programas de tribunales de tratamiento de drogas reduce la delincuencia y el consumo de sustancias en los períodos de seguimiento de seis y dieciocho meses.

Al igual que vimos en la diapositiva anterior, dentro del sistema judicial, también encontramos una mayor participación en el tratamiento de los TCS y otros tipos de servicios relacionados con el tratamiento del trauma, la formación profesional y el empleo. En general, encontramos que la Gestión de Caso y Atención Integral tiene un impacto grande y positivo en el poder judicial, particularmente cuando se proporciona en combinación con un tratamiento de uso de sustancias basado en la evidencia.

Instrucción de enseñanza: volver a pasar al instructor 1.

Fuente:

Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R., & Fridell, M. (2011). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 (CD006265). doi:10.1002/14651858.CD006265.pub2

Prendergast, M. L. (2009). Interventions to promote successful re-entry among drug-abusing parolees. *Addiction Science and Clinical Practice*, 5, 4-13. doi:10.1151/ascp09514

Rossman, S. B., Roman, J. K., Zweig, J.M., Rempel, M., & Lindquist, C. H. (Eds.) (2011). *The multi-site adult drug court evaluation: The impact of drug courts*. Washington, D.C: The Urban Institute.



Diga

Instructor/a 1: Como ya hemos mencionado varias veces, los TCS son enfermedades tratables, la gente mejora, la gente se recupera, y las tasas de recuperación son bastante similares a las de los pacientes con condiciones crónicas y recaídas en la medicina general (como la diabetes).



Adicción y recuperación

La recuperación es un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, viven vidas autodirigidas y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial. Incluso las personas con trastornos graves y crónicos por consumo de sustancias pueden, con ayuda, superar su enfermedad y recuperar la salud y la función social

La recuperación es un camino personalizado y un viaje individual, con algunas características comunes

La recaída forma parte del camino de la recuperación



(NIDA, 2021)



2.59

Diga

Instructor/a 1: “La recuperación es un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, viven vidas autodirigidas y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial. Incluso las personas con trastornos graves y crónicos por consumo de sustancias pueden, con ayuda, superar su enfermedad y recuperar la salud y la función social” (NIDA, 2021) <https://nida.nih.gov/drug-topics/recovery>

Un aspecto importante de los TCS que debemos recordar es que el desarrollo de un TCS es un proceso y que la recuperación también lo es. No ocurre de la noche a la mañana. Las personas pasan por el proceso de recuperación de TCS de diferentes maneras y hay múltiples formas de apoyarlas. Al igual que el tratamiento, la recuperación es individualizada. Las personas se recuperan de forma diferente, a través de distintos medios y utilizando diferentes sistemas de apoyo en distintos tipos de intervenciones.

Es importante mencionar que a veces las personas recaen. Los TCS son, por definición, una enfermedad crónica y recurrente. La recaída puede ocurrir; no es deseable, pero es una realidad latente. Algunas personas pueden llegar al tratamiento y recuperarse de por vida. Para otras personas eso puede no ser realista, pero eso no significa que no se hayan recuperado. La recaída puede formar parte del proceso de recuperación, y debemos aceptarla y apreciarla.

Ejemplo de hipertensión: Johnny es un paciente con presión arterial muy alta; este es un padecimiento de salud que pone en riesgo su vida. Va a tratamiento y está bien. Entonces, por alguna razón, el tratamiento se detiene. Lo más probable es que muy pronto Jonny vuelva a tener la tensión alta, porque es una enfermedad crónica y recurrente. La gente va a animar a Johnny a que vuelva al tratamiento porque lo estaba haciendo bien y seguía lo que se

le indicaba para mejorar. En este caso, la recaída se considera una prueba de la eficacia del tratamiento.

Utilicemos el mismo ejemplo en el tratamiento de adicciones; por ejemplo, alguien está en tratamiento de adicciones con TCS severos. La mayoría de las personas participantes en esta situación se estabilizan y sus condiciones mejoran significativamente mientras están en tratamiento. Cuando por alguna razón el tratamiento se interrumpe, es probable que haya algunas dificultades y una posible recaída.

Es probable que los responsables de la toma de decisiones digan que ello sea una muestra de que el tratamiento no funciona. Johnny estuvo en tratamiento hace tres meses y luego recayó.

Sin embargo, esto es incorrecto. La recaída en las drogas y el alcohol suele considerarse una prueba de la ineficacia del tratamiento.

Asegurémonos de que tenemos claro que, cuando se trata de personas con enfermedades crónicas y reincidentes, el hecho de que la enfermedad tenga una tendencia a reaparecer no significa que la persona sea mala. Significa que tenemos que aumentar la intensidad del tratamiento y el apoyo a la recuperación para evitar recaídas en el futuro y llegar a la estabilización, que todavía es muy posible.

Por ello, los programas de tratamiento más eficaces, incluidos los relacionados con el sistema de justicia penal, deben permitir la recaída. Debemos aumentar la intensidad del tratamiento y las pruebas de detección de drogas, pero no debemos expulsar automáticamente a alguien de un programa de tratamiento por una sola recaída. El programa en el entorno del sistema de justicia debe proporcionar segundos y subsiguientes cambios a las personas para acomodar el proceso normal de recaída, y para asegurar que las personas no sean dadas de baja del programa por un caso de recaída.



Instrucciones de enseñanza: Anime a los instructores a dirigir un debate interactivo sobre las expectativas razonables de recuperación.

Diga

Instructor/a 1: ¿Cuáles son las expectativas razonables para cuando vemos que una persona se vuelve más estable psicosocialmente?

En las primeras semanas o meses de tratamiento, es probable que la persona alcance cierto nivel de estabilización. ¿Pero hasta qué punto es sostenible? ¿Cuáles serían sus expectativas para esta persona, basándose en el tiempo que ha pasado en el tratamiento?

Instructor/a 2: Es un tema muy importante y una buena pregunta. Las personas llegan al tratamiento con diferentes niveles de adicción. Algunos han sido adictos durante un corto periodo, mientras que otros tienen un historial crónico de consumo de alcohol y drogas que requiere una duración de tratamiento mucho más larga. El tratamiento se realiza por etapas, por lo que durante las primeras semanas y meses tenemos un enfoque diferente. No esperamos que la abstinencia se produzca de inmediato. Más bien, estamos tomando en cuen-

ta posibles recaídas y nos centramos principalmente en el compromiso con el tratamiento y la motivación para el cambio.

Es de esperarse que las personas en esta situación sean ambivalentes con respecto al tratamiento y que no siempre estén en la disposición de aprender cosas nuevas o crean que el tratamiento sea eficaz. Nuestro trabajo en los primeros meses es proporcionarles optimismo, esperanza e incentivos para que sigan participando en el tratamiento, así como exponerles a otros mentores que han tenido éxito en el tratamiento. Estas herramientas les permitirán trabajar en las habilidades durante varios meses hasta que desarrollen una motivación interna para el tratamiento.

Instructor/a 1: Parece que ahora debemos establecer los llamados objetivos a corto y largo plazo de un plan de tratamiento.

Los objetivos a corto plazo son las cosas que la persona participante es capaz de hacer ahora mis-

mo. Por ejemplo, asistir a sesiones de tratamiento grupales o individuales es algo que la persona participante o paciente es capaz de hacer en las primeras semanas de recuperación. Este será el objetivo que reforzaré con mayor intensidad.

A su vez, la abstinencia total es un ejemplo de objetivo a largo plazo. Es algo que las personas participantes pueden o no estar totalmente preparados para lograr, algo en lo que estamos trabajando debido a la naturaleza y la gravedad del problema. Lo más probable es que no se pueda conseguir en los dos primeros meses.

Instructor/a 2: Algunas personas podrán lograr y mantener la abstinencia en los primeros meses. Estamos fijando una serie de objetivos que son alcanzables. También es aquí donde aplicamos los incentivos y las sanciones. Los tipos de actividades en los que nos centramos se basan en el nivel y las necesidades de las personas al comenzar el tratamiento.

Instructor/a 1:

Es importante mencionar que la abstinencia total no siempre es el objetivo final del tratamiento. La disminución de la intensidad de uso, aunque no es el resultado ideal, podría considerarse un resultado manejable y realista en determinadas circunstancias.

La terapia con medicamentos, usando fármacos debidamente prescritos y cuando no hay evidencia de consumo de sustancias ilegales, podría considerarse abstinencia.

En estos casos, la abstinencia total es algo que sería ideal, pero no siempre es posible.

En el primer año de tratamiento, la estabilización inicial de la persona participante es un momento de importancia crítica para asegurarse de que la recuperación sea sostenible y de que se haya producido una estabilización psicosocial. Con esto queremos decir que la persona no está involucrada en actividades delictivas, tiene una vivienda estable y/o ha encontrado un trabajo. Nuestras expectativas pueden cambiar con el paso del tiempo.

Instructor/a 2: Tendrá gradualmente mejores resultados en las diferentes dimensiones de la recuperación. En esta etapa del tratamiento, se espera que las personas participantes no cometan delitos, que tengan un empleo y que participen en otras actividades prosociales como actividades familiares, asistencia a servicios religiosos y/o cualquier pasatiempo que puedan tener. Es de esperar que la gente se abstenga en ese momento. Esta es también una oportunidad para considerar intervenciones de tratamiento menos intensivas.

Instructor/a 1: Pregunte al público cuántas personas han intentado perder peso o hacer ejercicio. Probablemente la mayoría de las personas se sentirán identificadas con esta experiencia. Entonces, pregunte cuántas de ellas lo han hecho de forma consistente y sostenible y esa es la parte difícil. No es difícil empezar una dieta o perder un poco de peso. Pero la mayoría de la gente no continúa. Luego recuperan el peso y dejan de hacer ejercicio. Se trata de un proceso de cambio bastante similar al que viven las personas con TCS.

La recuperación no es tan difícil de empezar. Mantenerlo y apoyar a la persona a largo plazo sí que lo es.

Instructor/a 2: Para terminar esta diapositiva, la recuperación es un proceso a largo plazo y tenemos que proporcionar oportunidades continuas para que las personas en el sistema judicial sigan participando en el tratamiento de cada uno de los múltiples problemas de los que hemos hablado: Los TCS, los problemas de salud mental y las demás situaciones que pueden aparecer con el tiempo. Muchos de estos problemas están vinculados a la reincidencia delictiva, por lo que necesitamos tener oportunidades para que las personas sigan participando en el tratamiento dentro del sistema judicial.

Fuente: Dennis, M.L., Foss, MA., Scott, CK. (2007). An eight-year perspective on the relationship between the duration of abstinence and other aspects of recovery. *Eval Rev.* 2007 Dec;31(6):585-612.

"...la suma de recursos personales y sociales de los que se dispone para hacer frente a la drogodependencia y, principalmente, para reforzar la capacidad y las oportunidades de recuperación".

(Nube & Granfield, 2001)



OEA CICAD



2.61

Diga

Instructor/a 2: Capital de recuperación es un término que se utiliza para describir la gama o el tipo de apoyo que necesitan las personas a largo plazo a fin de asegurarse de que se mantienen sobrias, consiguen un empleo y obtienen el apoyo que necesitan en toda una serie de ámbitos. Este término reconoce que proporcionar este apoyo y comprometerse con las personas a largo plazo es un proceso complicado.

Fuente: Cloud, W. and Granfield, R. (2001). Social context and "natural recovery": the role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Journal of Substance Use and Misuse*, Volume 36, 2001, Issue 11.



Diga

Instructor/a 2: Esta diapositiva ofrece un ejemplo de algunos de los recursos sociales que podrían ser brindados a las personas con problemas de adicción crónica. Esto es una aspiración, algo que esperamos dar a cada individuo en el sistema judicial con el paso del tiempo y, así, ayudarlo a recuperarse durante unos años.

Instructor/a 1: Esto resume bien todo lo que hemos dicho hasta ahora. Abordar la relación entre el individuo y la sustancia no es el elemento único ni el más importante del tratamiento. Estamos hablando de un sistema muy completo de atención a largo plazo capaz de abordar múltiples disfunciones relacionadas con el propio consumo de sustancias. Puede tratarse de disfunciones familiares, problemas de salud mental, problemas psicológicos, baja tolerancia al estrés, desempleo, analfabetismo emocional y experiencias traumáticas en el pasado. Las personas tienen dificultades y, al mismo tiempo, no hay ninguna persona participante en el mundo que no tenga fortalezas, intereses y experiencias positivas de su pasado. Creo que tenemos que desplegar, evaluar y aprovechar esas fortalezas para aumentar el capital de recuperación que tiene esa persona. Este es uno de los componentes clave de cualquier tipo de interacción con las personas y, en particular, de la interacción en el contexto de la Gestión de Caso y Atención Integral.

Cuando trabajamos con una persona participante, no solo queremos averiguar cuáles son sus patologías. La Gestión de Caso y Atención Integral debe identificar las fortalezas y las habilidades de cada persona. Si una persona está cocinando y vendiendo anfetaminas, esta persona puede tener talento para la química y las matemáticas. Estos serían los aspectos que yo aprovecharía, por muy gracioso que suene. Estos son algunas fortalezas que pueden canalizarse para desarrollar habilidades más prosociales y funcionales.

Hemos hablado de múltiples aspectos del tratamiento que deben basarse principalmente en estas fortalezas, pero también tienen que abordar la diversidad de dificultades y deficiencias.

Instructor/a 2: Para terminar, el capital de recuperación no solo existe dentro del tratamiento. La Gestión de Caso y Atención Integral se basa en los logros alcanzados en el tratamiento para ayudar a nuestra población de infractores a reintegrarse en la comunidad. La Gestión de Caso y Atención Integral es realmente un puente entre el tratamiento y una integración positiva en la comunidad utilizando todos los elementos que pueden ver en la diapositiva. La Gestión de Caso y Atención Integral proporciona un beneficio único para que las personas en el sistema judicial vayan más allá de su origen y se reintegren con éxito en la comunidad.

Instrucción de la formación: Los instructores deben animar a los participantes a leer el material fuente y a sacar sus propias conclusiones utilizando esta información, así como a seguir aprendiendo y formándose sobre los TCS.

Se puede encontrar información adicional sobre los modelos de capital de recuperación en “El ‘cono de helado’: Caracterizando el capital de recuperación a través de capas de compromiso comunitario. SIM = mapeo de la identidad social; ARC = evaluación del capital de recuperación; ABCD = comportamiento comunitario basado en los activos” (Best, 2016).

Fuente:

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2008) Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management. Disponible (en inglés) en https://www.unodc.org/docs/treatment/111SUSTAINED_RECOVERY_MANAGEMENT.pdf

Best, D., Irving, J., Collinson, B., Andersson, Catrin., Edwards, M. (2016). Recovery Networks and Community Connections: Identifying Connection Needs and Community Linkage Opportunities in Early Recovery Populations. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 35. 1-14. 10.1080/07347324.2016.1256718.



MÓDULO 3

El enfoque multisistémico de la Gestión de Caso y Atención Integral

Lista de control de preparación

Contenido y duración

Metas y objetivos

Diapositivas de PowerPoint

MÓDULO 3

Módulo 3 Lista de control de preparación

- Revise la sección “Primeros pasos” para obtener información general sobre la preparación en la página 14 de este manual
- Vista previa del módulo 3
- Prepare el ejercicio interactivo: reúna lo siguiente:
 - Una pila de papel tamaño carta (o A4) para cada mesa
 - Blocs de notas adhesivas para cada mesa
 - Rotuladores de colores y una pila de papeles de colores en cada mesa

Módulo 3 Contenido y duración

Actividad	Tiempo
Módulo 3 El enfoque multisistémico de la Gestión de Caso y Atención Integral	120 minutos
Presentación: El enfoque multisistémico	10 minutos
Presentación: Gestión de Caso y Atención Integral y el sistema judicial	20 minutos
Ejercicio integrado: Partes interesadas	10 minutos
Debate interactivo: El sistema judicial en su país	20 minutos
Ejercicio interactivo: ¿Quién es la persona participante?	30 minutos
Presentación: Cómo la Gestión de Caso y Atención Integral apoya a las partes interesadas	20 minutos
Presentación: Razones para invertir en la Gestión de Caso y Atención Integral	10 minutos
Pausa	15 minutos

Metas y objetivos del módulo 3

Objetivos de formación

- Presentar el enfoque multisistémico de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Proporcionar una visión general de cómo la Gestión de Caso y Atención Integral apoya el trabajo de los principales interesados
- Presentar las razones para invertir en la Gestión de Caso y Atención Integral

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el Módulo 3 serán capaces de lo siguiente:

- Comprender el enfoque multisistémico y explicar el papel de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Describir las principales razones para invertir en la Gestión de Caso y Atención Integral



MÓDULO 3

EL ENFOQUE MULTISISTÉMICO DE LA GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL



OEA CICAD



3.1

Instrucción de enseñanza: Este módulo requiere dos instructores. El primero y principal instructor dirigirá la presentación. El segundo instructor actuará como cofacilitador, principalmente asistiendo a su colega en el ejercicio interactivo y en la parte del módulo que requiere la participación activa de la audiencia.

Diga

Instructor/a 1: Después de escuchar el estado de la investigación sobre la adicción, la delincuencia —y lo que las une—, así como las oportunidades de tratamiento y recuperación, pasamos a la descripción del enfoque multisistémico de la Gestión de Caso y Atención Integral. Este módulo explica por qué la Gestión de Caso y Atención Integral debe estar conectada a un enfoque multisistémico y qué implica este enfoque.

Durante este módulo, contaré con la ayuda de mi colega (nombre del/la segundo/a instructor/a) que actuará como co-instructor. Este curso incluye ejercicios interactivos y preguntas; mi colega me ayudará a anotar sus aportaciones en el rotafolio.

Objetivos

Presentar el enfoque multisistémico de la
Gestión de Caso y Atención Integral

Proporcionar una visión general de cómo la
Gestión de Caso y Atención Integral apoya el
trabajo de las principales partes interesadas

Presentar las razones para invertir en la
Gestión de Caso y Atención Integral



OEA | CIDAD



Diga

En este módulo repasaremos el marco multisistémico de la Gestión de Caso y Atención Integral y trabajaremos juntos para identificar a las principales partes interesadas de su país que tienen un papel en la Gestión de Caso y Atención Integral.

Además, el módulo 3 introduce algunos elementos nuevos, como el marco y el diseño de la Gestión de Caso y Atención Integral, que se ilustrarán y analizarán más adelante en la formación. Empecemos.



Pregunta

¿Cómo se ve un sistema sin Gestión de Caso y Atención Integral?

Diga

Es probable que sea un sistema fragmentado de servicios descoordinados. El propósito de la Gestión de Caso y Atención Integral es actuar como facilitador y crear sinergias y una conexión dentro de los diferentes sistemas y entre ellos.

La Gestión de Caso y Atención Integral significa cosas diferentes para cada persona, pero esencialmente sirve de enlace.

Los jueces, los agentes de libertad condicional y los proveedores de tratamiento trabajan teniendo en cuenta el interés de la persona participante, pero podrían necesitar ayuda para encontrar colaboradores. El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral supervisa y les ayuda a conectar los puntos. Al mismo tiempo que actúa como Gestor/a de Caso y Atención Integral, este profesional actúa como coordinador para todas las partes interesadas. Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral hace que los diferentes servicios confluyan.

Servicios de apoyo social y de recuperación.



Diga

El enfoque multisistémico de la Gestión de Caso y Atención Integral se basa en un sistema multisectorial que incluye a diferentes partes interesadas.

Pregunta

¿Qué opina de esta imagen? Podemos ver que tenemos el sistema de justicia, el sistema de salud y los servicios sociales. Al mirarla, ¿en quiénes piensas? ¿Quiénes son los verdaderos interesados, las personas con poder de decisión que desea ver reflejadas en el gráfico?

Instrucción de enseñanza: El instructor debe preparar el ejercicio con antelación y leer la descripción del Anexo A - Instrucciones para el ejercicio de formación (Manual del participante, página 253).

El instructor describe la imagen con los principales actores del sistema. Tenga en cuenta que la persona participante aún no está representado. Aquí se presenta el sistema de justicia, los servicios sanitarios y los servicios sociales. El instructor hace preguntas a los participantes sobre los diferentes actores: Cuando piensan en el sistema de justicia, ¿en quiénes piensan? Da algunos ejemplos. El co-instructor escribe las ideas de los participantes en el rotafolio, comenzando por el sistema de justicia, pasando por los servicios sanitarios y luego por los servicios sociales.

Se anima a los participantes a que anoten sus ideas en la página del ejercicio en el anexo de su manual o cuaderno.

Los resultados de este ejercicio se utilizarán más adelante en el módulo 10 de la capacitación.



Instrucción de enseñanza: Tras el ejercicio de las partes interesadas, el instructor podría hacer una recapitulación de quiénes son los principales actores y ver si existe una correlación entre los resultados del ejercicio y hacia dónde le gustaría dirigir el debate.

Diga

El ejercicio interactivo sobre las partes interesadas nos ayudó a comprender la complejidad del enfoque multisistémico. La Gestión de Caso y Atención Integral trabaja con:

- El sistema judicial
- La persona participante
- Servicios de salud
- Servicios sociales
- Comunidades

Diga

En comparación con la diapositiva anterior, y gracias a nuestro ejercicio interactivo, nos hemos dado cuenta de que el panorama de las partes interesadas es bastante complejo y que hay elementos cruciales adicionales a tener en cuenta, como la persona participante y las comunidades. Hablaremos de la persona participante en un minuto, pero centrémonos primero en las comunidades.

Pregunta

¿Qué queremos decir con el término “comunidades”? ¿Qué nos viene a la mente?

Diga

Por “comunidades” no solo nos referimos a las familias, la sociedad civil, los líderes religiosos o espirituales, los grupos de apoyo, sino también a las empresas y los patrones, la sociedad civil y los ciudadanos en general. Todos ellos pueden incluirse y actuar en términos de mantener la recuperación a largo plazo y la integración social de nuestras personas participantes.



Diga

Empecemos por hablar con más detalle del primer interesado: el poder judicial. La Gestión de Caso y Atención Integral puede desempeñar un papel sustancial para facilitar la labor del sistema de justicia penal y promover alternativas al encarcelamiento en todo el sistema judicial.



Gestión de Caso y Atención Integral se basa en la justicia terapéutica

La justicia terapéutica es un modelo y un método que:

- Integra un enfoque de salud pública para los trastornos por consumo de sustancias en el sistema judicial
- Ofrece la oportunidad de realizar intervenciones de tratamiento a lo largo del proceso judicial, desde la detención hasta la puesta en libertad.

(Wexler, 2011)



OEA CICAD



3.7

Diga

La Gestión de Caso y Atención Integral se inspira en el concepto de justicia terapéutica, promoviendo un enfoque de salud pública para trabajar con personas con TCS implicadas en la justicia:

- Las personas con TCS no tratadas tienden a entrar y salir del sistema judicial.
- La Gestión de Caso y Atención Integral les pone en contacto con el tratamiento y los servicios que pueden ayudar a romper este ciclo.

La justicia terapéutica tiene como objetivo ofrecer oportunidades de tratamiento e intervenciones de servicios en múltiples puntos del proceso judicial sugiriendo un vínculo con el tratamiento basado en la evidencia como un camino viable que conduce a la recuperación, promoviendo la integración social y salvaguardando la seguridad pública. La Gestión de Caso y Atención Integral también facilita y aumenta la comunicación entre los principales interesados (salud, tratamiento, sistema judicial).

La personas con TCS involucradas en el sistema justicia privadas de libertad que no reciben tratamiento tienen más probabilidades que los tratados de recaer en el abuso de drogas y volver a la conducta delictiva. Esto puede llevar a una nueva detención y a un nuevo encarcelamiento, poniendo en peligro la salud y la seguridad públicas y gravando los recursos del sistema de justicia penal (NIDA).

Fuente: NIDA. (2021) Introduction. Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations - A Research-Based Guide. <https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations-research-based-guide/introduction>

**Diga**

El sistema judicial puede poner en contacto a muchas personas con el tratamiento y los servicios de sus comunidades.

Hay muchas oportunidades para que la Gestión de Caso y Atención Integral se comprometa con las autoridades judiciales a lo largo del proceso de justicia, tanto antes como después de la condena.

Pregunta

¿Cómo se remite normalmente a las personas al tratamiento en su país?
¿Quién lo hace?

Instrucción de enseñanza: El instructor podría iniciar un debate fomentando el compromiso de la audiencia y solicitando las aportaciones de los participantes, formulando preguntas sobre los puntos de intersección mencionados en el gráfico y cómo son las respuestas en sus respectivos países. Este ejercicio ayuda a entender en qué programas podría integrarse la Gestión de la Atención de Casos, cuáles son las áreas prioritarias en el continuo de la justicia y en qué podría querer estudiar el país y eventualmente invertir.



Sinergias en el sistema de justicia



OEA | CIDAD



3.9

Instrucciones de enseñanza: El instructor puede preguntar (o debería saber) si la posesión o el consumo de drogas se considera un delito en el país (o países) en cuestión. Esta información sobre la legislación nacional es crucial para entender los siguientes pasos.

Los instructores también deben familiarizarse con el marco jurídico del país (derecho consuetudinario, derecho civil, religioso, mixto) y el impacto que el sistema jurídico podría tener en las oportunidades de alternativas al encarcelamiento.

Diga

Veamos algunas posibilidades.

Prearresto/derivación es la derivación previa a la detención y en ella participan las autoridades policiales y/o la policía. Es un término relativamente nuevo. No se presentan cargos y la persona es remitida a tratamiento. ¿Se utiliza en sus países? ¿Hay policías en la sala? ¿Ustedes remiten (o pueden remitir) a las personas participantes a tratamiento?

La derivación se produce después de la detención, cuando los cargos están pendientes y las fuerzas de seguridad remiten a la persona participante al tratamiento. Los cargos se retiran finalmente al concluir el tratamiento con éxito o se reconsideran en caso de que la persona participante abandone el programa.

Después de la sentencia:

Las alternativas a la condena se suscitan después de la sentencia. El poder judicial coloca a la persona que ha recibido una sentencia en tratamiento en lugar de una sentencia de cárcel o prisión (Modelo TASC/tribunal de drogas, aunque el modelo de tribunal de drogas también funciona antes de la sentencia).

Supervisión comunitaria: Cuando un agente de libertad condicional remite a las personas participantes a tratamiento para minimizar la reincidencia y promover la reinserción social.
Corrección en cárcel/prisión: El tratamiento es proporcionado por consejeros autorizados y capacitados en los programas terapéuticos comunitarios dentro de prisión. También puede haber programas de tratamiento previos a la puesta en libertad.

Después de la condena:

Reingreso: Las autoridades de libertad condicional y de aplicación de la ley remiten a las personas participantes a los servicios de la comunidad tras su puesta en libertad para que continúen con las intervenciones de tratamiento mientras siguen bajo supervisión judicial. Los servicios de tratamiento deben informar a la autoridad judicial correspondiente.

Instrucciones de enseñanza: El instructor debe tener en cuenta las siguientes preguntas y evaluar las aportaciones de los participantes, tratando de identificar las posibles respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Están los participantes dispuestos a explorar otras oportunidades, como las alternativas previas o posteriores a la sentencia?
- ¿Remisiones?
- ¿Justicia restaurativa?



Oportunidades de intervención

	PROS 	CONTRAS 
Antes de la detención	Evitar cargos y/o detenciones, poder permanecer con la familia y mantener el empleo	El participante debe estar motivado por sí mismo
Procedimientos	Oportunidad de evitar la condena; el apalancamiento del tribunal podría ayudar al factor de retención del tratamiento; poder permanecer con la familia y el empleo	El juez impulsa la decisión sobre el tratamiento
Sentencia	Oportunidad de entrar en programas de tratamiento y reinserción social	Detención; alejamiento de la familia y el empleo; prisión; mayor riesgo de reincidencia
Reingreso	Oportunidad de entrar en tratamiento e integración en la comunidad	Consecuencias adversas del encarcelamiento





3.10

Diga

Ser detenido y condenado tiene consecuencias en la vida de las personas. ¿Cuáles son estas consecuencias colaterales e involuntarias?

Conseguir un trabajo. Obtener un préstamo. Comprar un coche. Todas estas acciones son difíciles cuando un historial delictivo no está limpio....

Incluso tres días de detención podrían aumentar drásticamente la posibilidad de reincidencia. Hay formas de evitar la condena, como el compromiso oportuno con la persona participante en el tratamiento. La Gestión de Caso y Atención Integral ayuda en este proceso.

Veamos las ventajas de la Gestión de Caso y Atención Integral:

- Las personas participantes remitidos a tratamiento pueden quedarse con su familia y mantener su trabajo.
- La Gestión de Caso y Atención Integral trabaja en la motivación y el apoyo a la retención del tratamiento, al tiempo que facilita la finalización del programa y la reintegración social a medio y largo plazo.
- Incluso después de la sentencia, la Gestión de Caso y Atención Integral puede poner a la persona participante en contacto con los servicios de tratamiento y apoyar su reincorporación a la sociedad con un papel activo en la comunidad.



La Gestión de Caso y Atención Integral y el sistema judicial

La Gestión de Caso y Atención Integral realiza un proceso estandarizado con un enfoque clínico informado y experiencia clínica

La Gestión de Caso y Atención Integral ofrece una comunicación periódica

La Gestión de Caso y Atención Integral promueve un enfoque de colaboración y aborda los obstáculos

La Gestión de Caso y Atención Integral promueve la intervención oportuna y aborda los obstáculos para la recuperación



OEA | CIDAD



3.11

Diga

Existen múltiples formas en las que la Gestión de Caso y Atención Integral puede apoyar al poder judicial ofreciendo:

- **Un proceso estandarizado:** La Gestión de Caso y Atención Integral realiza evaluaciones clínicas estandarizadas para determinar la elegibilidad, el nivel de tratamiento necesario y qué otros servicios requiere la persona participante, además de ayudar al poder judicial a tomar decisiones basadas en la evaluación y la recomendación proporcionada.
- **Comunicación constante:** La Gestión de Caso y Atención Integral se comunica con la persona participante, la conecta con los servicios sociales y de salud y mantiene al poder judicial informado sobre el progreso hacia la finalización del programa.
- **Un enfoque de colaboración:** La Gestión de Caso y Atención Integral apoyará al poder judicial en la creación de un enfoque de colaboración al brindar asistencia técnica y ayudar a los funcionarios a entender cómo funciona la recuperación de los TCS y el concepto de ajuste terapéutico. No debe castigarse a las personas participantes si no responden al tratamiento. Es posible explorar diferentes modalidades de tratamiento y hacer ajustes al plan. Se establecen sinergias y cooperación entre la autoridad judicial y la Gestión de Caso y Atención Integral.
- **Intervención oportuna:** El contacto de las personas participantes con el poder judicial es limitado y no hay necesidad de una detención prolongada porque sus necesidades pueden satisfacerse de manera oportuna.

El sistema judicial en su país



Instrucciones de enseñanza: Los instructores deben prepararse con antelación y consultar el Apéndice A - Instrucciones para los ejercicios de la capacitación.

El objetivo de este ejercicio es estimular el debate entre los participantes para identificar posibles programas de Gestión de Atención de Casos. Los participantes podrían suponer que la Gestión de Atención de Casos debería abordar programas posteriores a la condena o de reingreso, pero basándose en las explicaciones proporcionadas en el módulo podrían considerar otras opciones viables.

El instructor crea grupos y les pide que discutan los posibles puntos de intersección en el continuo de la justicia en los que creen que la gestión de la atención de casos podría ser de ayuda. Dependiendo de la disposición de las mesas, el instructor puede agrupar a los participantes de forma diferente. Para permitir un intercambio más eficaz, se recomiendan los grupos mixtos, con representantes de la libertad condicional, los centros penitenciarios y la sociedad civil agrupados.

Los participantes deberán registrar la información que recojan en la tabla de la página 255 del manual del participante.

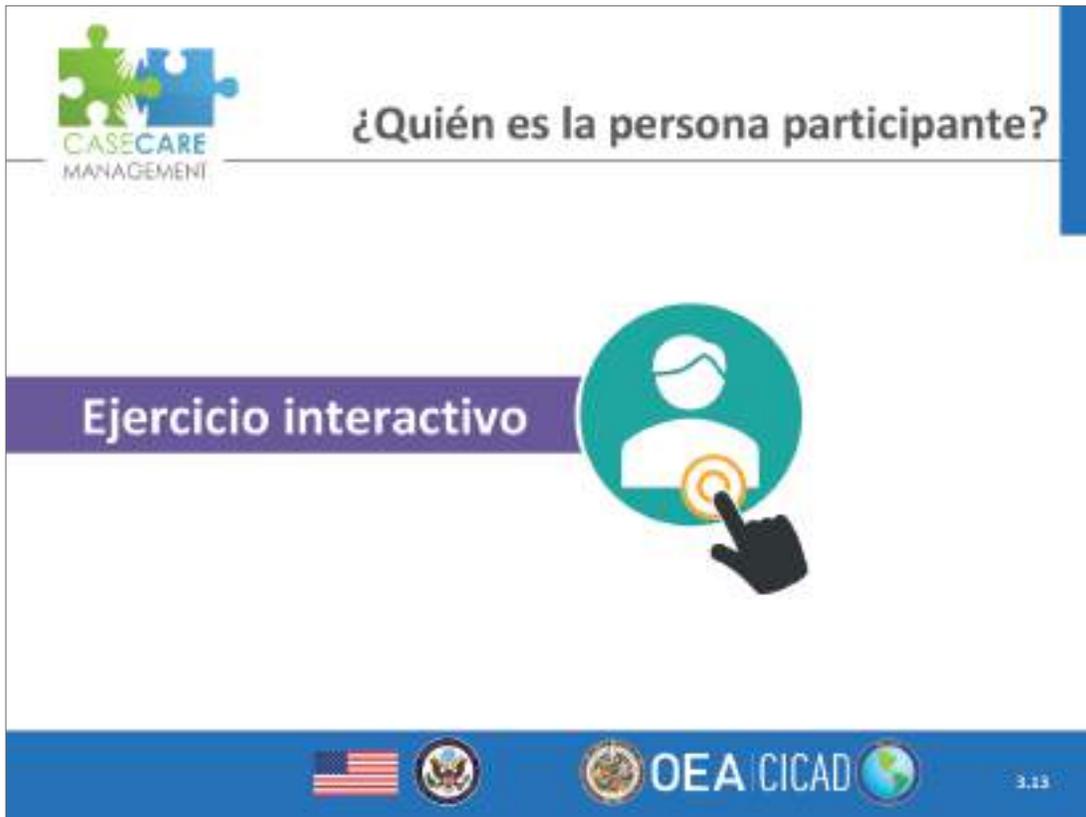
Se pedirá a los grupos que informen, y el co-instructor anotará las contribuciones en el rotafolio.

El tiempo total estimado para el ejercicio es de 20 minutos.

Los resultados de este ejercicio se elaborarán y ampliarán en el módulo 10.

Diga

Vamos a hacer un ejercicio de grupo analizando los elementos clave del sistema judicial de su país e identificando posibles puntos de intersección para el programa de Gestión de Caso y Atención Integral. Consulte la página 255 de su Manual para participantes. Ahí tienen espacio para escribir sus ideas. Al final del ejercicio, elegirán a una persona representante para que presente un informe ante todo el grupo.



Instrucciones de enseñanza: Este ejercicio requiere una preparación previa. Los instructores deben leer la descripción del ejercicio proporcionada en este manual y haber preparado ya el material necesario para la presentación.

Diga

Después de ver cómo la Gestión de Caso y Atención Integral interactúa con el poder judicial, tenemos que abordar dos de las cuestiones más importantes de este curso:

- ¿Quién es la persona participante?
- ¿Cómo podemos tener una visión clara de la Gestión de Caso y Atención Integral si no la entendemos?

Realizaremos dos actividades interactivas que nos ayudarán a familiarizarnos con el perfil de las personas participantes.

Caso de estudio y actividad interactiva 1

Instrucciones de enseñanza: La preparación del ejercicio debe hacerse con antelación. El instructor debe tener cuatro tarjetas, una para cada papel (idealmente pero no necesariamente de diferentes colores): la persona participante, agente de libertad condicional, proveedor de tratamiento y autoridad judicial. Cada tarjeta tiene instrucciones escritas sobre cómo actuar, y viñetas con sugerencias de preguntas que se harán en el ejercicio interactivo.

Tarjeta de la persona participante

La persona participante debe parecer confusa y abrumada, e intentará hacer preguntas como:

- *¿Qué debo hacer?*
- *¿Por dónde debo empezar?*
- *¿Cuál es el siguiente paso?*
- *¿Qué significa?*

Tarjeta del agente de libertad condicional

El agente de libertad condicional debe decir de forma profesional pero distante Espero de usted..:

- *Que acuda al tratamiento;*
- *Que acuda a la cita con puntualidad;*
- *Que participe activamente en cada sesión;*
- *Que demuestre al juez que está cumpliendo con su decisión.*
- *¿Qué pasa con su situación de vivienda?*
- *Hay que programar la visita al domicilio.*

Tarjeta del proveedor de tratamiento

El proveedor de tratamiento debe decir de manera profesional pero atenta Vamos a revisar su actuación:

- *¿Cómo está siguiendo el plan de tratamiento?*
- *¿Asiste al tratamiento con regularidad?*
- *Recuerde que acudir al tratamiento debe ser su primera prioridad.*
- *¿Tiene otras necesidades urgentes?*
- *¿Qué pasa con tu situación familiar?*
- *Deberíamos hablar con el agente de libertad condicional.*
- *¿Cuándo es tu próxima cita con el tribunal?*

Tarjeta de la autoridad judicial

La autoridad judicial debe decir de forma paternalista:

Quiero saber cómo está...:

- *¿Qué pasa con el tratamiento?*
- *¿Qué pasa con su vivienda?*
- *¿Ha encontrado ya un trabajo?*
- *¿Alguna entrevista de trabajo hasta ahora?*
- *¿Qué pasa con su familia?*

Instrucciones para los ejercicios: El instructor pide a cuatro voluntarios del grupo que actúen como la persona participante, el agente de libertad condicional, el proveedor de tratamiento y la autoridad judicial. El instructor entrega al agente de libertad condicional, al encargado del tratamiento y a la autoridad judicial una tarjeta con las principales expectativas que tienen de la persona participante. El instructor les da dos minutos para que lean las tarjetas y se preparen para el ejercicio. El instructor les indica que hablen al mismo tiempo con la persona participante para crear la impresión de confusión y estimular el pensamiento reflexivo sobre el perfil real de la persona participante al que la Gestión de Casos espera servir.



La segunda actividad se basa en un estudio de caso. Leamos el texto de la página 255 de su Manual para participantes:

Johnny

Johnny es un hombre de 24 años que ha sido encarcelado por robo. Johnny ha consumido drogas desde los 18 años. Él y su compañera Mary tienen una hija pequeña llamada Jill. Después de estar en prisión durante seis meses, Johnny no está en un programa de reinserción y no asiste a tratamiento de manera cotidiana. Actualmente se está preparando para una entrevista de trabajo en el sector minorista. Está nervioso porque necesita el trabajo para mantener a su familia. Sabe que quien lo entrevistará podría tener prejuicios relacionados con sus antecedentes penales y su historial de consumo de sustancias.

Pregunta

¿Cómo cree que Johnny debería abordar la cuestión si le preguntan por ella?
¿Cómo reaccionaría usted si fuera el entrevistador?

Instrucciones para la formación: El instructor estimulará el debate dentro del grupo.

Instrucciones del ejercicio: El instructor pedirá a dos voluntarios que representen la escena: Johnny y el entrevistador.

Después de la representación, el instructor informará al grupo.

Instrucciones de la formación: Recuerde dar las gracias a todos los participantes que hayan actuado en el juego de roles y pida al grupo que se una a usted en una ronda de aplausos.

Al final del ejercicio, los participantes tendrán una visión general de algunos de los retos a los que se enfrentan las personas participantes. Tanto el/la instructor/a como el/la co-instructor/a ayudarán a resumir los aspectos clave y a informar al grupo.

Una vez finalizado el ejercicio, el/la instructor/a debe dar las gracias a todos los participantes que han actuado en el juego de rol y pedir al grupo que se una al instructor o instructora en una ronda de aplausos.



Diga

A partir de los resultados del ejercicio interactivo, repasemos los elementos que surgieron del debate y que nos ayudan a comprender mejor el perfil de las personas participante y los retos a los que se enfrentan:

Cargos legales y condena: Si la persona enfrenta cargos, a veces no es consciente de las consecuencias de estos, de cuándo tiene que comparecer ante el tribunal, para qué y qué se espera de ella.

Problemas de salud: Si tiene necesidades médicas, afecciones crónicas, problemas de salud relacionados con un trastorno por consumo de sustancias o enfermedades/problemas mentales concurrentes

Pobreza: Diferentes grados de pobreza y falta de oportunidades o de acceso a los recursos.

Educación deficiente o interrumpida: Las dificultades que tiene para conseguir un empleo formal o una fuente de ingresos legal, lo que a menudo conduce a la falta de empleo. En la mayoría de los casos, también puede enfrentarse a algún tipo de estigma (por ser persona ex convicta, su raza o etnia, o su consumo de drogas). También puede sentirse sola y confundida sobre lo que viene a continuación, así como incapaz de priorizar las acciones y crear un plan.

Agrupando todos estos retos en tres categorías principales, las persona participantes suelen tener:

- Necesidades de salud y tratamiento.
- Necesidades financieras.
- Necesidad de asesoramiento para identificar y superar las barreras (tanto las que conocen como las que desconocen).



Acciones para reducir el estigma

1. Informarse
2. Ser consciente de sus actitudes y comportamientos
3. Elegir bien sus palabras
4. Educar a los demás
5. Concentrarse en lo positivo
6. Apoyar a las personas
7. Incluir a todas y todos



(Fuente CAMH)



OEAS | CICAD



3.15

Diga

El estigma es una realidad de la que debemos ser conscientes. La forma en que pensamos y actuamos puede verse afectada por prejuicios conscientes o inconscientes. Hay formas eficaces de reducir la estigmatización de las personas participantes que deberían utilizarse en la Gestión de Caso y Atención Integral y en otros ámbitos. Veamos algunas de las acciones clave:

1. Conozcan los hechos. Infórmense sobre las enfermedades mentales, incluidos los trastornos por consumo de sustancias.
2. Sean conscientes de sus actitudes y comportamientos. Examinen su propio pensamiento crítico, reforzado por la educación y la sociedad.
3. Elijan bien sus palabras. La forma de hablar puede afectar a las actitudes de los demás.
4. Eduquen a los demás. Transmitan hechos y actitudes positivas; desafíen mitos y estereotipos.
5. Concéntrense en lo positivo y en las fortalezas de cada persona. Las enfermedades mentales, incluidas las adicciones, son solo una parte del panorama general de cualquier persona como ser humano.
6. Apoyen a las personas. Traten a todos con dignidad y respeto; ofrezcan apoyo y ánimo.
7. Incluyan a todos. En muchos lugares, puede ser ilegal negar puestos de trabajo o servicios a cualquier persona basándose únicamente en estos problemas de salud.

Fuente: CAMH <https://www.camh.ca/en/driving-change/addressing-stigma>



La importancia del lenguaje: las personas primero

Lenguaje estigmatizante	Lenguaje correcto
Usuario/abusador	Persona con un trastorno por consumo de sustancias
Adicto	Persona con adicción
Consumidor de drogas intravenosas (CDI)	Persona que se inyecta drogas
Drogadicto	Persona con adicción
Limpio/sucio	Evitar los adjetivos
Delincuente	Persona en conflicto con la ley



OEA | CICAD



3.18

Diga

El lenguaje que utilizamos es importante. En el cuadro, verán ejemplos concretos de lenguaje estigmatizante y el lenguaje correcto que se sugiere utilizar en su lugar. Notarán que el foco siempre está en la persona que está detrás del problema; les animamos a que siempre piensen y pongan a las personas en primer lugar.

Instrucciones de enseñanza: El instructor puede pedir a los participantes que: (1) Identifiquen los lenguajes estigmatizantes que han utilizado o que suelen utilizar en su entorno para describir a las personas con TCS. (2). Encontrar una palabra apropiada (no estigmatizante) para reemplazar el lenguaje estigmatizante.



Diga

La Gestión de Caso y Atención Integral puede ser un socio beneficioso del **poder judicial**, de los servicios sociales y sanitarios y de la persona participante.

Su papel principal es apoyar a la autoridad judicial a seguir un proceso estandarizado, realizar una evaluación estandarizada y volver con un plan. La presentación de informes periódicos que incluyan el progreso del tratamiento y el plan de servicios, y la representación de la persona participante son también acciones clave.

La Gestión de Caso y Atención Integral es un socio de confianza para los **servicios de salud y sociales**: La Gestión de Caso y Atención Integral crea vínculos y ayuda a supervisar el progreso la persona participante y a informar a las autoridades en el interés de este/a.

Para la persona participante: La Gestión de Caso y Atención Integral es el principal apoyo de la persona participante. La Gestión de Caso y Atención Integral se compromete con la persona participante, la motiva, evalúa sus puntos fuertes y le ayuda a crear un plan individualizado y a alcanzar los objetivos personales y del programa.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y la persona participante

CASECARE MANAGEMENT

Persona participante

Punto de contacto principal

Relación

Compromiso

3.18

Diga

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral es el **principal punto de contacto** para la persona participante y es la persona que le asistirá durante la duración del programa.

Las y los Gestores de Caso y Atención Integral establecen una relación con la persona participante que se basa en la transparencia y el respeto mutuo. El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral está familiarizado/a con la naturaleza clínica de la adicción y sabe cómo ayudar a la persona participante en ese sentido.

La Gestión de Caso y Atención Integral trabaja con la persona participante y le ayuda a **apropiarse progresivamente del proceso**. Educa a las personas participantes en cuestiones relevantes como el sistema judicial, el acceso a la sanidad y las opciones de tratamiento.

La Gestión de Caso y Atención Integral ayuda a las personas participantes a identificar y priorizar sus necesidades y a cumplir sus expectativas y los objetivos del programa.



Diga

La Gestión de Caso y Atención Integral crea un mecanismo de colaboración con los proveedores de servicios sanitarios y de tratamiento y proporciona remisiones y vínculos. Durante la aplicación del programa de tratamiento, la Gestión de Caso y Atención Integral ayuda a los proveedores de tratamiento durante la prevención y gestión de crisis. Ofrece un seguimiento continuo y comparte la carga de informar a la autoridad judicial.

La Gestión de Caso y Atención Integral colabora con los servicios sociales para atender las necesidades de las personas participantes y garantizar la derivación/vinculación oportuna con los servicios. La Gestión de Caso y Atención Integral también ayuda en el periodo de transición, de un servicio a otro, o al finalizarlo, y garantiza la existencia de protocolos de comunicación para que los proveedores de servicios sepan qué esperar. Asimismo, en lo que respecta a la colaboración con los servicios de salud y tratamiento, la Gestión de Caso y Atención Integral comparte o asume la responsabilidad de informar a la autoridad judicial cuando sea necesario.

Gestión de Caso y Atención Integral trabajo con las comunidades

CASECARE MANAGEMENT

COMUNIDADES

- Educación
- Compromiso
- Apoyo familiar
- Prácticas de trabajo

OEA/CICAD 3.20

Diga

Las y los Gestores de Caso y Atención Integral trabajan con las comunidades para crear oportunidades que promuevan la educación sobre la adicción y la superación de la estigmatización y los conceptos erróneos, con lo que **se moviliza el apoyo a la recuperación y la integración social.**

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se **acerca a la sociedad civil, a las y los líderes espirituales y a los grupos de apoyo para crear una red de apoyo para la persona participante.**

Al mismo tiempo, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral fomenta la **cohesión familiar y los modelos positivos de familias solidarias.**

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral también puede ponerse en contacto con las empresas locales y **facilitar la reincorporación de las personas participante al mercado laboral** a través de prácticas, puestos de trabajo y empleos temporales.



Diga

Algunos de los elementos clave en el marco de la Gestión de Caso y Atención Integral que son cruciales para entender mejor.

Gestión de Caso y Atención Integral/marco de alternativas al encarcelamiento: Es importante conocer las iniciativas de alternativas al encarcelamiento que existen en sus jurisdicciones y determinar qué programa o programas serían ideales para integrar con la Gestión de Caso y Atención Integral.

Hablando de **partes interesadas clave**, guarden los resultados del ejercicio que hicimos anteriormente en este módulo porque se utilizarán de nuevo durante la formación y especialmente en el módulo 10.

También está la cuestión del liderazgo, es decir, determinar dónde debe desplegarse la Gestión de Caso y Atención Integral y quién debe ser el organismo principal en ese despliegue. También debería debatirse la creación de un comité directivo. En el comité directivo, es posible que quieran contar con actores que puedan trabajar entre agencias y superar los obstáculos a nivel institucional. Estas personas facilitarán la creación de la función de Gestión de Caso y Atención Integral y, con el tiempo, supervisarán el programa de Gestión de Caso y Atención Integral.

También tendremos la oportunidad de estudiar los modelos de **Gestión de Caso y Atención Integral**, explorando los elementos básicos y los matices que pueden tenerse en cuenta al crear un modelo que funcione mejor en su país.

Debe prestarse atención y consideración a la definición de las **funciones y responsabilidades** de cada actor en la Gestión de Caso y Atención Integral, de modo que quede claro lo que implica su trabajo y las **expectativas del programa**. También es importante garantizar la transparencia y la claridad generales en relación con la elegibilidad para el programa, las obligaciones de las personas participantes y las consecuencias del incumplimiento, la terminación y la finalización satisfactoria del programa.



Razones para invertir en la Gestión de Caso y Atención Integral



A nivel de sistemas:

- Aumentar la cooperación entre las partes interesadas y evitar las fragmentaciones
- Garantizar una circulación fluida dentro del sistema o entre sistemas
- Facilitar la participación en la continuidad del tratamiento y la reintegración en las comunidades


3.22



Diga

Hay una serie de razones para invertir en la Gestión de Caso y Atención Integral en diferentes niveles.

A nivel de todo el sistema, la Gestión de Caso y Atención Integral podría ayudar a:

- Aumentar la cooperación entre las partes interesadas, fomentar la cohesión y lograr mejores resultados sin dejar de optimizar los recursos.
- Evitar la fragmentación.
- Aumentar la coherencia dentro de los sistemas o entre ellos.
- Contribuir a la retención de las personas participantes en el tratamiento y a su integración en la sociedad.
- Proporcionar apoyo a lo largo de todo el proceso de atención, especialmente en la transición de un nivel de atención al siguiente y al finalizar.



CASECARE
MANAGEMENT



A nivel de la persona
participante

En el corto plazo:

- Apoyar, identificar y priorizar los puntos fuertes, las necesidades y las opciones de servicio de las personas participantes
- Crear un plan individualizado con la persona participante
- Facilitar a tiempo el tratamiento y los servicios necesarios
- Hacer un seguimiento de los servicios y sugerir cambios en los planes de servicio/tratamiento según sea necesario en función de los problemas individuales de las personas participantes



3.23

Diga

A nivel de las personas participantes, la Gestión de Caso y Atención Integral puede tener efectos a corto plazo, mediano y largo plazo.

A corto plazo, la Gestión de Caso y Atención Integral podría ayudar a lo siguiente:

- Garantizar exámenes y evaluaciones basados en la evidencia para guiar la atención.
- Ayudar a las personas participantes a identificar sus necesidades y opciones de tratamiento.
- Facilitar a tiempo el tratamiento y los servicios necesarios.



A nivel de la persona participante:

A mediano/largo plazo:

- Apoyar el progreso de las personas participantes
- Aumentar el compromiso y la motivación de los clientes
- Apoyar a las personas participantes en su camino de recuperación
- Apoyar la integración social de la persona participante

3.24

Diga

A mediano y largo plazo, la Gestión de Caso y Atención Integral podría ayudar a lo siguiente:

- Supervisar el progreso de la persona participante.
- Garantizar un tratamiento adecuado para TCS y otros servicios.
- Aumentar el compromiso y la motivación de las personas participantes en tratamiento.
- Apoyar a las personas participantes para que construyan su capital de recuperación, mantengan una vida en recuperación y logren y mantengan su autonomía.
- Trabajar para lograr la reintegración social (por ejemplo, un trabajo estable, ingresos, vivienda y convertirse en un miembro productivo de la sociedad).



Resumen: La Gestión de Caso y Atención Integral en el Sistema Judicial

En resumen, la Gestión de Caso y Atención Integral en el Sistema Judicial provee:

- Atención personalizada a las personas participantes y un único punto de contacto.
- Coordinación con los servicios identificados según los puntos fuertes y las necesidades de los clientes.
- Seguimiento y apoyo continuo en la recuperación e integración social.



OEA | CICAD | 

3.25

Diga

Para concluir este módulo 3, nos gustaría resumir la contribución de la Gestión de la Atención de Casos en el Sistema de Justicia.

La gestión de la atención de casos proporciona:

- Atención personalizada a las personas participantes y un único punto de contacto.
- Coordinación con los servicios identificados según los puntos fuertes y las necesidades de las personas participantes y necesidades de las personas participantes.
- Seguimiento y apoyo continuo en la recuperación e integración social.



MÓDULO 4

Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral

Lista de control de preparación

Contenido y duración

Metas y objetivos

Diapositivas de PowerPoint

MÓDULO 4

Módulo 4 Lista de control de preparación

- Revise la sección “Primeros pasos” para obtener información general sobre la preparación en la página 14 de este manual
- Vista previa del módulo 4
- Prepare el ejercicio interactivo: reúna lo siguiente:
 - Una pila de papel tamaño carta (o A4) para cada mesa
 - Blocs de notas adhesivas para cada mesa
 - Rotuladores de colores y una pila de papeles de colores en cada mesa
- Traiga copias del formulario de evaluación diaria - Día 1

Módulo 4 Contenido y duración

Actividad	Tiempo
Módulo 4 - Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral	110 minutos
Presentación: Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral	10 minutos
Ejercicio interactivo: ¿Qué significa “atención”?	15 minutos
Presentación: La Gestión de Caso y Atención Integral y los modelos clásicos de gestión de casos	20 minutos
Presentación: Los valores de la Gestión de Caso y Atención Integral	15 minutos
Ejercicio de reflexión: Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral	25 minutos
Presentación: Los elementos críticos de la Gestión de Caso y Atención Integral	15 minutos
Conclusión y preguntas	10 minutos
Evaluación y cierre del día 1	5 minutos

Módulo 4 Metas y objetivos

Objetivos de formación

- Trabajar en la definición de la Gestión de Caso y Atención Integral como un vínculo
- Presentar los valores fundamentales de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Presentar los elementos críticos de la Gestión de Caso y Atención Integral

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el Módulo 4 serán capaces de lo siguiente:

- Proporcionar una definición de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Comprender y describir los valores fundamentales de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Comprender y describir los elementos críticos de la Gestión de Caso y Atención Integral



MÓDULO 4

DEFINICIÓN DE LA GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL



OEA CICAD



4.1

Diga

En este módulo, trabajaremos juntos para definir la Gestión de Caso y Atención Integral.



MÓDULO 4

Objetivos

Desarrollar una definición de la Gestión de Caso y Atención Integral

Proporcionar una visión general del sistema de valores de la Gestión de Caso y Atención Integral

Proporcionar una visión general de los elementos críticos de la Gestión de Caso y Atención Integral



OEACICAD



4.2

Diga

Después de completar esta sesión, podrán expresar su propia definición de la Gestión de Caso y Atención Integral basándose en los elementos que debatiremos y en los ejercicios de grupo.

También serán capaces de describir los valores y los elementos críticos de la Gestión de Caso y Atención Integral.



Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral

- Gestión de casos especializada que incluye elementos de atención clínica dentro del sistema judicial y establece un programa de servicios y facilita vínculos con los servicios de tratamiento y reinserción según las necesidades de los clientes.
- Una gama de servicios proporcionados para ayudar y apoyar a las personas en el desarrollo de sus habilidades para obtener acceso a los servicios médicos, de salud conductual, de vivienda, de empleo, sociales, educativos y otros servicios esenciales para satisfacer los servicios humanos básicos (NASMHPD)
- La Gestión de Caso y Atención Integral se basa en un conjunto de valores, elementos y funciones que incluyen la vinculación y la formación de los pacientes, la utilización de recursos comunitarios y el seguimiento de la prestación de servicios.



OEA/CICAD



4.3

Diga

La Gestión de Caso y Atención Integral es una forma de Gestión de Caso y Atención Integral especializada y se basa en la larga y rica historia de la Gestión de Caso y Atención Integral. En los últimos 35 años, el término gestión de casos se ha utilizado ampliamente para describir un método de prestación de servicios y un conjunto de funciones asumidas por un proveedor de servicios. La gestión de casos también se denomina gestión de casos clínicos, coordinación de servicios o mejora psicosocial integral. La Gestión de Caso y Atención Integral que presentamos es un nuevo concepto de atención clínica dentro del sistema judicial que proporciona vínculos con los servicios de tratamiento e integración según las necesidades de las personas participantes.

A lo largo de las últimas décadas, tanto la práctica clínica como la observación empírica apoyan la conclusión de que hay un número creciente de personas participantes con trastornos por consumo de sustancias (TCS) que entran en el sistema judicial por delitos no violentos. La Gestión de Caso y Atención Integral trabaja con la persona participante, el sistema judicial, el sistema de salud y las comunidades para evaluar las fortalezas y las necesidades, crear un plan de tratamiento y servicios, comprometerse con la persona participante, establecer conexiones y generar oportunidades con el objetivo general de aumentar el desistimiento y apoyar la integración social de las personas con TCS.

Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). (2000) Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment, Treatment Improved Protocols TIPS 27. Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias, disponible (en inglés) en <https://store.samhsa.gov/product/TIP-27-Comprehensive-Case-Management-for-Substance-Abuse-Treatment/SMA15-4215>

Otra descripción de la Gestión de Caso y Atención Integral procede de la Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental (NASMHPD), que define la Gestión de Caso y Atención Integral como “una serie de servicios dirigidos a ayudar y apoyar a las personas en el desarrollo de sus habilidades para obtener acceso a los servicios médicos, de salud

mental, de vivienda, de empleo, sociales, educativos y otros servicios esenciales a fin de satisfacer los servicios humanos básicos.” Esto también incluye proporcionar “vínculos y formación para el/ la paciente en cuestión para el uso de los recursos básicos de la comunidad y la supervisión de la prestación de servicios en general”.

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2000) Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment, Treatment Improved Protocols TIPS 27. Center for Substance Abuse Treatment, available at <https://store.samhsa.gov/product/TIP-27-Comprehensive-Case-Management-for-Substance-Abuse-Treatment/SMA15-4215>

Como veremos en este módulo, la Gestión de Caso y Atención Integral se basa en un conjunto de valores, elementos y funciones.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) realiza investigaciones sobre la prisión y las drogas en Europa. Según sus conclusiones en Europa, hay múltiples naciones con un aumento del número de personas con trastornos por consumo de sustancias que entran en el sistema judicial por delitos no violentos.

Fuente: OEDT. (2021). Prison and drugs in Europe. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13904/TDXD21001ENN.pdf>

“Algunos datos sobre el uso de sustancias durante el encarcelamiento en países de ingresos bajos y medios demuestran que, desde el año 2000, la población penitenciaria aumentó un 60% en Oceanía, un 80% en América Central y un 145% en América del Sur” (Mundt, Baranyi, Gabrysch, Fazel, 2018).

Fuente: Mundt, A., Baranyi, G., Gabrysch, C., Fazel, S. (2018). Substance Use During Imprisonment in Low- and Middle-Income Countries, *Epidemiologic Reviews*, Volume 40, Issue 1, Pages 70-81, <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx016>

La investigación sobre la gestión de casos y la reincidencia basada en la experiencia de Oregón en los Estados Unidos demostró que :

- “La prueba de la susceptibilidad al tratamiento ha sido sustituida por la presunción de que todas las personas que han cometido un delito se benefician de los servicios, incluso los considerados de mayor riesgo de reincidencia y los que están encarcelados.
- La necesidad de un seguimiento intensivo de las personas que han cometido un delito debería disminuir con el tiempo, pasando de una intervención muy estructurada con amplios controles externos sobre la recaída o la reincidencia a un sistema de seguimiento menos estructurado que pone mayor énfasis en la responsabilidad personal y, eventualmente, una devolución de todo el control y la responsabilidad de evitar la recaída o la reincidencia a la persona que ha cometido un delito.
- Los investigadores y evaluadores han intentado evaluar el efecto de la gestión de casos sobre el consumo de sustancias, el uso de agujas de riesgo y las prácticas sexuales que contribuyen tanto a la infección por el VIH como a la reincidencia en las poblaciones de la justicia penal. Los estudios existentes son cautelosamente optimistas en cuanto a los efectos sobre el consumo de sustancias y la reincidencia, pero son menos alentadores en cuanto a los comportamientos de riesgo asociados al VIH.
- Oregón ha puesto en marcha una serie de programas de gestión de casos para proporcionar tratamiento contra las drogas, formación en reestructuración cognitiva y servicios sociales a las personas privadas de libertad y a los que están en libertad condicional. Las evaluaciones iniciales sugieren que el enfoque de Oregón ha tenido un impacto significativo en la reincidencia allí” (Travis, 1999)”.

Fuente: Travis, J. (1999). Case Management in the Criminal Justice System. National Institute of Justice. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/173409.pdf>



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe consultar la página 256 del Manual del participante. El objetivo del ejercicio es animar a los participantes a reflexionar. Se necesita un instructor que facilite el debate y anote las respuestas de los participantes en el rotafolio.

Diga

Quizá hayan notado que nos referimos a este curso como de Gestión de Caso y Atención Integral y no como de simple gestión de casos.

Pregunta

¿Qué cree que significa la Atención?



Diga

“Atención” tiene múltiples significados y vamos a repasarlos.

“Atención” se vincula con **atención sanitaria** porque la Gestión de Caso y Atención Integral conecta a las personas participantes con los servicios de salud y tratamiento, según proceda. El hecho de que el aspecto de atención acompañe al caso ayuda a aclarar que no se refiere a la gestión normal de casos. Deja claro para las autoridades de justicia que la atención es un componente clave y no un simple elemento adicional.

“Atención” significa **cuidar** de la persona participante. La Gestión de Caso y Atención Integral consiste en trabajar en torno a las necesidades de las personas participante, proporcionándoles no solo servicios, sino también escuchándoles sin juzgarles y apoyándoles para que reconstruyan sus vidas. Esto incluye averiguar las necesidades y oportunidades de las personas participantes.

“Atención” se relaciona con los **desafíos**: Se refiere a los desafíos que encuentra la persona participante, las dudas, las dificultades económicas y el estigma, por mencionar algunos.

“Atención” se relaciona con las **comunidades**: Las comunidades son el lugar donde queremos que la persona participante se reintegre. Queremos que el la persona participante sea un miembro productivo de la sociedad y las comunidades son una parte esencial para lograr este objetivo. Ayudan a apoyar y sostener a la persona participante, proporcionan oportunidades de trabajo, grupos de apoyo entre pares, asistencia espiritual y ofrecen un modelo positivo de tiempo libre.

“Atención” se relaciona con la **coherencia**: La Gestión de Caso y Atención Integral debe ofrecer un proceso estandarizado, al tiempo que garantiza una intervención personalizada. ¿Cómo pueden lograrlo? Trabajando en los valores fundamentales. Más adelante hablaremos de estos valores fundamentales que impregnan la Gestión de Caso y Atención Integral.

“Atención” se relaciona con **elementos críticos**, que son los pasos de la Gestión de Caso y Atención Integral. Pero lo más importante es que “atención” está relacionada con la persona participante.



La Gestión de Caso y Atención Integral y los modelos clásicos de gestión de casos

- Modelo de intermediación/generalista
- Modelo basado en fortalezas
- Modelo clínico/de rehabilitación
- Modelo de tratamiento asertivo comunitario



OEA | CIDAD



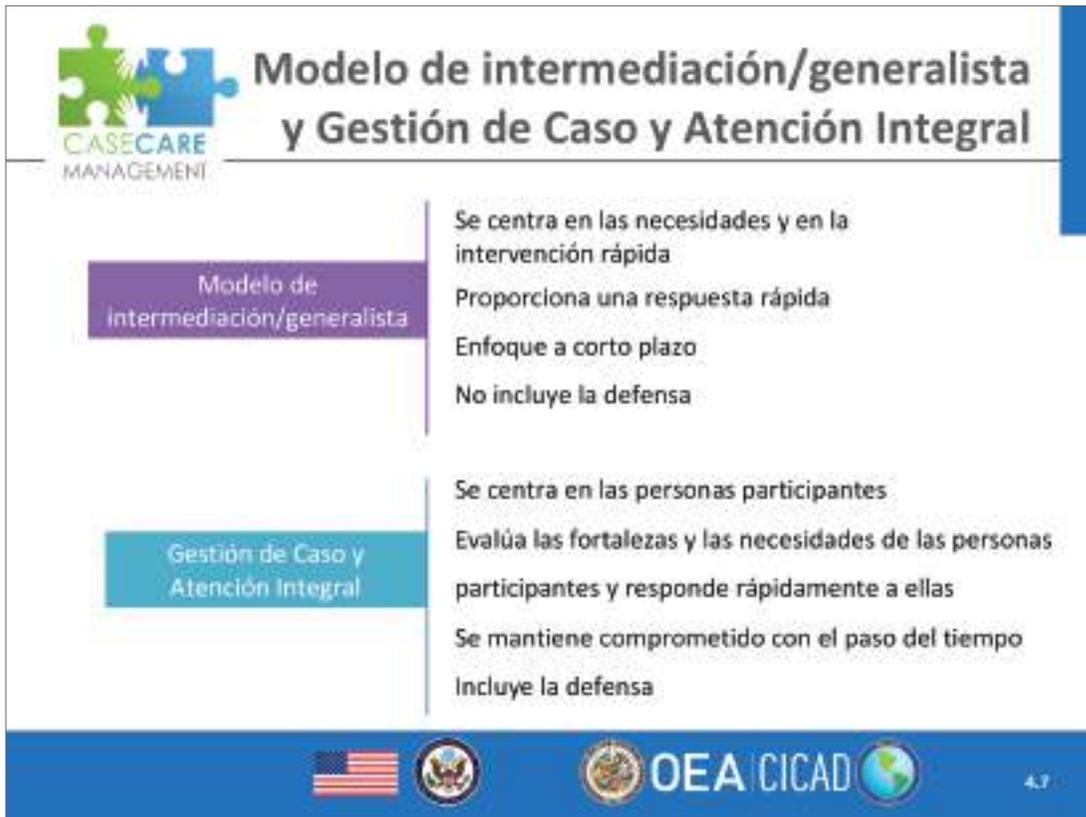
4.6

Diga

La Gestión de Caso y Atención Integral se basa en los modelos clásicos de gestión de casos y los convierte en una forma de gestión de casos especializada, lo que crea una mezcla única de valores y funciones.

A continuación veremos qué elementos han sido fundamentales y qué retos nos han ayudado a encontrar mejores respuestas y soluciones.

Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) (2000) Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment, Treatment Improved Protocols TIPS 27. Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias, disponible (en inglés) en <https://store.samhsa.gov/product/TIP-27-Comprehensive-Case-Management-for-Substance-Abuse-Treatment/SMA15-4215>



Diga

El modelo **intermediario/generalista** trata de identificar las necesidades de las personas participantes y les ayuda a acceder a los recursos identificados.

Este modelo permite un enfoque de **respuesta rápida** que proporciona resultados inmediatos a las personas participantes al ponerlas en contacto con programas o servicios que les proporcionarán apoyo continuo.

Sin embargo, el modelo de intermediación/generalista se considera a veces inferior debido a la naturaleza limitada de la relación persona participante-**gestor de casos** y a la **ausencia de abogacía**.

Gestión de Caso y Atención Integral incorpora los siguientes elementos del modelo de intermediación/generalista: La persona participante **sigue siendo el centro** del proceso y se le presta mucha atención para satisfacer sus necesidades.

Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). (2000) Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment, Treatment Improved Protocols TIPS 27. Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias, disponible (en inglés) en <https://store.samhsa.gov/product/TIP-27-Comprehensive-Case-Management-for-Substance-Abuse-Treatment/SMA15-4215>

A lo largo de la evaluación, la planificación y la derivación que implica la Gestión de Caso y Atención Integral, se identifican las necesidades de la persona participante y se responde a ellas **de manera oportuna**.

Basándose en los retos del modelo de intermediación/generalista, la **Gestión de Caso y Atención Integral** también añade lo siguiente a su modelo:

La defensa de la persona participante es uno de los elementos y funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral.

La Gestión de Caso y Atención Integral establece una **relación genuina con la persona participante** basada en el máximo **respeto**. Esta relación continúa **a lo largo del tiempo**, convirtiendo al/la Gestor/a de Caso y Atención Integral en el principal punto de contacto para la persona participante.

Instrucciones de enseñanza: Los instructores podrían utilizar sus competencias profesionales y sus habilidades de relación para sacarlas a la luz y hablar de cuáles son las prioridades y por qué se han seleccionado.



Diga

El **modelo basado en fortalezas** se desarrolló originalmente para ayudar a las personas con **enfermedades mentales** persistentes a pasar del cuidado en una institución psiquiátrica a una vida independiente.

El modelo ofrece a las personas participantes apoyo para **tomar el control directo** de su búsqueda de recursos, como la vivienda y el empleo.

Examina **las fortalezas de las personas participantes** y determina las aptitudes que pueden utilizar para obtener recursos.

El modelo hace hincapié en la relación persona participante-gestor/a de casos.

La **Gestión de Caso y Atención Integral** incorpora los siguientes elementos del modelo basado en fortalezas:

Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). (2000). Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment, Treatment Improved Protocols TIPS 27. Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias, disponible (en inglés) en <https://store.samhsa.gov/product/TIP-27-Comprehensive-Case-Management-for-Substance-Abuse-Treatment/SMA15-4215>

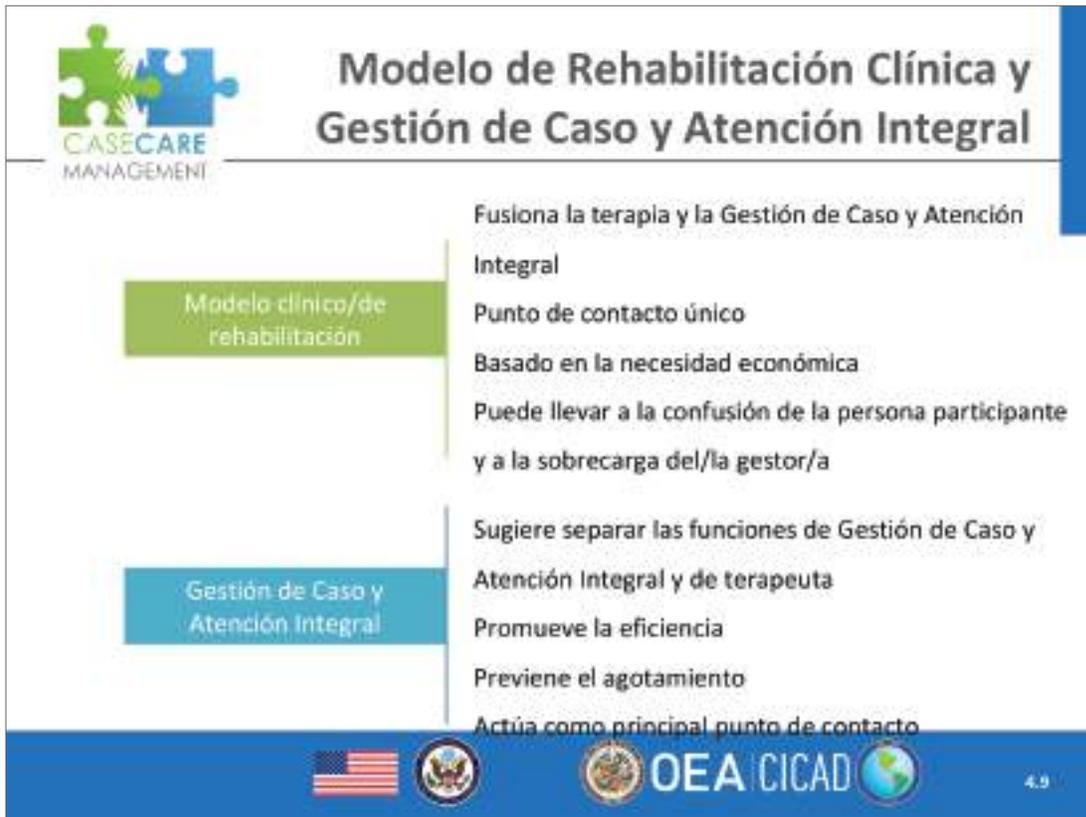
La Gestión de Caso y Atención Integral apoya a la persona participante para que logre una **vida independiente como miembro proactivo de la sociedad, se aleje del consumo problemático de sustancias y sea** resiliente con respecto al comportamiento delictivo.

En el paso de planificación, la Gestión de Caso y Atención Integral evalúa y se basa en las fortalezas de la persona participante para crear un plan de tratamiento y servicios “personalizado y flexible” a fin de ayudarle a alcanzar sus objetivos personales y del programa.

La Gestión de Caso y Atención Integral crea una **relación sólida entre la persona participante y el/la gestor/a de casos que perdura en el tiempo.**

Instrucciones de enseñanza: Los instructores podrían añadir ejemplos de la importancia de la alianza terapéutica tomados de su propia experiencia para ayudar a relacionarse con los participantes.

Instrucciones de enseñanza: Los instructores podrían mencionar que la página de referencia 4.2 proporciona más información y una visión general de los modelos descritos.



Diga

Los enfoques clínicos/de rehabilitación de la gestión de casos son aquellos en los que **las actividades clínicas (terapia) y de adquisición de recursos (gestión de casos) se fusionan y que una misma persona aborda.**

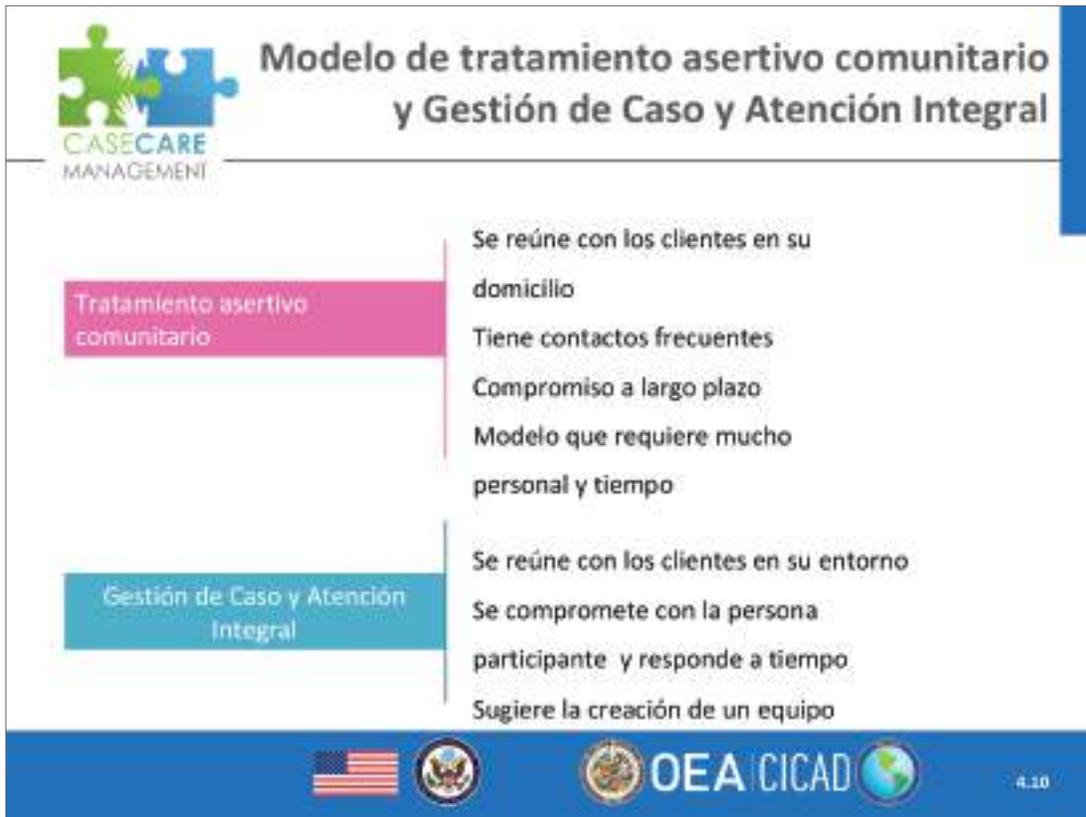
El enfoque clínico/de rehabilitación ha sido ampliamente utilizado en el tratamiento de personas con diagnósticos de **abuso de sustancias y problemas psiquiátricos.**

Una ventaja de este modelo es que la persona participante solo tiene **un punto de contacto que lo gestiona todo.**

El número de casos debe ser reducido, ya que la prestación de múltiples servicios requiere mucho tiempo. **Este modelo se utiliza a menudo por defecto, porque muchos programas de tratamiento de TCS no contratan a personas exclusivamente para prestar servicios de gestión de casos. En estos casos, la carga de trabajo suele ser elevada, lo que puede provocar el agotamiento del consejero.**

Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). (2000). Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment, Treatment Improved Protocols TIPS 27. Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias, disponible (en inglés) en <https://store.samhsa.gov/product/TIP-27-Comprehensive-Case-Management-for-Substance-Abuse-Treatment/SMA15-4215>.

Instrucciones de enseñanza: Los instructores podrían relacionar este modelo con los modelos de desistencia y recuperación (D&R) hablando de cómo en los modelos de fortalezas se utilizan las fortalezas existentes para abordar las necesidades insatisfechas y al hacerlo se construye el empoderamiento.



Diga

El modelo de tratamiento asertivo comunitario (TAC) implica el contacto con en sus hogares y entornos cotidianos.

Se centra en los **problemas de la vida cotidiana. La defensa asertiva es importante.**

La carga de trabajo debe ser ligera.

El/la gestor/a de caso y la persona participante tienen contacto frecuente.

Se sigue un enfoque de equipo con cargas de trabajo compartidas.

Los gestores generalmente **se comprometen a largo plazo con las personas participantes**, aunque actualmente existen algunas adaptaciones del TAC de duración limitada.

El TAC puede utilizarse para personas que se enfrentan a considerables barreras para acceder o participar en el tratamiento.

El modelo de TAC se ha utilizado en Estados Unidos con personas en libertad condicional que tienen un historial de consumo de drogas inyectables. Los gestores de caso proporcionaron servicios de asesoramiento directo y trabajaron con las personas participantes para ayudarles a desarrollar habilidades para funcionar con éxito en la comunidad. El personal de gestión de caso también realizó consultas a las familias y brindó servicios de intervención en caso de crisis. Además, se organizaron sesiones de grupo para brindar formación en áreas como el empleo y la prevención de recaídas.

El TAC es un modelo **que requiere mucho personal y tiempo.**

Basado en los puntos fuertes del modelo de tratamiento asertivo comunitario:

La Gestión de Caso y Atención Integral **crea una auténtica relación con la persona participante** a lo largo del tiempo y se compromete con él/ella en múltiples entornos, incluidos sus hogares y comunidades.

A lo largo de los pasos de evaluación, planificación y derivación de la Gestión de Caso y Atención Integral, se identifican las necesidades inmediatas la persona participante se responde a ellas de manera oportuna y se consiguen los servicios de derivación que sean necesarios y se discuten con la persona participante.

La Gestión de Caso y Atención Integral **se compromete con la persona participante y aboga por ella** con múltiples partes interesadas, como la autoridad judicial, los proveedores de servicios y los empleadores, por mencionar algunos.

La Gestión de Caso y Atención Integral **ayuda a la persona participante a entender y navegar por el sistema judicial y de salud para superar las barreras de acceso a la información y los servicios**. La Gestión de Caso y Atención Integral también **se compromete con la familia de la persona participante** y/o la red de apoyo en la comunidad, que se consideran elementos cruciales para el éxito de la reintegración social de la persona participante.

Basado en los puntos fuertes del modelo de tratamiento asertivo comunitario:

Según la cultura de cada país, la Gestión de Caso y Atención Integral puede sugerir la creación de **un equipo profesional de dos personas para reunirse con la persona participante**.

La Gestión de Caso y Atención Integral recomienda evaluar el número máximo de casos que se pueden gestionar en función de los recursos disponibles y de la capacidad institucional.

La Gestión de Caso y Atención Integral **invierte en la formación inicial y continua de las y los Gestores de Caso y Atención Integral y sugiere acceder a una supervisión de apoyo para aumentar la resiliencia**.

Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). (2000) Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment, Treatment Improved Protocols TIPS 27. Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias, disponible (en inglés) en <https://store.samhsa.gov/product/TIP-27-Comprehensive-Case-Management-for-Substance-Abuse-Treatment/SMA15-42155>



Diga

La Gestión de Caso y Atención Integral se define por un conjunto de valores fundamentales:

- Enfoque en la persona participante
- Enfoque en la atención
- Humildad como fundamento cultural
- Defensa transversal entre varios sistemas
- Un único punto de contacto y apoyo de equipo
- Base comunitaria
- Pragmatismo
- Apego a la realidad
- Flexibilidad

Diga

Vamos a detallar cada uno de estos puntos.



Enfoque en la persona participante



La persona participante está en el centro

Abordar las necesidades de los/las participantes y aprovechar sus puntos fuertes

Sigue un proceso basado en la evidencia

Considera las opciones viables con la persona



participante



OEA | CICAD



4.12

Diga

La persona participante está en el centro de la Gestión de Caso y Atención Integral y todas las acciones están pensadas para servir a ella y a sus mejores intereses.

La Gestión de Caso y Atención Integral responde a las necesidades de la persona participante y a su evolución en el tiempo, tanto a corto como a medio y largo plazo.

La Gestión de Caso y Atención Integral ayuda la persona participante a comprender, identificar y clarificar las opciones a partir de evaluaciones basadas en pruebas, creando un plan de tratamiento y remitiéndolo a los servicios pertinentes.



Diga

La Gestión de Caso y Atención Integral ofrece un entorno acogedor, un sentimiento de comprensión y atención.

Durante todo el proceso de Gestión de Caso y Atención Integral, la persona participante se sentirá acogida, respetada y atendida.

La persona participante sabrá con quién ponerse en contacto y dónde acudir en caso de necesidad.



Humildad como fundamento cultural



- Más allá de la sensibilidad cultural
- Basado en el respeto interpersonal, la autorreflexión y la colaboración
- Reconoce la autonomía de la persona participante



OEA | CIDAD



4.14

Diga

La humildad cultural va más allá de la simple sensibilidad cultural.

La humildad cultural se ha definido como un proceso de larga duración de autorreflexión, autocrítica, evaluación continua de los desequilibrios de poder y desarrollo de relaciones y asociaciones mutuamente respetuosas.

La humildad cultural implica múltiples elementos, como la motivación para aprender de los demás, el autoexamen crítico de la conciencia cultural, el respeto interpersonal, el desarrollo de asociaciones mutuas para abordar los desequilibrios de poder y la apertura a nueva información cultural.

La Gestión de Caso y Atención Integral aprecia y trata las diferencias culturales con respeto. Funciona con sensibilidad cultural, animando a las personas participantes a participar activamente en el proceso de planificación y reconociéndoles como dueños de su camino hacia la recuperación. Es especialmente importante tener en cuenta la distinción entre saber y suponer, así como aprender de la persona participante, escuchando y cuestionando los posibles prejuicios de la propia mente.

Fuentes:

Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2) 117-125.

Mosher, D. K., Hook, J. N., Captari, L. E., Davis, D. E., DeBlaere, C., & Owen, J. (2017). Humildad cultural: A therapeutic framework for engaging diverse clients. *Practice Innovations*, 2(4), 221–233. <https://doi.org/10.1037/pri0000055>.



Defensa transversal



- Defensa a múltiples niveles y con diversas partes interesadas
- Sensibilización y formación de los proveedores de servicios
- Comunicación regular
- Proporciona directrices basadas en la investigación



4.15

Diga

La Gestión de Caso y Atención Integral defiende a las personas participantes en diferentes niveles dentro del sistema judicial, el sistema de salud pública y los servicios sociales, teniendo siempre en cuenta sus mejores intereses.

Se comunica constantemente con otros sistemas o con las partes interesadas pertinentes, ayuda a las personas participantes a navegar y entender los sistemas y proporciona información e indicaciones para acceder a los servicios.



Punto de contacto único

Oficina de Gestión de Caso y Atención Integral



- Un punto de contacto claro para el cliente
- Garantiza la continuidad
- Promueve la coordinación con otros actores



OEA/CICAD



4.18

Diga

La persona participante puede contar con el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral como único punto de contacto. Aunque puede haber un equipo de personas involucradas, una sola persona debe ser considerada como el principal punto de contacto para la persona participante.

La persona participante debe saber dónde ir y con quién reunirse para hacer preguntas. Esto también garantiza la continuidad desde el principio hasta el final del programa.

Una ventanilla única favorece la coordinación con otros agentes, como los servicios sanitarios y sociales o la autoridad judicial.



Base comunitaria



- Desarrolla relaciones en las comunidades donde viven las personas participantes
- Garantiza que las personas participantes se pongan en contacto con los recursos clave que apoyarán su integración a largo plazo
- Construye comunidades acogedoras para las personas participantes



4.17

Diga

Las y los Gestores de Caso y Atención Integral se conectan con la comunidad y visitan a las personas participantes en su propio entorno (por ejemplo, visitas a domicilio, reuniones en la cafetería local o para almorzar cerca de su trabajo).

También elaboran acuerdos de servicio con los proveedores de tratamiento y recuperación y con las agencias de servicios sociales y sanitarios, además de garantizar una transición fluida entre los servicios y el tratamiento.

La Gestión de Caso y Atención Integral de atención trabaja para crear comunidades inclusivas, superar el estigma y fomentar la aceptación y la solidaridad. El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debería trabajar para convertirse en una figura conocida y respetada en todos los sistemas (justicia, servicios sanitarios y sociales y comunidades).



- Comprende las prioridades
- Trabaja con las personas participantes para resolver problemas específicos e inmediatos
- Equilibra el enfoque a corto plazo con el enfoque a largo plazo



Diga

La Gestión de Caso y Atención Integral ayuda a priorizar las necesidades y los objetivos. Da prioridad a la comprensión de los aspectos de la vida de las personas participantes que necesitan atención inmediata y resuelve los problemas específicos e inmediatos, sin dejar de mantener un enfoque a largo plazo.



Apego a la realidad

- Entiende los TCS
- Anticipa las crisis y los obstáculos
- Comprende que las personas participantes trabajan a su propio ritmo
- Trabaja con las personas participantes para establecer objetivos realistas y manejables



OEA | CIDAD



4.19

Diga

La Gestión de Caso y Atención Integral es realista porque:

- Reconoce y comprende el curso natural de un TCS como un proceso, que incluye la recaída.
- Prevé y aborda los problemas y se coordina con el equipo de tratamiento en la prevención y gestión de crisis.
- Comprende y respeta la necesidad de las personas participantes de trabajar a su propio ritmo y establecer sus propias prioridades
- Ayuda a establecer objetivos realistas y manejables, con revisión y flexibilidad incorporadas
- Incluye la perspectiva de la persona participante en la evaluación y definición del éxito

Flexibilidad

CASECARE MANAGEMENT

- Se adapta a las necesidades individuales
- Reevalúa constantemente los progresos realizados y los reajusta si es necesario

4.20

Diga

La Gestión de Caso y Atención Integral es flexible por las siguientes razones:

- Es capaz de adaptarse a las necesidades y al progreso (o a la falta de él) de cada persona.
- Se reevalúa constantemente con una evaluación continua y, cuando no se producen avances o surgen problemas, se revisa y se reajusta.
- El tratamiento y la recuperación del consumo de drogas no son un viaje lineal. Estén preparados para los contratiempos.
- Un Gestor de Casos y Atención Integral sabe qué hacer cuando una persona participante tiene una recaída. Los gestores no abandonan a las personas participantes que tienen una recaída, sino que encuentran la manera de volver a encarrilarlos

Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral



Diga

Ahora es el momento de trabajar en su propia definición de la Gestión de Caso y Atención Integral. Por favor, trabajen solo durante dos minutos, repasen el material del módulo y escriban sus ideas. A continuación, formen grupos para compartir ideas y escriban una definición común para su grupo que se compartirá con todos los participantes.



Las cuestiones clave que se abordarán en el ejercicio son las siguientes:

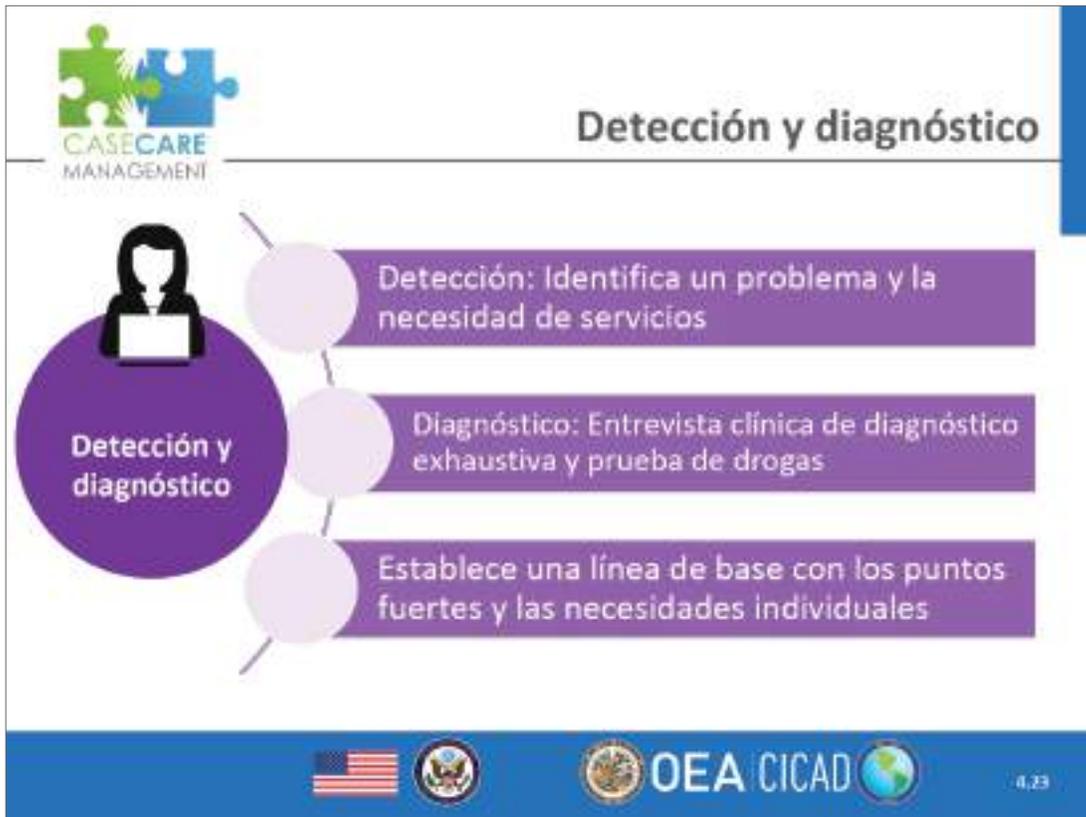
1. ¿Cuál es, en sus propias palabras, la definición de la Gestión de Caso y Atención Integral, haciendo una lluvia de ideas sobre los valores fundamentales proporcionados en el Módulo 4?
2. ¿Qué definiciones de la gestión de casos les resultan cercanas a ustedes y a su trabajo?
3. ¿Reconocen algunos puntos en común con los programas de sus países?
4. ¿Cómo pueden estos puntos en común facilitar el trabajo de Gestión de Caso y Atención Integral?

Instrucciones de enseñanza: El instructor debe consultar la página 256 del Manual del participante. El instructor debe dejar dos minutos para la reflexión personal, 10 minutos para el ejercicio de grupo y el tiempo restante para informar a todo el grupo y debatir. El tiempo total previsto para este ejercicio es de 30 a 35 minutos.



Diga

Tras analizar los valores fundamentales de la Gestión de Caso y Atención Integral, nos centraremos ahora en sus elementos críticos, concretamente en sus pasos y funciones. Estos incluyen la diagnóstico y la evaluación, la planificación, la vinculación, el seguimiento continuo, el compromiso y la abogacía, y la evaluación y la finalización.



Diga

Detección y diagnóstico no son sinónimos. Tienen diferentes significados, pero se agrupan porque están estrechamente relacionados entre sí. La diferencia entre la detección y la evaluación es la siguiente:

La **detección** trata de identificar únicamente si existe un problema y qué seguimiento es necesario.

El **diagnóstico** trata de identificar con la mayor precisión posible la naturaleza de un TCS y otros problemas, así como el nivel de intervención que puede ser necesario.

El **diagnóstico** presenta un amplio conjunto de preguntas que abarcan una serie de campos para crear una mejor comprensión de las necesidades de la persona participante y una imagen realista de la situación. También incluye una prueba de drogas.

El **diagnóstico** es la base de la Gestión de Caso y Atención Integral. Funciona como línea de base para los demás pasos y para medir el progreso de la persona participante.



Diga

Basándose en los resultados de la evaluación, la planificación de la Gestión de Caso y Atención Integral debe incluir la identificación de los principales problemas y fortalezas de las personas participantes.

La planificación implica que la persona participante aclare sus objetivos personales, explique los objetivos del programa y compruebe que están de acuerdo.

También ayuda a la persona participante a crear un plan de tratamiento que se ajuste a sus necesidades y a los servicios disponibles.



Diga

En la vinculación, la Gestión de Caso y Atención Integral:

- Pone en contacto a la persona participante con los proveedores de tratamiento y servicios en función de sus necesidades y de la disponibilidad de los mismos.
- Trabaja para eliminar las barreras y/o trabajar alrededor de ellas de manera eficiente.
- Asegura una transición fluida al tratamiento para la persona participante.
- Realiza derivaciones “cálidas”, asegurándose de que se satisfacen las necesidades y expectativas de las personas participante. Cuando hablamos de “cálidas”, nos referimos a la actitud acogedora, sin prejuicios y orientada a la resolución de problemas, que hace que las personas participante se sientan comprendidas y cuidadas.



Diga

Con respecto al seguimiento continuo, la Gestión de Caso y Atención Integral:

- Mantiene una comunicación constante con todas las partes interesadas, incluidos los proveedores de tratamiento y servicios, la persona participante y el poder judicial.
- Supervisa las recaídas y los abandonos del tratamiento y sus causas.
- Supervisa la calidad de los servicios de los proveedores de tratamiento y actualiza el registro de derivación en consecuencia.



Diga

El compromiso y la abogacía son elementos transversales en la Gestión de Caso y Atención Integral. Entre estas se encuentran las siguientes:

- Educar a las personas participantes para que se desenvuelvan en el sistema y adquieran conocimientos y habilidades para la vida hacia la autonomía.
- Expresar su opinión sobre los temas que le preocupan en nombre de la persona participante
- Interactuar a diferentes niveles en los sistemas y con múltiples actores: en el sistema judicial y salud y en los programas, las familias y las comunidades, teniendo siempre en cuenta la mejor opción para la persona participante.



Diga

La evaluación recurrente es un componente clave de la Gestión de Caso y Atención Integral. Disponer de un sistema de evaluación integrado es útil para optimizar los recursos. Tener claro qué es importante evaluar y a quién va dirigido ayuda a crear indicadores y a recoger los datos adecuados. Permite avanzar, identificar fácilmente los elementos críticos, generar estadísticas y evaluar los resultados de la Gestión de Caso y Atención Integral.



Diga

De acuerdo con los objetivos y expectativas del programa, la Gestión de Caso y Atención Integral se ocupará de la finalización del programa e informará a la autoridad judicial y a otras partes interesadas clave de la finalización satisfactoria del programa. Esto depende de las leyes locales y nacionales aplicables y del grado de integración de la Gestión de Caso y Atención Integral en el sistema judicial. En ese caso, la “finalización con éxito” del programa podría significar evitar nuevos cargos penales durante un determinado periodo de tiempo, la finalización de los cargos o la finalización del tratamiento.

La Gestión de Caso y Atención Integral trabaja con las personas participantes hasta la finalización del programa (con éxito, neutro y sin éxito) y garantiza la transición a un apoyo a largo plazo basado en la comunidad y dirigido por la persona participante.

Crea un mecanismo de contacto con las personas participantes que terminaron el programa para recabar información sobre su situación durante la reinserción social

Evalúa los resultados a largo plazo de la Gestión de Caso y Atención Integral



OEA | CIDAD



Diga

Las actividades de seguimiento tras la finalización del programa son deseables, pero pueden depender de cada programa. Hay casos en los que un seguimiento después de tres, seis o doce meses con la persona participante forma parte del programa de evaluación, pero en otros, el seguimiento no está institucionalizado y se deja a la iniciativa personal. Lo ideal sería un seguimiento en la comunidad, pero debería incluirse en la planificación del programa para garantizar que haya recursos disponibles y una oportunidad para llevarlo a cabo.

Si el seguimiento está integrado en la evaluación, permite medir los resultados a largo plazo de la Gestión de Caso y Atención Integral en la reducción de la reincidencia y la promoción de la reintegración con éxito.



Conclusión y preguntas



OEA | CICAD



4.31

Diga

Tenemos unos minutos antes de cerrar la sesión para responder a las preguntas que puedan tener.

DEFINICIÓN DE LA GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL

Página de recursos 4.1 Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral

La Gestión de Caso y Atención Integral es una forma de gestión especializada de casos y se basa en la larga y rica historia. En los últimos 35 años, el término gestión de casos se ha utilizado ampliamente para describir un método de prestación de servicios y un conjunto de funciones asumidas por un proveedor de servicios. La gestión de casos también se denomina gestión de casos clínicos, coordinación de servicios o mejora psicosocial integral (Plan Colombo, 2017)

¿Qué es la gestión de casos?

SAMHSA TIP 27. Definiciones de la gestión de casos (Plan Colombo, 2017)

- **Planificar y coordinar** un paquete de servicios sanitarios y sociales individualizados para satisfacer las necesidades de una persona participante en concreto (Moore, 1990).
- **“Ayudar a las personas cuyas vidas son insatisfactorias o improductivas debido a la presencia de muchos problemas que requieren la asistencia de varios ayudantes a la vez”** (Ballew y Mink, 1996).
- **“Monitorización, seguimiento y apoyo a un individuo a lo largo de su tratamiento y después de éste”** (Ogborne y Rush, 1983)
- **Ayudar al individuo a recuperar conciencia de recursos internos** como la inteligencia, la competencia y la capacidad de resolver problemas; establecer y negociar líneas de funcionamiento y comunicación entre el/la paciente y los recursos externos; y abogar por esos recursos externos para mejorar la continuidad, la accesibilidad, la responsabilidad y la eficacia de esos recursos (Rapp et al., 1992).
- **Evaluar las necesidades de la persona participante y de su familia**, cuando proceda, y organizar, coordinar, supervisar, evaluar y defender un paquete de servicios múltiples para satisfacer las complejas necesidades del individuo en específico (National Association of Social Workers, 1992).

A lo largo de las últimas décadas, tanto la práctica clínica como las observaciones empíricas han respaldado los hallazgos que muestran un número cada vez mayor de personas participantes con trastornos por consumo de sustancias (TCS) que circulan por el sistema judicial por delitos no violentos. La Gestión de Caso y Atención Integral trabaja con la persona participante, el sistema judicial, el sistema sanitario y las comunidades para evaluar las necesidades, crear un plan de tratamiento y servicios, comprometerse con las personas participantes, establecer conexiones y materializar las oportunidades con el objetivo general de aumentar la recuperación y apoyar la integración social de las personas con TCS”.

La Gestión de Caso y Atención Integral **incluye algunos de los elementos y funciones de la gestión de casos, lo que crea un nuevo modelo centrado en el individuo que se inscribe en un enfoque multisistémico e incluye** a múltiples partes interesadas para evaluar, planificar y responder de manera oportuna y adecuada a las complejas necesidades de la persona participante (incluidos los factores biopsicosociales, por ejemplo, la falta de vivienda, empleo, educación, apoyos sociales y familiares, así como los trastornos de salud y mentales, incluidos los trastornos relacionados con el trauma). **La Gestión de Caso y Atención Integral aboga** por la persona participante y sigue sus intereses, comprometiéndose con la persona participante, promoviendo la comprensión del sistema judicial y de salud para asegurar el acceso al tratamiento y los servicios. La defensa es una de las características clave de la Gestión de Caso y Atención Integral y no se limita a hablar en nombre de la persona participante, sino que tiene como objetivo crear servicios que se adapten al individuo, en lugar de que este se adapte a los existentes. **La Gestión de Caso y Atención Integral está basada en la comunidad y orientada a ella para lograr la integración exitosa de la persona participante.**

MODELO DE INTERMEDIACIÓN/GENERALISTA

Características principales del modelo de intermediación/generalista (Plan Colombo 2012)

- El modelo de intermediación/generalista trata de **identificar las necesidades de las personas participantes** y les ayuda a acceder a los recursos identificados.
- Este modelo permite **un enfoque de respuesta rápida** que proporciona **resultados inmediatos** a las personas participantes al ponerlas en contacto con programas o servicios que les proporcionarán apoyo continuo.
- La planificación puede limitarse a los primeros contactos de la persona participante con el/la gestor/a de caso en lugar de una relación intensiva a largo plazo. La planificación se centra en conectar a la persona participante con otro programa o servicio.
- El seguimiento continuo, si se realiza, es bastante breve y no incluye una defensa activa.
- **Sin embargo, el modelo de intermediación/generalista se considera a veces inferior debido a la naturaleza limitada de la relación persona participante-gestor de casos y a la ausencia de defensa.**
- No obstante, este enfoque comparte los fundamentos básicos de la gestión de casos y ha demostrado su utilidad en situaciones concretas.

Gestión de Caso y Atención Integral incorpora los siguientes elementos del modelo de intermediación/generalista:

- **La persona participante está en el centro del proceso y se presta mucha consideración y atención a sus necesidades.**
- A lo largo de los pasos de la Gestión de Caso y Atención Integral, la evaluación, la planificación y la derivación, **se identifica y responde a las necesidades de la persona participante de manera oportuna.**
- La planificación es un elemento fundamental de la Gestión de Caso y Atención Integral: la persona participante no es un ente pasivo, sino que se compromete y, con el tiempo, asume cada vez más responsabilidades, convirtiéndose en el protagonista del cambio.

Partiendo de los retos del modelo de intermediación/generalista, la Gestión de Caso y Atención Integral añade en su modelo lo siguiente:

- **La defensa como uno de los elementos y funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral**
- La Gestión de Caso y Atención Integral establece una **relación genuina con la persona participante** basada en el **respeto** y las relaciones que perduren **en el tiempo**, siendo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral el principal punto de contacto para el individuo.

MODELO BASADO EN FORTALEZAS

Características principales del modelo basado en fortalezas (Plan Colombo 2012):

- La perspectiva basada en fortalezas se desarrolló originalmente para ayudar a las personas con **enfermedades mentales persistentes** a pasar del cuidado en una institución psiquiátrica a una vida independiente.
- El modelo ofrece a las personas participantes apoyo para tomar el control directo de su búsqueda de recursos como la vivienda y el empleo.
- **Examina las fortalezas de las personas participantes y determina las aptitudes que pueden utilizar para obtener recursos.**
- El modelo basado en fortalezas fomenta el uso de redes de ayuda informales (en contraposición a las redes institucionales) para ayudar a las personas participantes a tomar el control y encontrar sus fortalezas.
- **El modelo hace hincapié en la relación persona participante -gestor.**

La Gestión de Caso y Atención Integral incorpora los siguientes elementos del modelo basado en fortalezas:

- El objetivo final de la Gestión de Caso y Atención Integral es **apoyar a la persona participante para que logre una vida independiente como miembro productivo de la sociedad, manteniéndose alejado del consumo problemático de sustancias y siendo resistente al comportamiento delictivo.**
- **La Gestión de Caso y Atención Integral trabaja con una red de partes interesadas en el enfoque multisistémico para garantizar que todas las necesidades de las personas participantes puedan encontrar soluciones adecuadas, incluyendo el empleo y la vivienda**
- A través del proceso de planificación, la Gestión de Caso y Atención Integral evalúa y se basa en las fortalezas de las personas participantes para crear **un plan de tratamiento y de servicios personalizado y flexible** para ayudar las personas participantes a alcanzar sus objetivos personales y del programa.
- La Gestión de Caso y Atención Integral crea **una relación sólida entre la persona participante y el gestor de casos que perdure en el tiempo.**

MODELO CLÍNICO/DE REHABILITACIÓN

Características principales del modelo clínico/de rehabilitación (Plan Colombo 2012):

- Los enfoques clínicos/de rehabilitación de la gestión de casos son aquellos en los que **las actividades clínicas (terapia) y de adquisición de recursos (gestión de casos) se fusionan y que una misma persona aborda.**

- El enfoque clínico/de rehabilitación ha sido ampliamente utilizado en el tratamiento de personas con diagnósticos de **trastorno por consumo de sustancias y problemas psiquiátricos**.
- Una ventaja es que la persona participante solo tiene **un punto de contacto dentro de un programa**.
- El número de casos debe ser reducido, ya que la prestación de múltiples servicios requiere mucho tiempo.
- **Este modelo se utiliza a menudo por defecto, porque muchos programas de tratamiento de TCS no contratan a personas para prestar solo servicios de gestión de casos. En estos casos, el número de casos suele ser elevado, lo que puede desencadenar el agotamiento (burnout) del consejero o consejera.**

Basada en los desafíos del modelo clínico/rehabilitación, la Gestión de Caso y Atención Integral sugiere mantener separadas las funciones del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y del/la terapeuta por las siguientes razones:

- **Podría crear confusión** en la gestión de los servicios de tratamiento y Gestión de Caso y Atención Integral.
- Lleva a la **sobrecarga de casos y al agotamiento ocasional del consejero o consejera**.
- El doble trabajo requiere mucho tiempo y no es eficiente a corto y largo plazo.

Basado en los puntos fuertes del modelo clínico/de rehabilitación:

- La Gestión de Caso y Atención Integral actúa como un **punto de contacto principal para la persona participante**
- La Gestión de Caso y Atención Integral garantiza que la información constante se comparta con el proveedor de tratamiento y la autoridad judicial, según corresponda.
- **La Gestión de Caso y Atención Integral establece un mecanismo de colaboración con el proveedor de tratamiento en interés de la persona participante, supervisa los progresos de la persona participante o la falta de ellos y sugiere cambios adecuados en el plan para que la persona participante los considere.**

MODELO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (TAC)

- **Características principales del modelo de tratamiento asertivo comunitario (Plan Colombo 2012):**
- El TAC implica el contacto con las personas participantes **en sus hogares y entornos cotidianos**.
- Se centra en los **problemas de la vida diaria**.
- **La defensa asertiva es importante**.
- La carga de trabajo debe ser ligera.
- **El/la gestor/a de caso y la persona participante tienen contacto frecuente**.
- Se sigue un enfoque de equipo con cargas de trabajo compartidas.

Los gestores generalmente **se comprometen a largo plazo con las personas participantes**, aunque actualmente existen algunas adaptaciones del TAC de duración limitada.

- El TAC puede estar indicado para personas participantes que se enfrentan a barreras considerables para acceder o comprometerse con el tratamiento.

- **El modelo de TAC se ha utilizado en Estados Unidos con personas en libertad condicional** que tienen un historial de consumo de drogas inyectables. Los gestores de caso proporcionaron servicios de asesoría directos y trabajaron con las personas participantes para ayudarles a desarrollar habilidades para funcionar con éxito en la comunidad. El personal de gestión de caso también realizó consultas a las familias y brindó servicios de intervención en caso de crisis. Además, se organizaron sesiones de grupo para brindar formación en áreas como el empleo y la prevención de recaídas.
- El TAC es un modelo que **requiere mucho personal y tiempo**.

Basado en los puntos fuertes del modelo de tratamiento asertivo comunitario:

- **La Gestión de Caso y Atención Integral crea una auténtica relación con la persona participante** que perdura en el tiempo y genera un contacto con las personas participantes en múltiples entornos, incluidos sus hogares y comunidades.
- A lo largo de los pasos de la Gestión de Caso y Atención Integral, la evaluación, la planificación y la derivación, **la Gestión de Caso y Atención Integral identifica y responde a las necesidades inmediatas de las personas participantes de manera oportuna y asegura la derivación a los servicios según corresponda y según lo discutido y planificado con la persona participante.**
- **La Gestión de Caso y Atención Integral se compromete con la persona participante** y aboga por ella ante múltiples partes interesadas, como las autoridades judiciales, los proveedores de servicios y los empleadores, entre otros.
- **La Gestión de Caso y Atención Integral ayuda a la persona participante a entender y navegar por el sistema judicial y de salud para superar las barreras de acceso a la información y los servicios.**
- **La Gestión de Caso y Atención Integral se compromete con la familia de la persona participante** y la red de apoyo en la comunidad que proporcionan elementos cruciales para su integración social exitosa.

Basado en los puntos fuertes del modelo de tratamiento asertivo comunitario:

- Según la cultura del país, la Gestión de Caso y Atención Integral podría sugerir la creación de **un equipo profesional de dos personas para reunirse con la persona participante.**
- La Gestión de Caso y Atención Integral recomienda **evaluar el número máximo de casos** a tratar en función de los recursos disponibles y de la capacidad institucional.
- **La Gestión de Caso y Atención Integral invierte en la formación inicial y continua de las y los Gestores de Caso y Atención Integral** y sugiere aplicar una supervisión de apoyo para crear resiliencia.



MÓDULO 5

Funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral

Lista de control de preparación

Contenido y duración

Metas y objetivos

Diapositivas de PowerPoint

Módulo 5 Lista de control de preparación

- Revise la sección “Primeros pasos” para obtener información general sobre la preparación en la página 14 de este manual
- Vista previa del módulo 5

Módulo 5 Contenido y duración

Actividad	Tiempo
Módulo 5 – Funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral	60 minutos
Presentación: Funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral	50 minutos
Ejercicio en grupo: Cómo medir el éxito de la Gestión de Caso y Atención Integral	10 minutos

Módulo 5 Metas y objetivos

Objetivos de formación

- Presentar las funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Ilustrar y analizar estas funciones proporcionando una visión general de cómo funciona la Gestión de Caso y Atención Integral en la práctica

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el Módulo 5 serán capaces de lo siguiente:

- Comprender las funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Describir cómo se aplican las funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral



MÓDULO 5

FUNCIONES DE LA GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL



5.1

Diga

Después de definir la Gestión de Caso y Atención Integral, analizaremos ahora los elementos críticos que sustentan las funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral.

Desglosar los elementos críticos de la Gestión de Caso y Atención Integral y analizar sus funciones para entender cómo funciona en la práctica

Comprender y describir las funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral a detalle



Diga

Después de completar este módulo, espero que entiendan las funciones o pasos de la Gestión de Caso y Atención Integral y cómo funciona en la práctica. Podrán nombrar las funciones y su orden. En la página de recursos que se encuentra al final del módulo de su manual hay material adicional que les ayudará a comprender mejor lo que hay que hacer para preparar el trabajo diario de la Gestión de Caso y Atención Integral.

Instrucciones de enseñanza: El instructor debe prepararse con antelación y estar familiarizado con todas las páginas de recursos del capítulo. También debe ser capaz de dirigir a los participantes a este material durante la presentación para responder a las preguntas del público.



Diga

Aquí vemos una vez más los elementos críticos de la Gestión de Caso y Atención Integral. Veamos cómo funcionan en la práctica.

Instrucciones de enseñanza: El instructor puede preguntar a los participantes si están familiarizados con los pasos de la gestión de atención de casos. ¿Pueden nombrar los pasos? ¿Están aplicando ya algunos de estos pasos?



- La detección predice la idoneidad de la persona participante en el programa de justicia y la Gestión de Caso y Atención Integral
- El diagnóstico determina los servicios clínicos y de otro tipo necesarios
- Es necesario el consentimiento de la persona participante



Diga

Como hemos mencionado en el módulo anterior, la diferencia entre detección y evaluación es la siguiente:

La **detección** determina si existe un problema y qué tipo de seguimiento es necesario. En nuestro caso, se determina si la persona participante tiene un TCS y si cumple los requisitos para participar en el programa.



Hay una serie de herramientas de detección. Consulten la lista que aparece en la página 5.2 de Recursos para la Gestión de Caso y Atención Integral (página 144 de su Manual para participantes). Allí pueden encontrar algunos ejemplos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales. Pueden tener en cuenta estos ejemplos para llevar a cabo proyecciones preliminares que podrían utilizarse o adaptarse a sus países.

El diagnóstico debe de ser detallado. Antes de realizar el diagnóstico, se deberá informar a la persona participante sobre el proceso y obtener su consentimiento para compartir la información con el poder judicial, los proveedores de servicios de tratamiento y otros socios del programa.

La autoevaluación de la persona participante podría ayudar a explorar su percepción sobre dónde se encuentra y qué necesita en cuanto a la participación de la justicia y el TCS. La autoevaluación podría proporcionar información útil para que los gestores de caso y atención integral trabajen y sigan ayudando con ellos a lo largo del proceso.



Diga

En la diapositiva, podemos ver algunas sugerencias sobre las áreas que deberían explorarse durante el diagnóstico. La información recopilada durante el diagnóstico es clave para comprender la situación de la persona participante y sus necesidades y creará la línea de base para todas las siguientes funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral y para el seguimiento de los progresos. Echemos un rápido vistazo a estas áreas.



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe leer las categorías y las subcategorías en voz alta, interactuando con los participantes y pidiendo su opinión. El instructor debe recordar a los participantes que en la *Página de recursos 5.3 Áreas sugeridas para el diagnóstico* (p. 144) y en la *Página de recursos 5.4 Ejemplo de documento de diagnóstico* (p. 146) de su Manual del participante pueden encontrar material adicional sobre la evaluación y ejemplos de las áreas de entrevista.



Pregunta

¿Qué esperamos aprender de diagnóstico?

Diga

Una imagen general del TCS, incluyendo la sustancia principal, el nivel de uso (pasado y actual) y, eventualmente, cualquier enfermedad mental o historia de trauma. El diagnóstico también proporcionará una visión general de las necesidades básicas más urgentes que deben satisfacerse, como las condiciones médicas críticas que requieren atención médica y las necesidades básicas como vivienda, alimentos y ropa.

Evaluar la capacidad general de la persona participante de ser funcional, así como el grado de apoyo individual que necesita, es importante para determinar qué opciones de tratamiento y servicio podrían considerarse.

El diagnóstico también proporcionará una visión general de las fortalezas y las necesidades de la persona participante que pueden abordarse en la planificación del servicio.



Pregunta

¿Qué herramientas se necesitan? ¿Y qué herramientas se espera que tenga o cree el Gestor o la Gestora de Caso y Atención Integral en esta fase?

Diga

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe empezar a recopilar el expediente de la persona participante.

Puede ser en papel o en formato electrónico. Debe contener la información que se puede compartir con la persona participante (por ejemplo, información sobre sus derechos, autorización para compartir información con organizaciones o personas, consentimiento para participar en los servicios) y la información que el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral recopilará con el tiempo.

La información relativa a los resultados de la evaluación y la sugerencia de servicios, así como el informe para la autoridad judicial, se añadirán al expediente de la persona participante tras la finalización de la evaluación. Es importante recordar que el expediente de la persona participante es la última fuente de información y debe mantenerse siempre actualizado con la información relativa a los antecedentes y la evolución de la trayectoria de la persona participante. Toda la información debe encontrarse allí y debe actualizarse después de cada reunión o conversación con la persona participante, con cualquier novedad procedente de la autoridad judicial o del proveedor de servicios.



Instrucciones para la formación: El instructor debe mencionar la *Página de recursos 5.5 Ejemplo de archivo de la persona participante en la página 148 del Manual del participante*. El instructor también debe recordar a los participantes que todos los documentos de las páginas de recursos están destinados a la formación, y que podrían utilizarse y adaptarse para las iniciativas piloto de gestión de la atención de casos.



Planificación con la persona participante



Planificación

- **Comprometerse con la persona participante utilizando la entrevista motivacional:**
 - Técnica OARS:
 - **O** - Preguntas abiertas (*Open-ended questions*)
 - **A** - Afirmación
 - **R** - Reflexión
 - **S** - Resumen (*Summarizing*)
- Trabajar juntos para definir un plan de servicio individualizado
- Identificar el tratamiento adecuado y la coincidencia de servicios
- Identificar los recursos de atención y financiador
- Discutir el círculo de cuidados de la persona participante



OEA | CIDAD



5.8

Diga

La evaluación identifica las principales fortalezas y necesidades. En el proceso de planificación, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabajará con la persona participante para crear un plan de servicios y de vida.

Se podrían utilizar técnicas de entrevista motivacional para involucrar a la persona participante durante todo el proceso. El acrónimo OARS significa preguntas abiertas, afirmación, reflexión y resumen, en inglés. En el módulo 8, abordaremos las entrevistas de motivación y proporcionaremos más información sobre OARS.

La persona participante y el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral deben trabajar juntos para crear un plan de servicio individualizado dividido en pasos alcanzables.

Las opciones de tratamiento y otros servicios se revisan y se incluyen en el plan. La persona participante y el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral identifican las coincidencias de tratamiento y servicio en función de las necesidades de las personas participantes y de los servicios disponibles en el registro de servicios de referencia.

En colaboración con la persona participante, los Gestores de Caso y Atención Integral identifican los posibles recursos para la atención y el pago (incluida la cobertura del seguro médico, si está disponible).

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral discute con la persona participante la posible colaboración con su círculo de cuidados (por ejemplo, familia, amigos, miembros de la comunidad, líderes espirituales y grupos de apoyo).



Instrucciones para la formación: El instructor debe dirigir a los participantes a la *Página de recursos 5.6 Planificación y compromiso con la persona participante: Establecimiento de objetivos y prioridades* (en la página 149 del Manual del participante) para obtener más información.

**Diga**

¿Cuáles son los resultados de la planificación? El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y la persona participante habrán trabajado juntos para preparar un plan de tratamiento y servicio que establezca los objetivos principales y los divida en pasos alcanzables y graduales. El plan debe ser muy individualizado, tener en cuenta las necesidades de individuo y estar respaldado por este. Los siguientes pasos serían ponerse en contacto con el proveedor de servicios para comprobar la disponibilidad de la ubicación y los requisitos.



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe dirigir a los participantes a la *Página de recursos 5.7 Ejemplo de plan de la persona participante* (en la página 150 del Manual del participante), que ofrece un ejemplo concreto sobre cómo crear un plan de la persona participante.

Los resultados de la evaluación, junto con el plan, deben presentarse a la autoridad judicial según corresponda.

Algunas jurisdicciones también pueden utilizar un contrato entre el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral, la persona participante y la autoridad judicial para establecer los términos y condiciones del tratamiento y la atención. Así se garantiza que todos entiendan sus respectivas responsabilidades en el marco del plan.

Pregunta

¿Qué piensa? ¿Cómo podría funcionar en su país?

Instrucciones de enseñanza: El instructor podría iniciar un debate breve e informal sobre lo que sería factible en el país. Tras el debate, el instructor podría reiterar que el expediente de la persona participante debe mantenerse siempre actualizado con la información del proceso de planificación con la persona participante, el informe a la autoridad judicial, cualquier información de los proveedores de servicios y cualquier proceso de seguimiento planificado.



Pregunta

¿Qué pasa con las herramientas que se necesitan en la planificación?

Diga

La primera herramienta debe ser una entrevista guiada sobre los servicios que se necesitan para ver si hay disponibilidad. Para acceder a esta información, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe tener a mano un servicio de derivación.

Dentro de un momento ahondaremos más en esta importante herramienta. También puede encontrar información adicional sobre esto en la Pagina de recursos al final de este módulo.

El registro del servicio de derivación puede ser tan sencillo como un documento de Excel o Word o una base de datos más estructurada. En cualquier caso, debe contener la información sobre los servicios disponibles. No debe limitarse a los servicios de TCS y de tratamiento (aunque son una parte esencial). También debe incluir información sobre los proveedores de servicios relevantes para la persona participante.



Instrucciones para la formación: El instructor debe dirigir a los participantes a la *Página de recursos 5.8 Cómo establecer y mantener un registro de servicios de derivación* (en las páginas 151-152 del Manual del participante), a la *Página de recursos 5.9 Ejemplos de bases de datos de servicios de derivación para la gestión de la atención de casos* (en las páginas 153-157 del Manual del participante) para que lean las descripciones, los servicios sugeridos y los ejemplos proporcionados. Si el tiempo lo permite, pida a los participantes que opinen y anímelos a compartir sus ideas. Después de discutir el registro de servicios de referencia, el instructor presenta el plan para la persona participante y los ejemplos de la página de recursos. El instructor debe concluir mencionando que el archivo de la persona participante debe actualizarse continuamente.



- La Gestión de Caso y Atención Integral se prepara para una derivación **cálida**:
 - La preparación es la clave
 - Evalúa si es necesario acompañar al/la participante
 - Realiza un seguimiento regular del tratamiento y de los proveedores de servicios



Diga

El siguiente paso es poner en contacto a la persona participante con los servicios adecuados. El objetivo de la Gestión de Caso y Atención Integral es tener una derivación “cálida”. ¿Qué significa eso? Una derivación “cálida” significa que todos los aspectos se cuidan y se preparan con antelación para que cuando llegue el día todo transcurra sin contratiempos:

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se habrá puesto en contacto con la persona participante para recordarle la cita, se habrá puesto en contacto con el proveedor de tratamiento concertado y habrá organizado y preparado otros servicios para la cita.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral habrá comprobado el transporte disponible o habrá organizado el transporte para la persona participante según sea necesario.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral sabrá en este momento si la persona participante necesita estar acompañado/a al entrar en los servicios pertinentes, y tomará las medidas necesarias para satisfacer sus necesidades. Un ejemplo sería el alojamiento de la persona participante mientras se registra para el tratamiento residencial.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral también debe hacer siempre un seguimiento de los proveedores de tratamiento y servicios después de la derivación y mantener una comunicación regular con ellos.



Instrucciones para la formación: El instructor debe dirigir a los participantes a la *Página de recursos 5.10 Puntos clave para los gestores de atención de casos al realizar la derivación* (en la página 157 del Manual del participante).



Como resultado de la preparación de la planificación, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se asegurará de que la persona participante sea acogida en los servicios necesarios de manera oportuna y satisfactoria.



Diga

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral tiene las siguientes herramientas para trabajar:

El registro del servicio de referencia para consultar y encontrar la información necesaria para realizar los enlaces.

El mapa de transporte público (si procede) para evaluar los servicios disponibles para la persona participante y decidir si hay una opción viable para llegar a la cita. En el caso de que no haya una opción viable de transporte público, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe explorar las opciones y los costos para organizar el transporte privado.

El archivo de la persona participante es siempre un recurso útil para comprobar la información relativa a la persona participante mientras se preparan los vínculos. Debe mantenerse actualizado con los resultados de la derivación.



- Apoyo a la persona participante
- Seguimiento periódico de la persona participante
- Tocar el tema del compromiso y el progreso
- En función de los avances, el plan de servicios también puede ajustarse



Diga

La idea del seguimiento es ayudar a la persona participante a alcanzar sus objetivos personales y de progreso. Recuerden que el individuo está siempre al centro de todo. Queremos animar al/la Gestor/a de Caso y Atención Integral a que apoye plenamente a las personas participantes.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral realiza un seguimiento periódico de la persona participante.

La frecuencia de los contactos depende de las necesidades de este. Puede ser una vez a la semana o una vez al mes. Al principio y durante los periodos de crisis y transición, la frecuencia suele ser más intensa.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral hará un seguimiento de lo siguiente:

- El compromiso de la persona participante con los servicios
- La evolución de la persona participante
- Prevenir las crisis, las recaídas o los abandonos
- Recuerde que el plan de servicio es flexible y debe utilizarse para monitorear los avances. En función de los avances, el plan de servicios también puede ajustarse

Después de cada cita con la persona participante, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral actualizará el expediente y los registros y hará un seguimiento con el proveedor de tratamiento para compartir información relevante y comprobar el progreso de la persona.



Instrucciones para la formación: El instructor debe dirigir a los participantes a la *Página de recursos 5.11 Monitoreo y seguimiento* (en la página 158 del Manual del participante).



Diga

El mantenimiento de registros es un aspecto importante de la Gestión de Caso y Atención Integral porque demuestra profesionalidad, transparencia y responsabilidad.

La recuperación de la información para informar al supervisor o a la autoridad judicial puede ser larga y costosa. Un registro eficiente puede ahorrar mucho tiempo y esfuerzo.

También podría ser una ventaja en el proceso de facturación o al solicitar (o ser auditado) con fines de licencia o acreditación.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe mantener siempre al día:

- El expediente de la persona participante después de una cita con la persona y un seguimiento con el proveedor de tratamiento.
- El registro de servicios de derivación con la información pertinente al tratamiento y los proveedores de servicios, anotando cualquier problema que haya surgido.
- El plan de tratamiento/servicio de la persona participante en función de los progresos o de las situaciones que puedan producirse.

CASECARE
MANAGEMENT

Herramientas

Conjunto de preguntas para el seguimiento de las personas participantes

Conjunto de preguntas para el seguimiento de los proveedores de tratamiento y servicios

5.16

Diga

Podría ser útil que el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral cree un conjunto estandarizado de preguntas que hacer a la persona participante y al proveedor de tratamiento, de modo que se mantenga informado del progreso del individuo hacia la consecución de los objetivos personales y del programa.

Compromiso y abogacía

Compromiso con la persona participante

Aprendizaje de la persona participante

Abogacía para la persona participante

Trabajar por una mayor inclusión social

Compromiso y abogacía

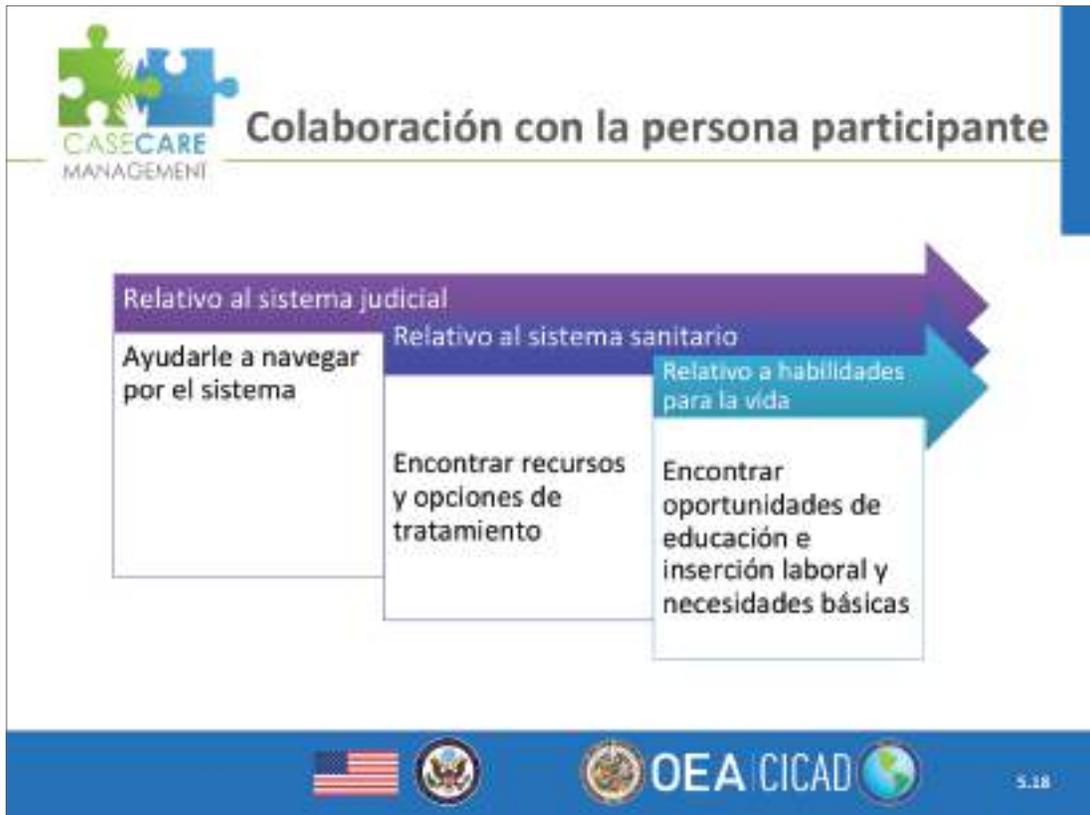
5.17

Diga

Hemos dicho antes que el compromiso y la abogacía son funciones transversales en la Gestión de Caso y Atención Integral y están presentes en todo el proceso.

La abogacía es tanto un valor como una función y requiere un trabajo constante.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se compromete con el individuo, pero también aprende de él. Las personas participantes también son expertos en sí mismos, no solo nosotros, y el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral ha de tener como fin abogar en nombre de la persona participante a diferentes niveles y con una gama diversa de partes interesadas.



Diga

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja de la mano con la persona participante y la educa en el sistema judicial.

Se brinda ayuda a la persona participante para navegar por el sistema, a cumplir con las obligaciones del programa y a educarle en el sistema sanitario.

Se apoya a la persona participante en la búsqueda de las opciones de tratamiento adecuadas, en la búsqueda de recursos para pagar el tratamiento (por ejemplo, solicitando o manteniendo y accediendo al seguro médico, pidiendo apoyo a la familia, explorando las opciones de ayuda financiera).

Las habilidades para la vida incluyen lo siguiente, aunque no de manera limitada:

- Obtener servicios para atender sus necesidades educativas.
- Colocarse en un puesto de trabajo.
- Satisfacer necesidades básicas como la vivienda, la alimentación, etc.

Abogar por la persona participante



Diga

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral defienda a la persona participante.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral aboga ante el poder judicial por:

- Garantizar que la autoridad judicial tenga una clara comprensión de las necesidades y desafíos de la persona participante, tomando decisiones culturalmente apropiadas respecto a la aceptación, el progreso y la finalización del programa.
- Conseguir el apoyo del poder judicial para reforzar los requisitos del programa.
- Vincular a la persona participante con los servicios sanitarios.
- Garantizar una colocación oportuna que satisfaga las necesidades de la persona participante.
- Garantizar que se apoye y se logren avances para la persona participante.
- Garantizar la conexión con la comunidad.
- Abogar con las familias y las comunidades para asegurar los servicios y recursos que apoyan la recuperación a largo plazo.
- Campañas de concienciación que apoyen la comprensión y la aceptación para la recuperación y la integración social de las personas participantes.



Evaluación



- Considera la evaluación integrada
- Optimiza la recogida de datos sobre el progreso y crea estadísticas sobre los resultados
- Tiene en cuenta el público, el programa y los objetivos e indicadores personales



5.20

Diga La evaluación eficaz en la Gestión de Caso y Atención Integral puede ser beneficiosa para asegurar la financiación y lograr la sostenibilidad del programa a largo plazo.

Al establecer la Gestión de Caso y Atención Integral, es preciso considerar la posibilidad de incorporar mecanismos de evaluación integrados que puedan optimizar el proceso de recopilación de datos y los elementos críticos, creando estadísticas y proporcionando resultados.

Al crear la evaluación, debe quedar claro el propósito. Se debe hablar del público, del programa y de los objetivos e indicadores personales.

Instrucciones para la formación: El instructor debe informar a los participantes de que el monitoreo y evaluación se tratarán con más detalle durante el módulo 9 de la formación.

Los resultados del modelo de gestión de casos especializados de *Treatment Alternatives for Safer Communities* (TASC) sugieren que la combinación de la coordinación de servicios multisistémicos centrados en la clínica con la colocación del tratamiento y la gestión de la recuperación ofrece un enfoque de servicio único a la persona participante y aumenta las posibilidades de una integración social a mediano plazo (TASC, 2019).

Fuente: TASC. (2019). TASC Specialized Case Management. https://www.tasc.org/tas-cweb/tertiary_page.aspx?ID=39

Cómo medir el éxito de la Gestión de Caso y Atención Integral



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe prepararse antes de la sesión y dirigir a los participantes a la página 256 del Manual de participantes.

El/la instructor/a podría invitar a los participantes a trabajar en grupos y a debatir las siguientes cuestiones:

1. ¿Cuál es el objetivo principal de la Gestión de Caso y Atención Integral?
2. ¿Quién es el público? ¿Cuál es la institución o figura de la que debe depender la Gestión de Caso y Atención Integral?
3. ¿Qué indicadores serían relevantes para demostrar el éxito del programa?

Tras el ejercicio de grupo, el/la instructor/a pide a un representante de cada grupo que comparta su conclusión con el resto de los participantes.



Diga

Observemos este cuadro que destaca los posibles indicadores de éxito individual. En las siguientes diapositivas, veremos los posibles indicadores de éxito de la Gestión de Caso y Atención Integral:

- No se han presentado nuevos cargos penales
- Se establece un plan de recuperación
- Libre de sustancias con el paso del tiempo
- Vivienda
- Relaciones interpersonales positivas
- Educación y empleo
- Consecución de los objetivos identificados por] la persona participante
- Finalización del tratamiento
- Autopercepción, ¿cómo se siente la persona participante sobre sí mismo?

Instrucciones de enseñanza: El instructor debe estimular el debate incluyendo la retroalimentación del ejercicio anterior y subrayar que la evaluación es un componente clave de la Gestión de Atención de Casos para presentar los resultados del programa, validar los logros del mismo y asegurar la sostenibilidad y los recursos a medio y largo plazo.

El instructor también debe subrayar que cada país debe establecer los objetivos a alcanzar; por lo tanto, estos temas son sugerencias que deben ser consideradas y adaptadas al marco real del país.

El éxito de la Gestión de Caso y Atención Integral puede incluir:



Reintegración social exitosa de las personas participantes.

No hay personas participantes que vuelvan al sistema judicial

Reunificación familiar

Definir el éxito de la gestión de casos en función de los indicadores del sistema:

Número de casos

Reducción de la reincidencia

Tasa de recaída

Tiempo medio de vinculación

Nivel de colaboración con las partes interesadas



Diga

Algunos indicadores para medir en los programas de Gestión de Caso y Atención Integral pueden ser los siguientes:

- Reintegración social exitosa de las personas participante
- No hay personas participantes que vuelvan al sistema judicial
- Definir el éxito de la gestión de casos en función de los indicadores del sistema
- ¿Cuántos casos se tramitan?
- ¿Cuál es el índice de reincidencia de las personas participantes?
- ¿Cuál es la prevalencia de un TCS en las personas participantess/resultados de las pruebas de drogas?
- ¿Cuánto tiempo se tarda en remitir a las personas participantes al tratamiento?
- ¿Cómo es la colaboración con otras partes interesadas (autoridad judicial, tratamiento, salud y servicios sociales)?
- ¿ Se logró una reunificación familiar?



Indicadores de rendimiento:

- Finalización del tratamiento
- Vivienda estable
- Educación y empleo
- Promotores de la recuperación
- Ausencia de nuevas acusaciones, detenciones o enfrentamientos con la justicia
- Mecanismo de colaboración con las partes interesadas



Diga

Además, podríamos incluir los siguientes indicadores:

- Factor de finalización del tratamiento/progreso en el tratamiento/retención del tratamiento.
- Vivienda estable/ayuda a la vivienda.
- Educación o empleo/tasa de desempleo.
- Sendero de recuperación y promotores de la recuperación en las comunidades (vida sin sustancias/duración de la abstinencia).
- Ausencia de nuevos cargos penales.
- Mecanismo de colaboración con las partes interesadas.
- Relación y comunicación con la autoridad judicial.
- Relación y comunicación con los proveedores de tratamiento.
- Relación y comunicación con los servicios sociales.



- Cumplimiento de los criterios de finalización del programa
- Informar de la finalización a la autoridad judicial competente
- Certificado de finalización
- Vinculación con el siguiente nivel de atención, cuando sea necesario
- Política de puertas abiertas



Diga

Los criterios de finalización del programa deben ser definidos por las autoridades judiciales al establecer la Gestión de Caso y Atención Integral y deben estar directamente relacionados con el programa de alternativas al encarcelamiento que apoyan o el servicio al que remiten dentro o fuera del propio programa.

Se recomienda una terminación “cálida”, así como mantener una política de puertas abiertas en caso de que la persona participante necesite dar un paso atrás y pedir ayuda con o sin el poder judicial involucrado.



Instrucciones de enseñanza: El instructor debería resumir los pasos de la Gestión de Caso y Atención Integral y abrir el turno de preguntas de los participantes.

FUNCIONES DE LA GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL

Página de recursos 5.1 Resumen de las funciones de Gestión de Caso y Atención Integral

Detección y Diagnóstico

- La **detección** determina si existe un problema y qué tipo de seguimiento es necesario.
- La detección en la Gestión de Caso y Atención Integral determina si la persona participante tiene un TCS y si cumple los requisitos para participar en el programa.
- El **diagnóstico** es una revisión diagnóstica detallada de todas las necesidades de la persona participante, no solo de un aspecto de su condición.
- El diagnóstico establece una línea de base para medir el progreso de la persona participante, ya que existe un registro del estado de la persona participante al inicio del tratamiento.
- Antes de emprender el diagnóstico, se debe informar a la persona participante sobre el proceso y solicitar su consentimiento para compartir la información con el poder judicial, los proveedores de tratamiento y servicios y otros socios del programa.
- Los resultados esperados de el diagnóstico son una imagen global del TCS, una visión general de las necesidades básicas más urgentes que deben satisfacerse, la capacidad general de la persona participante para funcionar, así como el grado de apoyo individual necesario.
- El diagnóstico también proporciona una visión general de las fortalezas y las necesidades de la persona participante que pueden abordarse en la planificación del servicio.

Planificación

- En la planificación, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabajará con la persona participante para empezar a crear un plan de servicios y de vida.
- Las técnicas de entrevista motivacional se utilizan para comprometerse con la persona participante durante todo el proceso.
- La persona participante y el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabajan juntos para crear un plan de servicio individualizado dividido en pasos alcanzables.
- La persona participante y el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral identifican las coincidencias de tratamiento y servicio en función de las necesidades de la persona participante y de los servicios disponibles en el registro de servicios de derivación.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y la persona participante identifican los posibles recursos para la atención y el pago (incluida la cobertura sanitaria, si está disponible).
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral analiza con la persona participante la posible colaboración con su círculo de atención (familia, amigos, vínculos con la comunidad, líder espiritual, grupos de apoyo, etc.).

Vinculación

- La vinculación es la conexión con los servicios necesarios.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral espera tener una derivación “cálida”, preparando los vínculos de antemano para que todo vaya bien:
 - El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se pone en contacto con la persona participante, le recuerda la cita, contacta a tratamiento y otros servicios concertados y prepara la cita.
 - El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral comprueba el transporte disponible o se encarga de orga-

nizar el transporte para la persona participante.

- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral sabrá en este momento las personas participantes que necesitarían estar acompañados al momento de utilizar los servicios y hará los arreglos necesarios para satisfacer las necesidades que estos tengan. Un ejemplo sería acompañar a la persona participante cuando se registra para el tratamiento residencial.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral también debe hacer siempre un seguimiento de los proveedores de tratamiento y servicios después de la derivación y mantener una comunicación regular con ellos.
- Como resultado de una excelente planificación, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se encargará de que la persona participante utilice a tiempo y con éxito los servicios necesarios.

Seguimiento continuo

- El seguimiento continuo es un proceso para ayudar a las personas participantes a alcanzar sus objetivos personales y de progreso.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral realiza un seguimiento periódico de la persona participante. La frecuencia de los contactos depende de las necesidades de esta. Al principio y durante los periodos de crisis y transición, la frecuencia suele ser mayor.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se encargará de abordar lo siguiente:
 - El compromiso de la persona participante con los servicios
 - Los avances de la persona participante
 - Prevenir las crisis, las recaídas o los abandonos
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral es consciente de que el plan de servicio es flexible y hará un seguimiento de los avances y ajustará o modificará el plan si es necesario.
- Después de cada cita con la persona participante, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral actualizará el expediente y los registros y hará un seguimiento con el proveedor de tratamiento para compartir información relevante y comprobar el progreso de la persona.

Compromiso y Abogacía

- La abogacía es tanto un valor como una función. Implica un trabajo constante a lo largo del proceso de Gestión de Caso y Atención Integral.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se compromete con el individuo, pero también aprende de él. Las personas participantes son expertas por derecho propio.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se asocia con la persona participante y la educa sobre el sistema judicial y las opciones de servicio. Las responsabilidades del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral incluyen lo siguiente:
 - Ayudar a la persona participante a navegar por el sistema y cumplir con las obligaciones del programa;
 - Educarla en el sistema sanitario;
 - Ayudarla a encontrar las opciones de tratamiento adecuadas;
 - Encontrar recursos para pagar el tratamiento, solicitar o mantener y utilizar el seguro médico, pedir apoyo a la familia y explorar las opciones de ayuda financiera; y
 - Ayudarla a obtener servicios para atender sus necesidades de educación, colocación laboral y necesidades básicas como vivienda, alimentación, etc.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral aboga en nombre de la persona participante:
 - Con el poder judicial: garantizar que las autoridades judiciales comprendan claramente las necesidades y los retos de las personas participantes al asegurar decisiones culturalmente apropiadas en cuanto a la aceptación, el progreso y la finalización del programa; y garantizar el apoyo de la justicia para reforzar los requisitos del programa;
 - Con los servicios de salud: garantizar una colocación oportuna que satisfaga las necesidades de la persona participante y asegurar que se apoye y se logre un avance;
 - Con las comunidades: abogar con las familias y las comunidades para garantizar servicios y recursos que apoyen la recuperación a largo plazo.

Evaluación

- Una evaluación eficaz de la Gestión de Caso y Atención Integral podría ser beneficiosa para garantizar la financiación y lograr la sostenibilidad del programa a largo plazo.
- Al establecer la Gestión de Caso y Atención Integral, considere la posibilidad de basarse en los mecanismos de evaluación integrados que puedan optimizar el proceso de recogida de datos y los elementos críticos, creando estadísticas y proporcionando resultados.
- Al crear la evaluación, el propósito debe ser claro. Se debe hablar de los siguientes elementos: el público, el programa y los objetivos e indicadores personales.

Finalización

- La finalización es el último paso de la Gestión de Caso y Atención Integral.
- Los criterios de finalización del programa deben ser definidos por las autoridades judiciales al establecer el programa de Gestión de Caso y Atención Integral.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe informar de la finalización con éxito a las autoridades judiciales de acuerdo con las indicaciones previstas en el marco del programa.
- Una vez finalizado el programa, la persona participante debe recibir un certificado de finalización o se le debe derivar al siguiente nivel de atención, cuando corresponda.
- Se recomienda una terminación cálida y una política de puertas abiertas en caso de que la persona participante necesite dar un paso atrás y pedir ayuda con o sin la participación del sistema judicial.

Página de recursos 5.2 Herramientas de detección para la Gestión de Caso y Atención Integral

Hay una serie de herramientas de detección disponibles como recursos gratuitos en la web. La siguiente lista pretende ofrecer una visión general, pero no es exhaustiva de los recursos que podrían utilizarse.

Adaptado de: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas <https://www.drugabuse.gov/nidamed-medical-health-professionals/screening-tools-resources/chart-screening-tools>.

TCS - Herramientas de detección de ayuda

ASSIST- Prueba de detección de la OMS

https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_test/en/

ASSIST modificada por NIDA (NM ASSIST)

<https://www.drugabuse.gov/nmassist/>

Screening to Brief Intervention (S2BI)

<https://www.drugabuse.gov/ast/s2bi/#/>

Breve examen de detección de tabaco, alcohol y otras drogas

<https://www.drugabuse.gov/ast/bstad/#/>

TAPS - Herramienta de uso de tabaco, alcohol, medicamentos recetados y otras sustancias

<https://www.drugabuse.gov/taps/#/>

CRAFFT

CRAFFT es una herramienta de detección de consumo de sustancias bien validada para adolescentes de 12 a 21 años.

Está recomendada por las directrices Bright Futures de la Academia Estadounidense de Pediatría para las detecciones de atención preventiva y las visitas de bienestar. <http://crafft.org>

Herramientas de detección de la salud mental

- Examen breve de salud mental de Jain (BJMHS)
- Examen de salud mental en centros penitenciarios (CMHS)
- Formulario de examen de salud mental III (MHSF-III)

- Lista de comprobación de estrés vital (LSC-R) o Lista de comprobación de acontecimientos vitales para el DSM-5 (LEC-5)
- Escala de diagnóstico postraumático (PDS)
- Lista de comprobación del trastorno de estrés postraumático para el DSM-5 (PCL-5)

Pruebas psicológicas para diagnosticar rasgos y trastornos de la personalidad

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (*MMPI*), (*MMPI2*) y (*MMPI 3*)

Fuente: University of Minnesota (2022). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory 3 (MMPI3). <https://www.upress.umn.edu/test-division/MMPI-3>

Test de Apercepción Temática (TAT)

Fuente: Stern, T. (2016). Understanding and Applying Psychological Assessment. ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/topics/neuroscience/thematic-apperception-test>

Indicador de Tipo Myers Briggs (MBTI).

Fuente: McDermott, N. (2022). Myers-Briggs Type Indicator: What To Know About This Popular Personality Test. Forbes Health. <https://www.forbes.com/health/mind/myers-briggs-personality-test/>

Prueba Rorschach Inkblot

Fuente: Frothingham, M. (2021). Rorschach Inkblot Test: Definition, History & Interpretation. <https://www.simplypsychology.org/what-is-the-rorschach-inkblot-test.html>

Página de recursos 5.3 Áreas de evaluación sugeridas para la Gestión de Caso y Atención Integral

Fuente: Adaptado de Case Management for Addiction Professionals, Trainer Manual, desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de EE.UU. 2012 (Plan Colombo 2012)

Este documento es solo para fines de formación.

Una evaluación exhaustiva incluye la recopilación de la siguiente información sobre la persona participante:

1. Antecedentes y estado actual

- Situación y relaciones familiares
- Historial de trauma
- Historial de violencia doméstica (ya sea como agresor o como superviviente)
- Estado civil
- Identidad cultural, racial/étnica
- Identidad sexual
- Afiliación religiosa
- Situaciones legales pasadas y presentes
- Situación financiera y laboral
- Educación
- Estado de vivienda
- Situación laboral
- Fortalezas y recursos
- Objetivos del tratamiento

2. Consumo de sustancias anterior y actual

- Edad del primer consumo
- Sustancias consumidas (incluido el alcohol)
- Cantidades consumidas
- Modo de consumo (por ejemplo, inyección, por vía oral)
- Patrones de consumo
- Consecuencias del consumo
- Episodios de tratamiento

- Antecedentes familiares de problemas de consumo de sustancias

3. Condiciones o complicaciones médicas, como:

- Problemas médicos relacionados con las inyecciones
- VIH/SIDA
- Tuberculosis
- Hepatitis
- Infecciones de transmisión sexual
- Enfermedades hepáticas
- Discapacidad física
- Presión arterial alta, diabetes y otros problemas de salud

4. Estado emocional/conductual/cognitivo

- Antecedentes familiares de problemas de salud mental
- Historial de problemas de salud mental de la persona participante, incluido el diagnóstico, la hospitalización y otros tratamientos
- Síntomas actuales y estado mental
- Medicamentos e historial de adherencia a la medicación (la medicación puede afectar al comportamiento, la adherencia o la no adherencia a los regímenes de medicación puede proporcionar una idea de lo bien que la persona participante seguirá en otras áreas)
- Función cognitiva (por ejemplo, ¿tiene la persona participante un déficit cognitivo? ¿Será capaz de recordar las citas? ¿Puede entender y seguir instrucciones?)

5. Disposición al cambio (debe reevaluarse a menudo)

- ¿En qué punto del ciclo de cambio se encuentra la persona participante?
- ¿En qué está dispuesto a trabajar la persona participante? (Algunas personas participantes preferirán una opción de gestión de casos, pero no otra).
- ¿Están preparados para dar un paso hacia el cambio?

6. Potencial de recaída o uso continuado (relacionado con la disposición al cambio)

- ¿Cómo maneja la persona participante los episodios de ansia?
- ¿Pueden identificar los desencadenantes personales de las recaídas?
- ¿Cuál es el entorno de recuperación de la persona participante?
- ¿Qué tipo de apoyo tienen para la recuperación?
- ¿Siguen pasando tiempo con amigos o familiares que consumen drogas o alcohol?
- ¿Su familia apoya la recuperación?

7. Amenazas inmediatas para la seguridad de la persona participante:

- ¿Expresa pensamientos de suicidio?
- ¿Amenaza con hacer daño a otra persona?
- ¿Está en peligro?
- Las sospechas de peligro inmediato deben investigarse haciendo preguntas: ¿Se siente seguro/a en casa? ¿Se siente seguro/a en tu relación actual? ¿Alguien le amenaza ahora o le hace sentir inseguro/a?

8. Capacidad general de funcionamiento

- Capacidad para obtener y dar continuidad a los tratamientos médicos
- Capacidad para solicitar prestaciones por su cuenta
- Capacidad para obtener y mantener una vivienda segura
- Habilidad en el uso de programas de servicios sociales
- Capacidad para acceder a los servicios de tratamiento de la salud mental y el abuso de sustancias

participante, el grado de deterioro y los obstáculos para su recuperación. Estas áreas pueden evaluarse preguntando a la persona participante sobre sus experiencias pasadas (por ejemplo, ¿cuándo fue la última vez que vio a un médico? ¿Pidió usted mismo/a la cita? ¿Recibe prestaciones del gobierno? ¿Ha llenado usted mismo/a la solicitud?). El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral puede tener que realizar muchos servicios en nombre de la persona participante hasta que el individuo pueda dominar estas habilidades.

9. Competencias profesionales

- Conocimientos básicos de lectura y escritura
- Capacidad de seguir instrucciones
- Capacidad para utilizar el transporte necesario
- Manera de tratar con la autoridad
- Capacidad de ser puntual
- Habilidades de comunicación

Por supuesto, la evaluación también incluye la valoración de las fortalezas de la persona participante y el capital de recuperación. En el módulo 2 de este curso se ofrece información adicional sobre el capital de recuperación.

Página de recursos 5.4 Ejemplo de documento de evaluación para la Gestión de Caso y Atención Integral

Este documento es solo para fines de formación.

Fuente: Adaptado de Sample Screening Questions to Help Determine Need for Case Management Services and Level of Case Management Services Needed. Estado de Nueva York, Departamento de Salud, 2011.

Nombre de la persona participante: _____ ID #: _____

Fecha de la revisión: _____ Personal: _____

1. **Problema(s)/Necesidades inmediatas** (¿Usted o los miembros de su familia necesitan ayuda con algún problema urgente o apremiante en este momento?)
2. **Otros proveedores de atención de casos** (¿Con qué otros organismos trabaja? ¿Qué servicios le prestan? ¿Trabaja con un gestor de casos o recibe Gestión de Caso y Atención Integral en algún otro lugar? ¿Dónde y con quién? ¿Estos servicios satisfacen sus necesidades?)
3. **Fluidez** en _____ y facilidad para navegar por los sistemas de atención (¿Tiene alguna dificultad para entender _____? ¿Llenar formularios en _____? ¿Le resulta más fácil hablar con los proveedores de servicios/atención con alguien que le traduzca? ¿Tiene problemas para concertar sus propias citas, para entender las instrucciones, para conseguir lo que necesita de cualquier tipo de organismos de servicio?)
4. **Asuntos de inmigración** (si procede) (¿Es ciudadano o residente documentado? Si no es el caso, ¿necesita ayuda en cuestiones de inmigración?)
5. **Vivienda** (¿Tiene algún problema con su vivienda actual? ¿Es su vivienda segura y estable? ¿Su vivienda está en buen estado, con muebles adecuados y electrodomésticos que funcionan? ¿Tiene un teléfono que funcione? ¿Tiene o necesita ayuda para pagar el alquiler/mantenimiento?)
6. **Necesidades colaterales/cuestiones de divulgación** (¿Sus hijos, pareja(s) u otros apoyos cercanos tienen necesidades que afectan su capacidad para recibir tratamiento? ¿Tiene una fuente estable de apoyo emocional por parte de su familia y amigos? ¿Necesitas ayuda para decirle a alguien (seres queridos, pareja, etc.) que tiene problemas de consumo de sustancias?)
7. **Cobertura médica/seguro/recursos para la atención médica** (¿Está cubierto por algún tipo de seguro médico? ¿Necesita ayuda para pagar su atención médica o sus medicamentos? ¿Tiene algún problema, limitación o restricción con su cobertura actual?)
8. **Necesidades médicas** (¿Cómo está su salud en este momento? ¿Tiene actualmente algún síntoma o discapacidad?)

¿Tiene alguna enfermedad? ¿Hace cuánto tiempo que visita a sus médicos? ¿Puede acudir a sus citas con facilidad? ¿Necesita ayuda para obtener sus recetas y tomar sus medicamentos?

9. Fuente de ingresos/situación laboral (¿Tiene una fuente de ingresos estable en este momento? ¿Sus ingresos cubren sus gastos básicos? ¿Tiene alguna factura importante pendiente? ¿Necesita ayuda para solicitar o mantener sus prestaciones?)

10. Cargos legales actuales/encarcelamiento (¿Está en libertad condicional o bajo palabra? ¿Está cumpliendo algún tipo de condena [por ejemplo, horas de servicio comunitario]? ¿Tiene alguna orden de detención, citatorio o caso pendiente?)

11. Salud mental (¿Ha acudido alguna vez a una consulta de salud mental? ¿Ha recibido atención psiquiátrica? ¿Actualmente está viendo a algún profesional de salud mental? ¿Le han recetado medicamentos para la depresión u otros trastornos de salud mental? ¿Con quién habla cuando se siente mal?)

12. Violencia doméstica (¿Se siente alguna vez inseguro/a en su situación de vida actual? ¿Siente que usted o algún miembro de su familia/su pareja necesitan recurrir a la fuerza cuando interactúan? En el pasado, ¿Ha estado involucrado/a en una relación violenta?)

13. Uso de sustancias (¿Consumo actualmente drogas o alcohol? Si es así, ¿está actualmente en tratamiento? ¿Se considera en recuperación? Si actualmente consume, ¿cree necesitar un tratamiento por consumo de sustancias u otro tipo de apoyo?)

14. Educación básica sobre ITS/VIH/apoyo sanitario (¿Tiene preguntas sobre la infección por VIH y el Sida? ¿Qué funciona para usted y qué no cuando se trata de sexo seguro [uso de drogas más seguro]? ¿Quiere consultar con alguien que le ayude a aprender técnicas para reducir el riesgo de transmitir el virus a otros o de exponerse a otras infecciones?)

15. Necesidades de servicios de apoyo (¿Cómo es su dieta últimamente? ¿Tiene una fuente regular de alimentos saludables? ¿Mantiene su peso? ¿Necesita ayuda para conseguir alimentos o comidas? ¿Tiene suficiente ropa para mantenerse cómodo/a y protegido/a? ¿Puede conseguir transporte desde su casa hasta sus citas/negocio/empleo con facilidad? ¿Necesita que le remitan a un servicio de ayuda legal?)

16. Necesidades profesionales/educativas (¿Cómo califica su capacidad de lectura y escritura? ¿Tiene alguna dificultad para seguir instrucciones verbales o escritas? ¿Cómo se lleva o ha llevado con sus supervisores? ¿Suele ser puntual y llegar al trabajo y a las citas?)

17. Habilidades de transporte/teléfono/ordenador/Internet (¿Cómo ha llegado hasta aquí hoy? ¿Depende de otros para sus necesidades de transporte? ¿Cuál es la mejor forma de contactar? ¿Cómo se pone en contacto con personas cuando necesita ayuda o asistencia? ¿Con quién se pone en contacto cuando necesita ayuda o asistencia?)

RESUMEN

PRINCIPALES ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- 1.
- 2.
- 3.

SUGERENCIAS DE ENLACES/REFERENCIAS:

- 1.
- 2.
- 3.

ACCIONES DE SEGUIMIENTO

- 1.
- 2.
- 3.

Página de recursos 5.5 Ejemplo de ficha de la persona participante para la Gestión de Caso y Atención Integral

Fuente: Adaptado de Case Management Skills and Practices, Trainer Manual, desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de EE.UU. 2017 (Plan Colombo 2017)

Este documento es solo para fines de formación.

Nombre:
Fuente de derivación: Por cuenta propia () Otra:
Necesidades inmediatas:
Evaluación del TCS:
Resumen del tratamiento previo y de las respuestas:
Autoridad judicial/registros penales/cargos actuales:
Nivel de motivación:
Fortalezas:
Necesidades:
Resultados clave de la evaluación/identificación del problema:
Sugerencia de derivación a tratamiento:
Comentario de la autoridad de justicia:
Actualizaciones importantes:
Resumen de la conversación de la última cita (a escribir después de cada cita):
Próxima cita (se actualizará después de cada cita):

Página de recursos 5.6 Planificación y compromiso con la persona participante: Establecimiento de objetivos y prioridades para la Gestión de Caso y Atención Integral

Fuente: Adaptado de Case Management for Addiction Professionals, Trainer Manual, desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de EE.UU. 2012 (Plan Colombo 2012)

Este documento es solo para fines de formación.

Las **metas** son declaraciones generales de la persona participante sobre lo que espera obtener de la experiencia de tratamiento (por ejemplo, “quiero conseguir un trabajo”; “quiero una relación más estrecha con mi familia”) (Plan Colombo 2012)

Cada meta, especialmente una meta a largo plazo (por ejemplo, completar la escolarización), debe desglosarse en objetivos a corto plazo.

Los objetivos son las acciones que se deben llevar a cabo para lograr un objetivo o para abordar las barreras que impiden su consecución.

A continuación, los objetivos efectivos:

- Específicos (*¿Qué logrará exactamente?*)
- Medible (*¿Cómo sabrá que ha logrado un objetivo?*)
- Alcanzable (*¿Es realista lograr este objetivo con esfuerzo y compromiso? ¿Dispone de los recursos necesarios para alcanzar este objetivo? Si no es así, ¿cómo los conseguirá?*)
- Relevante (*¿Por qué este objetivo es significativo para su vida? ¿Lo valora?*)
- Específicos en el tiempo (*¿Cuándo se logrará este objetivo?*)

Los objetivos claros y manejables evitan que la persona participante se sienta abrumada y proporcionan un punto de referencia para medir el progreso.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral puede ayudar a la persona participante a desglosar las metas en objetivos manejables y medibles haciéndole preguntas como las siguientes

- *¿Cuál será su primera (o próxima) tarea?*
- *¿Qué hará en los próximos 1 o 2 días (semanas)?*
- *¿Qué ha hecho ya para lograr este objetivo? ¿Qué más puede hacer?*
- *¿Quién puede ayudarlo?*
- *En una escala de 0 a 10, ¿qué confianza tiene en que hará esta próxima tarea?*

Hay que priorizar los objetivos. La persona participante que está en recuperación puede verse fácilmente abrumada por trabajar en demasiados objetivos al mismo tiempo. En general, los objetivos pueden priorizarse en el siguiente orden:

- Emergencias (incluidas las situaciones que ponen en peligro la vida, por ejemplo, enfermedades graves, pensamientos suicidas, síntomas de abstinencia de opiáceos o depresores del SNC que ponen en peligro la vida, violencia o abuso familiar y situaciones de discapacidad).
- Necesidades básicas (por ejemplo, vivienda, alimentación, necesidades de empleo y dinero, transporte y seguridad)
- Otras necesidades (por ejemplo, atención médica general, cuidado de los niños, escolarización, planificación y objetivos para el futuro)

Satisfacer las necesidades básicas y de emergencia de las personas participantes es una prioridad. El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral puede ayudar a las personas participantes a priorizar los objetivos o las próximas tareas formulando preguntas como las siguientes

- *¿En qué le gustaría trabajar primero?*
- *¿Qué objetivos de los que hemos hablado son más importantes para usted?*
- *¿Cuál de estos objetivos cree que puede conseguir primero?*
- *¿Cuál de estos objetivos cree que le ayudará más en su recuperación?*

Otros elementos importantes de la fijación de objetivos incluyen lo siguiente:

- Identificar los recursos necesarios (incluidas las derivaciones) y el apoyo;
- Identificar posibles obstáculos y soluciones para alcanzar los objetivos;
- Aprender un proceso para establecer sistemáticamente los objetivos;
- Comprender cómo alcanzar las metas y objetivos deseados mediante el cumplimiento de objetivos más pequeños;
- Obtener el dominio de sí mismos y de su entorno a través de una lluvia de ideas para superar los posibles obstáculos a una meta u objetivo; y,

Experimentar el proceso de acceder y aceptar la ayuda de otros para establecer objetivos y alcanzarlos.

Estos y otros resultados hacen que la planificación y el establecimiento de metas y objetivos sean tan importantes como el resultado final en algunos casos: Se trata del proceso, no solo de los resultados deseados.

Página de recursos 5.7 Ejemplo de plan de la persona participante para la Gestión de Caso y Atención Integral

Fuente: adaptado del Case Management Skills and Practice, Trainer Manual, desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos en 2017 (Plan Colombo 2017).

Este documento es solo para fines de formación

Nombre de la persona participante: _____

Fecha de admisión al programa: _____

Próxima fecha de revisión: _____

Tipo de meta	Avances	Finalización
Tratamiento del TCS: Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		
Salud (física/mental/cuidados generales): Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		
Objetivo de integración social: Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		
Atención continuada/apoyo a la recuperación: Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		
La familia: Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		
Vivienda: Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		

Necesidades básicas (alimentación/ transporte, etc.): Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		
Objetivos educativos y profesionales: Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		
Empleo: Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		
Cargos legales: Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		
Objetivo religioso/espiritual/de recuperación: Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		
Deporte y tiempo libre Objetivo 1: Objetivo 2: Objetivo 3:		

Mi firma afirma que he participado activamente en esta planificación y que he recibido una copia.

PERSONA PARTICIPANTE /FECHA: _____

GESTOR(A) DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL/FECHA: _____

SUPERVISOR(A)/FECHA: _____

Página de recursos 5.8 Cómo establecer y mantener un registro de servicios de derivación para la Gestión de Caso y Atención Integral

Fuente: adaptado de Case Management Skills and Practice, Trainer Manual, desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos en 2017 y Case Management Skills and Practice, Trainer Manual, desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos 2017 (Plan Colombo 2017)

Los Gestores de Caso y Atención Integral deben crear y mantener un registro de servicios de referencia; una base de datos o lista que contenga información actualizada y fiable sobre organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones religiosas y grupos de apoyo que presten servicios relevantes para las personas participantes. Estos recursos pueden ser organizaciones locales, regionales o nacionales.

Los siguientes pasos son fundamentales para establecer una red de referencia. Estos pasos incluyen lo siguiente:

- 1. Identificar** todas las posibles necesidades de servicio de la personas participante y categorizarla. Estas organizaciones deben incluir, entre otras, las siguientes:
 - **Programas de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias (TCS)** (residencial, hospitalario, ambulatorio);
 - **Programas de tratamiento de trastornos mentales** (atención en crisis, hospitalaria, ambulatoria);
 - Recursos para la atención **médica general**;

- **Servicios de VIH/SIDA** (asesoría y pruebas voluntarias y servicios médicos, incluidos tratamientos antirretrovirales);
 - **Servicios jurídicos;**
 - **Servicios de terapia familiar;**
 - **Planificación familiar** y otros servicios para mujeres embarazadas y puérperas;
 - **Programas de vivienda** (ayuda financiera para la vivienda, casas de transición, programas de vida transitoria);
 - **Programas de educación y formación;**
 - **Programas de servicios profesionales** (derivación a un puesto de trabajo, talleres protegidos para personas con discapacidades mentales o físicas, formación en habilidades laborales);
 - Programas de **ayuda financiera** general; y
 - **Grupos comunitarios de apoyo entre pares** para las personas con TCS (Narcóticos Anónimos, etc.), las que viven con VIH, y otras poblaciones especiales, como las mujeres, trabajadores del sexo femeninos y masculinos, y los hombres que tienen sexo con hombres.
2. **Identificar** recursos fiables dentro de las áreas geográficas de trabajo del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral.
 3. **Elegir** los organismos adecuados como recursos de derivación.
 4. Al crear un registro de servicios de derivación, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe incluir **información exhaustiva sobre cada organización, incluida su ubicación, el público al que se dirige, los criterios de admisión, cómo acepta** las derivaciones y los posibles obstáculos.
Algunos ejemplos de la información que se sugiere recopilar son los siguientes:
 - Nombre, dirección, horario de oficina, números de teléfono;
 - Lista de servicios;
 - Experiencia con la persona participante con problemas de abuso de sustancias;
 - Experiencia con poblaciones especiales;
 - Disponibilidad; y
 - Costos.
 5. El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral también debe **hacer un seguimiento personal de cada agencia de derivación** para garantizar que **las siguientes acciones se tomen antes de que la persona participante se derive a los servicios.**
 - Identifique a la persona de contacto adecuada.
 - Averigüe si una carta de presentación es apropiada.
 - Concierte una reunión, si procede; si no, visite y observe.
 - Conozca la política y los procedimientos del organismo remitente.
 - Discuta las necesidades específicas de la persona participante que deben satisfacerse y la demografía de la población de las personas participantes.

Cómo mantener el registro de servicios de derivación para la Gestión de Caso y Atención Integral

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral es responsable de mantener la información actualizada en el registro de servicios de derivación. Se sugieren las siguientes acciones:

- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe actualizar cualquier información relevante en el registro de servicios de derivación después de una reunión con el proveedor de servicios.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe actualizar la información sobre los contactos y los detalles en el registro si tiene conocimiento de cambios de personal en los proveedores de servicios.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe comprobar el registro de servicios de derivación con regularidad, como mínimo una vez al mes, y revisar la información, especialmente en caso de cambios de ubicación, cambios en el horario de funcionamiento o si un programa ha cerrado y ya no está disponible.
- Actualizar el registro de servicios de derivación cuando el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral encuentre un nuevo proveedor de servicios o tenga conocimiento del cese de actividad de un proveedor de servicios establecido.
- Actualizar la sección relacionada con los costos del tratamiento y la disponibilidad o la lista de espera.

En particular, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe asegurarse de que la siguiente información de la base de datos se mantenga actualizada:

- Nombre de la organización
- Dirección
- Persona de contacto
- Horario de atención al público
- Número de teléfono y dirección postal
- Lista de servicios prestados
- Área de servicio/ubicaciones
- Capacidad del programa
- Criterios de admisión
- Costos

Página de recursos 5.9 Base de datos de ejemplos de servicios de derivación para la Gestión de Caso y Atención Integral

Fuente: adaptado de Case Management Skills and Practice, Trainer Manual, desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos en 2017 y Case Management Skills and Practice, Trainer Manual, desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos.

Este documento es solo para fines de formación.

Registro de servicios de derivación de Gestión de Caso y Atención Integral	
TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	
TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	

Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	
CUIDADO MÉDICO	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	
SERVICIOS DE VIH/SIDA	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	
SERVICIOS JURÍDICOS	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	

Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	
SERVICIOS DE TERAPIA FAMILIAR	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	

PROGRAMAS DE VIVIENDA	
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	
PROGRAMAS DE FORMACIÓN EDUCATIVA	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	
PROGRAMAS DE SERVICIOS VOCACIONALES/	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	

Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	
ASISTENCIA FINANCIERA	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	
GRUPOS DE APOYO COMUNITARIO	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	
DEPORTE Y TIEMPO LIBRE	Observaciones/temas especiales:
Nombre de la organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	

Teléfono/correo electrónico:	
Horario de atención al público:	
Lista de servicios prestados:	
Experiencia con poblaciones especiales:	
Múltiples ubicaciones:	
Área de servicio:	
Criterios de admisión:	
Disponibilidad/lista de espera:	
Capacidad del programa:	
Costos:	
Otros:	

Página de recursos 5.10 Puntos clave para la atención a la gestión de casos cuando se realizan derivaciones

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral valora la importancia de garantizar que las personas participantes sean remitidos a tiempo y con éxito a los servicios. El término *derivación cálida* se utiliza a menudo para definir el trabajo preparatorio realizado por el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral para preparar esta transición, asegurándose de que se aborden los siguientes aspectos:

Identificación de posibles obstáculos: El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y la persona participante deberían hablar de los posibles obstáculos como seguimiento de la derivación, haciendo preguntas como las siguientes: *¿Puede ver alguna razón por la que esto no le funcione?* Puede haber una serie de posibles barreras, como factores emocionales (vergüenza, miedo, sensación de impotencia y desconfianza) y razones más concretas, como la falta de dinero o de cuidado de los niños. El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral podría utilizar técnicas de resolución de problemas para ayudar a la persona participante a encontrar formas de abordar los obstáculos.

Preparar un paquete de información para la persona participante: Las personas participantes deben estar preparadas para las derivaciones y deben saber qué esperar. El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral puede preparar un paquete de información para las personas participantes, y la información para la derivación se analizará conjuntamente y se responderá a las preguntas.

Algunos de los datos básicos y necesarios que deben incluirse en el paquete son los siguientes:

- El nombre del programa
- El nombre de la persona de contacto
- El número de teléfono
- La dirección
- Una breve descripción de los servicios que ofrece el programa
- El horario de funcionamiento de las instalaciones del programa
- Las tasas que se cobran
- El proceso de admisión

El o la gestora de casos podría desarrollar herramientas adicionales para añadir las al registro y podría tener una clasificación de las derivaciones preferentes y prioritarias para facilitar el uso de la guía de derivación. Otros aspectos a tener en cuenta:

- Diferenciar las situaciones en las que la persona participante necesita que se le acompañe a la cita con el proveedor de servicios por el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y los casos en los que es apropiado enviar a la persona participante sola.
- Intercambiar la información pertinente con la agencia o el profesional al que se remite de forma coherente con la normativa de confidencialidad y las normas profesionales de atención.
- Evaluar el resultado de la derivación y completar una observación en el expediente de la persona participante y en el registro de derivación, según corresponda (Plan Colombo 2012)

Página de recursos 5.11 Supervisión y seguimiento

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe hacer un seguimiento y ponerse en contacto periódicamente con el proveedor de servicios después de la derivación para comprobar el progreso de la persona participante y recopilar información relevante sobre el proveedor de servicios que debe utilizarse para actualizar el registro de servicios de derivación (Plan Colombo 2012).

A continuación se presentan ejemplos de la información que podría ser útil recoger después de la derivación:

- Comentarios de la persona participante sobre el proceso de vinculación y sobre cómo se sintió acogido por el proveedor de servicios.
- Información sobre los obstáculos que espera la persona participante y cómo superarlos.

Para el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral, parte del proceso de seguimiento consiste en seguir apoyando y comprometiéndose con la persona participante:

- Intercambiar información relevante con el proveedor de servicios, respetando siempre las normas de privacidad y confidencialidad;
- Estar informado sobre el progreso de la recuperación y los problemas que impiden el progreso para garantizar la calidad de la atención, obtener información y planificar cambios en el curso del tratamiento;
- Coordinar todas las actividades de tratamiento y servicios sociales prestados a la persona participante por otros recursos,
- Revisar periódicamente los objetivos de la persona participante y hacer otras derivaciones según sea necesario.



MÓDULO 6

Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral

Lista de control de preparación

Contenido y duración

Metas y objetivos

Diapositivas de PowerPoint

MÓDULO 6

Módulo 6 Lista de control de preparación

- Revise la sección “Primeros pasos” para obtener información general sobre la preparación en la página 14 de este manual
- Vista previa del módulo 6
- Prepare el ejercicio interactivo: reúna lo siguiente:
 - A Una pila de papel tamaño carta (o A4) para cada mesa
 - Blocs de notas adhesivas para cada mesa
 - Rotuladores de colores y una pila de papeles de colores en cada mesa

Módulo 6 Contenido y duración

Actividad	Tiempo
Módulo 6 - Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral	95 minutos
Presentación: Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral	15 minutos
Ejercicios interactivos incorporados sobre los modelos de Gestión de Caso y Atención Integral	15 minutos
Presentación: Ejemplos internacionales de Gestión de Caso y Atención Integral	60 minutos
Ejercicio de reflexión: Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral	5 minutos
Almuerzo	60 minutos

Módulo 6 Metas y objetivos

Objetivos de formación

- Presentar los diferentes tipos y opciones de Gestión de Caso y Atención Integral
- Ilustrar ejemplos internacionales de Gestión de Caso y Atención Integral en América y Europa

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el Módulo 6 serán capaces de lo siguiente:

- Comprender y describir los diferentes tipos y opciones de Gestión de Caso y Atención Integral
- Describir los modelos internacionales de Gestión de Caso y Atención Integral



MÓDULO 6

MODELOS DE GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL



OEA CICAD



6.1

Diga

El Módulo 6 analiza los modelos de Gestión de Caso y Atención Integral, así como los elementos y bloques que los componen.

Comprender y describir los diferentes tipos de Gestión de Caso y Atención Integral

- Integrado vs. Independiente
- Centralizado vs. Descentralizado
- Financiación pública vs. financiación privada

Debatir qué modelo de Gestión de Caso y Atención Integral funcionará mejor en su país



Diga

Al final de este módulo, espero que sean capaces de describir diferentes opciones para crear un modelo de Gestión de Caso y Atención Integral. También se habrán formado una idea de qué modelo podría funcionar mejor en sus países. También tendrán la oportunidad de discutir estos temas con sus colegas y compartir sus opiniones con el grupo.



6 Características principales de los Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral

Nivel del sistema	Integrado	Independiente
Nivel operativo	Centralizado	Descentralizado
Financiación	Financiación pública	Financiación privada



OEA | CIDAD



6.3

Diga

Hay tres niveles de modelos de Gestión de Caso y Atención Integral que debemos considerar. Existe el nivel de sistema, el nivel operativo y el nivel de financiación. En cada nivel, hay dos opciones, lo que lleva a una mezcla de posibles combinaciones y matices para construir tu propio modelo.

Empezaremos por el nivel del sistema, donde tenemos dos opciones: integrada e independiente.



Diga

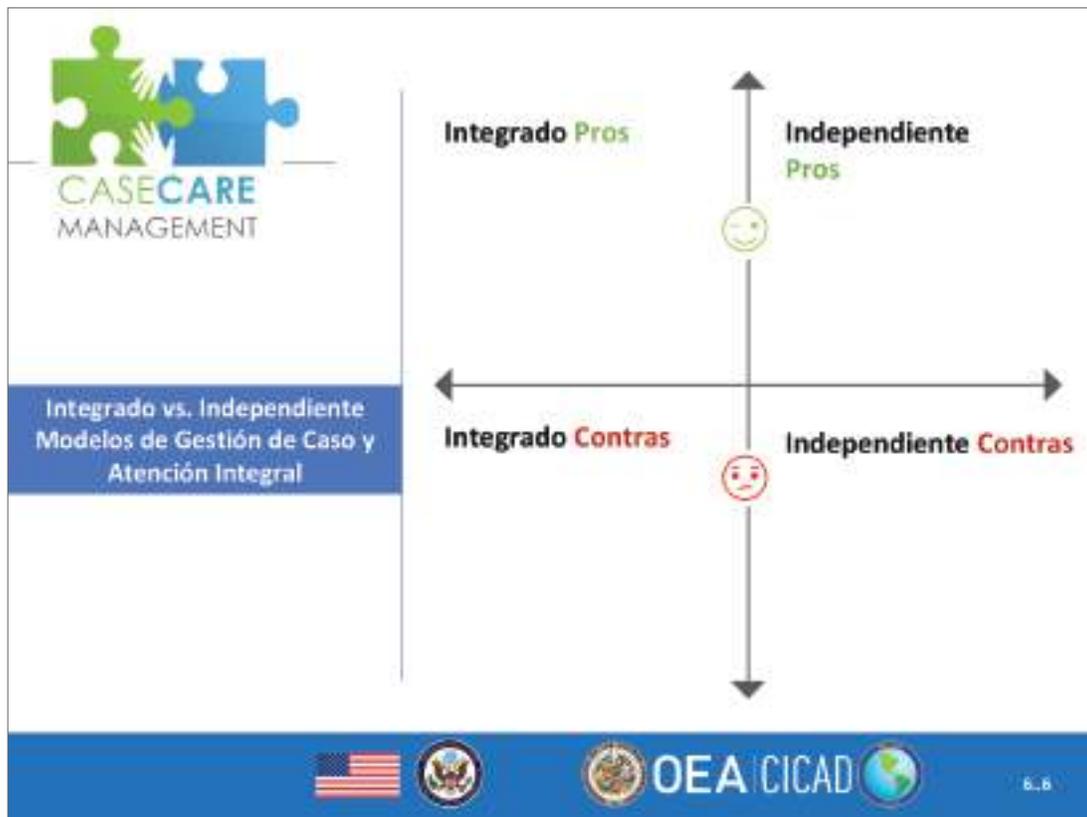
La Gestión de Caso y Atención Integral integrada es un servicio integrado u organizado bajo el auspicio de alguna otra institución, por ejemplo, el sistema de justicia penal o el sistema de salud. Si la Gestión de Caso y Atención Integral está integrada en el sistema judicial, suele estar ubicada en la oficina que se ocupa de la libertad condicional.

La Gestión de Caso y Atención Integral también podría integrarse en el sistema de tratamiento o en los proveedores de atención sanitaria y ofrecerse junto con los servicios de tratamiento. En este caso, es especialmente importante que haya una clara distinción entre las dos funciones —proveedor de tratamiento y Gestor/a de Caso y Atención Integral— para evitar confusiones, sobre todo si ambas funciones son desempeñadas por la misma persona.



Diga

En el modelo independiente de la Gestión de Caso y Atención Integral, ésta está a cargo de una organización independiente, preferentemente una organización no gubernamental (ONG) que no está directamente bajo el auspicio de ninguna de las partes interesadas en la Gestión de Caso y Atención Integral. Más bien, esta organización independiente crea una asociación de colaboración con todas las partes interesadas.



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe consultar la página 257 del manual del participante.

Este ejercicio forma parte de una serie de tres ejercicios que siguen la misma dinámica. Su objetivo es estimular el compromiso y la reflexión de los participantes sobre los elementos presentados en la formación, mejorando su comprensión del material del curso y anticipando algunos de los contenidos que se enseñarán.

En este ejercicio, el instructor pedirá a los participantes que compartan sus ideas sobre los pros y los contras de los modelos integrado e independiente y facilitará el debate. El co-instructor anotará las respuestas en el rotafolio para futuras consultas.



Diga

En el modelo INTEGRADO las ventajas son las siguientes:

- Las conexiones entre los sectores de la justicia y la salud suelen existir ya, por lo que no es necesario un trabajo adicional para establecerlas.
- La Gestión de Caso y Atención Integral es necesariamente coherente con la política pública vigente, porque forma parte del gobierno. No hay que preocuparse por la coherencia interna.
- La financiación procede de una instancia gubernamental y, por tanto, no es necesario realizar actividades externas de recaudación de fondos.
- En el modelo integrado, la coordinación de la Gestión de Caso y Atención Integral podría depender del Ministerio de Sanidad o de Interior, en lugar de hacerlo del Ministerio de Justicia, para facilitar la prestación de asistencia sanitaria en prisión y tras la puesta en libertad.

Las desventajas son las siguientes:

- Podría haber un conflicto de interés en relación con lo que la Gestión de Caso y Atención Integral pretende conseguir y hasta dónde el sistema se lo permitirá. Por ejemplo, si la Gestión de Caso y Atención Integral se sitúa en una oficina de libertad condicional del sistema de justicia penal, los profesionales podrían enfrentarse a un conflicto de interés entre su obligación de hacer cumplir la ley y centrarse en los objetivos de la persona participante.

- Cuando la Gestión de Caso y Atención Integral está integrada en un tratamiento o proveedor de servicios específico, puede limitarse a facilitar el progreso del tratamiento. También podría crear un conflicto de interés si se recurre a otros proveedores de tratamiento/servicios.
- En un sistema integrado, la Gestión de Caso y Atención Integral está sujeta a los cambios en la política pública y la voluntad política.
- Podría ser difícil promover mejoras en un sistema de Gestión de Caso y Atención Integral existente.
- La Gestión de Caso y Atención Integral podría estar sujeta a recortes presupuestarios; depender únicamente de las contribuciones del gobierno podría llevar a que el proyecto quedara interrumpido.

En el modelo de Gestión de Caso y Atención Integral INDEPENDIENTE, las ventajas son las siguientes:

- La Gestión de Caso y Atención Integral es capaz de navegar tanto dentro del sistema como entre varios sistemas, y hacerles rendir cuentas a cada uno debido a su naturaleza independiente. Actúa como intermediaria de los servicios y como garantía de la prestación de los servicios esenciales por parte de los distintos agentes.
- Es libre de elegir a sus socios y comprometerse con múltiples y diversos actores.
- Puede contar con diversas fuentes de financiación y es capaz de recaudar fondos con diferentes entidades.
- Puede ofrecer opciones independientes para la puesta en marcha que garanticen la sostenibilidad de la Gestión de Caso y Atención Integral. Fondos procedentes de todo el sistema para apoyar financieramente

Las desventajas del modelo independiente de Gestión de Caso y Atención Integral son las siguientes:

- La Gestión de Caso y Atención Integral debe establecer su propia reputación, ya que no forma parte del Estado.
- Gestión de Caso y Atención Integral para crear y aprovechar las asociaciones.
- La financiación es menos segura; la Gestión de Caso y Atención Integral no puede contar con ingresos constantes o seguros.
- Garantizar una financiación suficiente podría acabar convirtiéndose en una carga para el proyecto y la inestabilidad financiera podría afectar a la aplicación y continuidad de la Gestión de Caso y Atención Integral.



Diga

A nivel operativo, la Gestión de Caso y Atención Integral puede ser centralizada o descentralizada.

Independientemente de si está integrada o es independiente, a nivel operativo definimos un modelo centralizado de Gestión de Caso y Atención Integral como uno con una única agencia que realiza todas las funciones y pasos de la Gestión de Caso y Atención Integral con los que ya estamos familiarizados.

El modelo centralizado se inspira en el modelo de agencia única. Las principales características del modelo centralizado son las siguientes:

- Pequeña agencia de base o gran proveedor de servicios para un solo problema o para una sola población (puede ser “la única opción en la ciudad”).
- Tiende a controlar un nicho en el mercado de los servicios sociales por defecto (otros organismos no están interesados o se niegan a atender a estas personas participantes), ya sea por la historia de esa jurisdicción, por diseño o por su mandato de financiación.
- Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral es contratado por esa única agencia y rinde cuentas ante ella.

Un modelo centralizado puede permitir lo siguiente:

- Responder a las crisis con mayor rapidez.
- Tienen a valores más cohesionados u homogéneos que otros modelos.
- Suelen tener un único punto de acceso al tratamiento por abuso de sustancias u otros servicios para las personas participantes.
- Mantener el control exclusivo sobre la aplicación y la coordinación del programa de gestión de casos.
- Hacer que las personas participantes se dirijan a una sola persona en relación con todos los problemas.
- Permitir responder con más flexibilidad a las necesidades individuales de las personas participante.
- Tener la oportunidad de ejercitar una amplia gama de habilidades.
- Ser más autodeterminado y responsable de sí mismo (es decir, puede controlar sus propios servicios).

El modelo centralizado tiene las siguientes características negativas:

- Más responsabilidad o carga sobre el personal de gestión de casos de primera línea para establecer conexiones con otros organismos comunitarios.
- Los Gestores de Caso y Atención Integral pueden sentirse especialmente agobiados por tener la responsabilidad exclusiva de la personas participantes.
- Puede requerir una formación considerable para capacitar al Gestor de Caso y Atención Integral para tratar de forma autónoma las diversas necesidades de las personas participantes.

Fuente: *Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Chapter 3 – Case Management in the Community Context: An Interagency Perspective. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 27. HHS Publication No. (SMA) 12-4215. Rockville, MD: Author, 2012. Figure 3.1, pg. 31-33*



Diga

En el modelo de Gestión de Caso y Atención Integral descentralizada hay **dos o más agencias que realizan algunas de las funciones** de Gestión de Caso y Atención Integral. Los modelos descentralizados pueden estar integrados o ser independientes:

Gestión de Caso y Atención Integral integrada y descentralizada es cuando la Gestión de Caso y Atención Integral se realiza bajo el auspicio de un sistema y las funciones de la Gestión de Caso y Atención Integral son realizadas por más de un organismo. Un **ejemplo** podría ser un programa de Gestión de Caso y Atención Integral operado dentro de una oficina de libertad condicional, con diferentes funciones de Gestión de Caso y Atención Integral realizadas por tres socios: la evaluación y la planificación a cargo de la ONG nº 1; la derivación y el seguimiento a cargo de la ONG nº 2; y la evaluación a cargo de un organismo independiente.

Diga

Gestión de Caso y Atención Integral independiente y descentralizada es cuando la organización independiente se apoya en dos o más organizaciones para realizar las funciones de Gestión de Caso y Atención Integral. Un **ejemplo de modelo independiente y descentralizado** podría ser una ONG que subcontrata a otro socio de la sociedad civil para llevar a cabo la evaluación y la toxicología; realiza la planificación y la derivación con su propio personal; colabora con un socio externo para el seguimiento y la supervisión de la persona participante; y trabaja con otro socio externo en la defensa y la presentación de informes.

El modelo de Gestión de Caso y Atención Integral descentralizada se basa en asociaciones formales y/o informales con otras organizaciones para realizar las funciones de Gestión de Caso y Atención Integral.



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe consultar la página 257 del Manual del participante.



Este ejercicio sigue la misma dinámica del ejercicio anterior. El instructor pide a los participantes que compartan sus ideas sobre los pros y los contras de los modelos centralizado y descentralizado y facilita el debate. El co-instructor anota las respuestas en el rotafolio para futuras consultas.



Diga

Repasemos los pros y los contras de los modelos centralizado y descentralizado.

En el modelo CENTRALIZADO, los pros son los siguientes:

- La responsabilidad y la rendición de cuentas recaen en un único organismo que controla todos los pasos.
- Hay un punto de contacto único y claro para la persona participante y para las partes interesadas en el sistema.

Los contras son los siguientes:

- Tener la responsabilidad final de la Gestión de Caso y Atención Integral significa que la agencia debe tener una estructura sólida, fuertes normas de control de calidad y coordinación interna.
- En caso de cualquier problema o si se necesita apoyo, la agencia necesita tener un plan de respaldo dentro de la propia agencia o tener proveedores externos que puedan intervenir.

En el modelo DESCENTRALIZADO, los aspectos positivos son que:

- Las agencias comparten responsabilidades.
- En caso de problemas, hay otros actores que pueden intervenir inmediatamente y ayudar.

Los aspectos negativos son los siguientes:

- La rendición de cuentas es más compleja, ya que hay varios organismos responsables ante la persona participante.
- Necesita más coordinación (interna y externa) para funcionar correctamente.
- Las personas participante pueden confundirse si no tienen claro a quién deben dirigirse para determinados tipos de asuntos.



Diga

En cuanto a la financiación, la Gestión de Caso y Atención Integral puede recibir financiación pública o privada.

La financiación pública la otorga el gobierno, mientras que la privada puede provenir de una gama diversa de donantes, como fundaciones, subvenciones privadas, organizaciones filantrópicas y trabajo voluntario. Los modelos integrados de Gestión de Caso y Atención Integral tienen más probabilidades de recibir financiación pública debido a su especial conexión con los ministerios y organismos públicos, tal y como las ONG independientes de renombre reciben financiación pública para sus actividades.



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe consultar la página 257 del Manual del participante.



Este ejercicio sigue la misma dinámica del ejercicio anterior. El instructor pide a los participantes que compartan sus ideas sobre los pros y los contras de cada opción de financiación y facilita el debate. El co-instructor anota las respuestas en el rotafolio para futuras consultas.



En el caso de la FINANCIACIÓN PÚBLICA los pros son los siguientes:

- La Gestión de Caso y Atención Integral puede contar con una fuente de ingresos fiable.
- Podría ser más fácil poner en marcha el proyecto.

Los contras son los siguientes:

- La Gestión de Caso y Atención Integral puede estar sujeta a cambios de voluntad y prioridades políticas.
- El apoyo puede cambiar con los cambios de política.
- La financiación pública suele disminuir con el tiempo. Una vez que los proyectos piloto terminan, es posible que no haya seguimiento.
- La presión para obtener resultados rápidos podría ser elevada, ya que es difícil movilizar el apoyo a los compromisos a largo plazo.

Los pros de la FINANCIACIÓN PRIVADA son los siguientes:

- Permite una mayor independencia y flexibilidad.
- La financiación está diversificada.
- Los donantes pueden tener prioridades y estar interesados en aspectos concretos del trabajo.
- Hay menos vulnerabilidad a los cambios de políticas.

Los contras son los siguientes:

- Podría haber más inestabilidad financiera.
- Requiere un trabajo de recaudación de fondos de alto mantenimiento.
- Hay un alto nivel de responsabilidad ante los donantes, que podrían querer ver cómo se gasta su dinero.



Diga

Hay un interés creciente por el modelo de financiación híbrido. La financiación HÍBRIDA combina las ventajas de la financiación pública y privada y permite una mayor flexibilidad. A veces es la única opción si una fuente de financiación no es suficiente para llevar a cabo un programa. Los fondos públicos pueden cubrir un aspecto y los fondos privados o las subvenciones pueden cubrir otro.

Hay una serie de fuentes de financiación disponibles, y es importante crear sinergias entre ellas.

Es importante no excluir las subvenciones internacionales, que podrían estar disponibles para las evaluaciones de la Gestión de Caso y Atención Integral, ni excluir las contribuciones del mundo académico, la sociedad civil y otros sectores. Puede que no dispongan de recursos monetarios, pero tienen conocimientos y pueden aportar ayuda en especie.

Fuente: Información adicional sobre el Programa de Ayuda en Prisión de la OMS (HIPED) para su posterior consideración y eventual exploración de oportunidades de financiación.

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/who-health-in-prisons-programme-hipp>



Ejemplos de modelos internacionales de Gestión del Caso y Atención Integral

Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral integrada

- Modelo belga Liaison
- Experiencia canadiense: Centro de Adicciones y Salud Mental de Toronto (CAMH)
- Modelo chileno: La Dupla
- Programa Aleros Uruguay
- Modelo de tribunal de tratamiento de drogas de EE.UU.

Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral independiente

- Proyecto Hombre
- San Patrignano
- TASC



6.16

Diga

Después de haber analizado los elementos y bloques para la implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral, ahora veremos ejemplos de Gestión de Caso y Atención Integral en América y Europa.



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe consultar la *Página de recursos 6.1 Modelos internacionales de gestión de la atención de casos* (en las páginas 181-186 del Manual del participante), en la que se ofrece más información sobre cada modelo descrito en el presente módulo.



Empezaremos con los modelos de Gestión de Caso y Atención Integral integrados.



CASECARE
MANAGEMENT

Modelo belga Liaison

- Tribunal de Drogas de Gante creado en 2008 - 1^{er} Tribunal Europeo de Tratamiento de Drogas
- Creación de Liaison en respuesta a las deserciones y para asegurar la coordinación
- Modelo centralizado: Todas las acciones son realizadas por Liaison
- Fondos públicos




6.18

Diga

El primer modelo que analizaremos es el modelo belga Liaison, que está integrado en el Sistema de Tribunales de Drogas de Gante, Bélgica.

Bélgica promovió un modelo alternativo al encarcelamiento al cambiar el enfoque del castigo al tratamiento e hizo que los expertos belgas buscaran mejores prácticas en el extranjero. Se inspiraron en los tribunales de tratamiento de drogas de Estados Unidos y Canadá. El Tribunal de Drogas belga, creado en Gante en 2008, es la primera experiencia europea que reproduce y adapta los modelos estadounidense y canadiense a un marco nacional.

Durante la implementación piloto del tribunal de tratamiento de drogas, surgieron algunos desafíos clave que debían ser abordados. Las personas participantes entraban en el programa alternativo pero carecían de la preparación y modelos de asesoría adecuados. Esto condujo a un bajo rendimiento del tratamiento y a altas tasas de abandono. Para abordar estas importantes cuestiones, se introdujo una nueva figura profesional denominada Liaison —enlace, en francés—.

Los servicios de Liaison son proporcionados por la Plataforma de Consulta de Salud Mental de Flandes Oriental (Popov GGZ, por sus siglas en flamenco), una ONG financiada con fondos públicos que trabaja con el Tribunal de Tratamiento de Drogas.



CASECARE
MANAGEMENT

**Tribunales de
tratamiento de drogas
CAMH, Canadá**

- Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH) de Toronto, creado en 1998
- El CAHM ofrece servicios de Gestión de Caso y Atención Integral y tratamiento
- Servicios integrales, basados en el trauma y centrados en el cliente
- Integrado en el sistema y centralizado, pero con muchos socios y colaboración
- Financiación híbrida



OEA CICAD

6.19

Diga

El Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH) de Toronto está integrado en el Sistema de Tribunales de Tratamiento de Drogas de Canadá, y fue creado en 1998 como parte de la Estrategia Nacional Federal de Lucha contra la Droga.

Las disposiciones sobre penas mínimas obligatorias del Código Penal (cuando el trastorno por consumo de sustancias es un factor de la conducta delictiva) y de la Ley sobre Drogas y Sustancias Controladas (CDSA) permiten una exención para los participantes que completan un programa en un tribunal de tratamiento de drogas, aunque se les sigue pidiendo cuentas. La legislación también permite condiciones únicas y prolongadas de fianza en el contexto de un tribunal de tratamiento de drogas, que dura toda la participación activa de las personas en el programa. Los tribunales son tribunales provinciales y, por lo tanto, el gobierno federal respeta la autoridad provincial/territorial para la administración de justicia.

El modelo de tribunal de tratamiento de drogas del CAMH fusiona las funciones de tratamiento terapéutico y de Gestión de Caso y Atención Integral, al tiempo que mantiene sus funciones separadas y distintas. El modelo de Gestión de Caso y Atención Integral asigna un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral a cada persona participante que seguirá su progreso desde el inicio del programa del tribunal de tratamiento de drogas y continuará según sea necesario hasta la finalización de la fase 1 (graduación) y durante la fase 2 (libertad condicional). El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral proporciona un servicio integral basado en la atención centrada en la persona participante y el trauma. Este servicio atiende las necesidades básicas; aborda y mejora los determinantes sociales de la salud y el entorno; trabaja para lograr y reajustar los objetivos; ofrece evaluaciones de riesgo; permite una navegación de todos los sistemas; produce evaluaciones y remisiones; trabaja en la defensa y el acompañamiento; e incluye la participación del apoyo entre pares. Lo hace a través de un enfoque de equipo completo y hace hincapié en la ética, la profesionalidad y una sólida relación terapéutica.

El CAHM funciona con financiación híbrida.



CASECARE
MANAGEMENT

**La Dupla,
Chile**

- Integrado en el Tribunal de Tratamiento de Drogas de Chile, creado en 2004, siguiendo el modelo de los tribunales de drogas de EE.UU.
- La Dupla: Equipo de dos figuras profesionales (un psicólogo y un trabajador social) que realizan la Gestión de Caso y Atención Integral
- Integrado en el sistema judicial, el sistema sanitario y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)
- Financiación pública a través de SENDA



OEA CIDAD

8.20

Diga

Los tribunales de tratamiento de drogas en Chile comenzaron como un proyecto piloto en la ciudad de Valparaíso en 2004.

Este enfoque fue creado por jueces y fiscales chilenos, con el apoyo de la Embajada de los Estados Unidos en Chile, el Ministerio de Salud, la Fundación Paz Ciudadana y la organización entonces conocida como Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) que ahora se llama Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Droga y Alcohol (SENDA).

Gracias a la cooperación establecida con Estados Unidos, los jueces chilenos pudieron viajar al extranjero para conocer el modelo estadounidense. En 2012 se firmó un Memorando de Entendimiento con las partes interesadas y se estableció oficialmente el programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas para adultos bajo los auspicios del Ministerio de Justicia.

La Dupla Psicosocial es un equipo de dos profesionales: un/a psicólogo/a y un/a trabajador/a social. Utilizan un enfoque biopsicosocial para interactuar con las personas que padecen trastornos por consumo de sustancias, empleando una perspectiva interdisciplinaria para abordar los problemas biológicos, psicológicos y sociales coexistentes e interrelacionados. La Dupla Psicosocial se encarga de la Gestión de Casos durante todo el proceso, desde la primera reunión con las personas participantes hasta la finalización del programa.

La Dupla Psicosocial es un modelo integrado, descentralizado y financiado públicamente a través de SENDA y el Ministerio de Justicia.



CASECARE
MANAGEMENT

Programa Aleros,
Uruguay

- Creado en 2012
- Modelo de intervención comunitaria para atender las necesidades más urgentes
- Se compromete con el participante de manera informal y lo pone en contacto con servicios más institucionalizados
- Equipo de dos profesionales
- Modelo descentralizado: creación de vínculos
- Financiación pública



6.21

Diga

El Programa Aleros es un modelo de intervención comunitaria establecido en 2012, implementado en municipios locales por organizaciones de la sociedad civil. Emplea a un equipo de dos profesionales que se relacionan con las personas con TCS en diferentes lugares (por ejemplo, centros comunitarios, albergues, programas sociales, lugares de trabajo, centros de ocio y salud y campamentos de personas sin hogar) con el objetivo principal de crear un vínculo con los servicios, ofrecer asistencia y orientación para abordar las necesidades primarias y conectar a las personas con los recursos de tratamiento y/o atención sanitaria.

La intervención es una forma de tratamiento no institucional que sigue a la vinculación con los servicios de tratamiento y atención pública disponibles en las comunidades. Promueve reuniones semanales con los participantes en el programa, estableciendo una relación con ellos y desarrollando estrategias para responder a sus necesidades. Este modelo de Gestión de Caso y Atención Integral es un modelo descentralizado, en el que las funciones son cubiertas por más de un organismo. El Programa Aleros cuenta con financiación pública. Aleros se lleva a cabo bajo el liderazgo de la Red Nacional de Atención y Tratamiento de Droga (RENADRO) de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay.



CASECARE
MANAGEMENT

Gestión de Caso y Atención Integral en los tribunales de tratamiento de drogas de Estados Unidos

- Se lanzó por primera vez en 1989 en Miami, Florida
- Inspiró a países en América y más allá
- La Gestión de Caso y Atención Integral forma parte del equipo de tratamiento compuesto por los proveedores de servicios y las partes interesadas
- El Tribunal de Tratamiento de Drogas de EE.UU. apoya cualquiera de los modelos de Gestión de Caso y Atención Integral
- Financiación pública



OEA/CICAD

6.22

Diga

Los tribunales de tratamiento de drogas son una solución innovadora y eficaz para abordar el consumo de sustancias dentro del sistema de justicia penal. El primer tribunal de drogas se creó en 1989 en Miami, Florida, y desde entonces el modelo se ha reproducido en todo Estados Unidos, América, Europa y otras regiones.

Estos programas judiciales ofrecen a las personas participantes la oportunidad de iniciar un tratamiento a largo plazo contra las drogas y aceptar la supervisión del tribunal en lugar de recibir una sentencia de cárcel (en el modelo posterior a la condena) o en lugar de enfrentarse a un juicio y a una posible condena (en el modelo anterior a la condena).

El programa intensivo requiere que los participantes mantengan la recuperación, asuman responsabilidades y trabajen para cambiar su estilo de vida. Bajo la supervisión y la autoridad del tribunal, se controlan su avances. En definitiva, los tribunales de drogas reducen la delincuencia y crean un cambio real y positivo en la vida de las personas.

Los tribunales de drogas de EE.UU. apoyan todos los modelos de Gestión de Caso y Atención In-

tegral de los que hemos hablado. La Gestión de Caso y Atención Integral es un componente clave para garantizar la coordinación y la colaboración entre las numerosas partes interesadas en los tribunales de drogas.

La Gestión de Caso y Atención Integral proporciona apoyo al modelo de tribunales de tratamiento de drogas, supervisando y coordinando las siguientes áreas:

- Contacto de la persona participante con los servicios pertinentes y eficaces.
- Seguimiento de los servicios y conexión de las personas participantes con ellos.
- Distribución de información pertinente recopilada durante la evaluación y el seguimiento con todo el equipo del tribunal de drogas

La Gestión de Caso y Atención Integral en los tribunales de drogas de Estados Unidos funciona con financiación pública.

Fuentes:

Centro Nacional de Recursos para Cursos de Drogas. What are drug courts? Información extraída el 13 de diciembre de 2019 de <https://ndcrc.org/what-are-drug-courts-2/>
 Monchick, R., Scheyett, A., Pfeifer, J., (2006) Drug Court Case Management, National Drug Court Institute, extraída el 13 de diciembre de 2019 de <https://www.ndci.org/wp-content/uploads/Mono7.CaseManagement.pdf>



Ahora hablaremos del modelo de Gestión de Caso y Atención Integral independiente.



Proyecto Hombre, España

- Establecido en 1984
- Ejemplo español de Gestión de Caso y Atención Integral en el ámbito penitenciario y posterior a la condena para promover la reinserción social efectiva
 - Programa de motivación y derivación
 - Programa de intervención global
- Modelo de Gestión del Caso y Atención Integral: Centralizado
- Financiación híbrida



6.24

Diga

Desde 1984, Proyecto Hombre ha trabajado con más de 18,000 personas con trastornos por consumo de sustancias y promovido el acceso a programas de tratamiento y reinserción social. Según el artículo 25 de la Constitución de España, toda intervención judicial limitativa de la libertad personal debe orientarse hacia la reeducación y la reinserción social.

En este marco, Proyecto Hombre trabaja tanto en entornos penitenciarios como en programas de inserción social, ofreciendo oportunidades a las personas con trastornos por consumo de sustancias para que empiecen a rehacer su vida mientras cumplen su condena.

El Programa de Motivación y Derivación trabaja con personas con trastornos por consumo de sustancias en institutos penitenciarios para informarles sobre las opciones de tratamiento, aumentando su motivación para lograr la abstinencia y preparándolos para acceder a programas de tratamiento al salir de prisión. El programa está disponible en 31 prisiones en toda España.

El Programa de Intervención Global se creó en 1998 como un programa piloto y se consolidó en los años siguientes. Es un ejemplo de comunidad

terapéutica en un entorno penitenciario y representa una empresa conjunta entre la institución penitenciaria Soto del Real de Madrid y Proyecto Hombre. El programa es un enfoque holístico que adopta la metodología de Proyecto Hombre, basada en intervenciones biopsicosociales que promueven el desarrollo personal, las habilidades interpersonales y las habilidades de empoderamiento y empleabilidad

Fase 1 (Motivación): Evaluación, entrevista motivacional y terapia de grupo sobre drogas, salud, prevención de recaídas y entrevistas personales.

Fase 2 (Comunidad): Camino personalizado hacia la inserción social, aumento de las responsabilidades personales dentro de la comunidad, seminarios y educación sobre habilidades de empleo, habilidades sociales y de comunicación, habilidades de afrontamiento y fortalecimiento de los lazos familiares.

El Programa de Intervención Global está disponible en seis prisiones de España.

Este modelo de Gestión de Caso y Atención Integral está centralizado y tiene una financiación híbrida.



CASECARE
MANAGEMENT

San Patrignano, Italia

- Fundado en 1978 en Rimini, Italia
- ONG italiana: modelo de comunidad terapéutica
- Tratamiento adecuado al género y a la edad e intervención de Gestión de Caso y Atención Integral que conduzca a la reinserción social
- Modelo de Gestión del Caso y Atención Integral: Trabajo independiente y descentralizado con la Oficina de Ejecución Clínica Externa
- Financiación híbrida: Principalmente privado, incluyendo una gran contribución del voluntariado



6.25

Diga

Según la legislación italiana, el consumo de drogas se considera una infracción administrativa. Las drogas son ilegales, pero su consumo por sí solo no constituye un delito. Además, los artículos 90 y 94 del Decreto del Presidente de la República Italiana 309/1990 (DPR 309/1990) permiten a las personas involucradas en el sistema justicia con trastornos por consumo de drogas y/o alcohol solicitar penas alternativas y salir de la cárcel en libertad condicional para seguir un tratamiento para trastorno de consumo de sustancias.

San Patrignano se encuentra entre los proveedores de tratamiento italianos que acogen a menores, mujeres y hombres en conflicto con la ley, integrándolos en la vida comunitaria y en un programa de rehabilitación e inserción social. Se trata de la más grande comunidad residencial de rehabilitación de drogas de Europa, que ofrece tratamiento libre de drogas a los jóvenes de forma totalmente gratuita. Se financia con la gran variedad de actividades productivas artesanales de alta calidad que se han creado para proporcionar formación laboral y un sentido de la dignidad a las personas en el programa.

San Patrignano aplica un modelo descentralizado de Gestión de Caso y Atención Integral en colaboración con las Oficinas de Ejecución Clínica Externa (*Uffici di Esecuzione Penale Esterna*, o UEPE, por sus siglas en italiano). San Patrignano es un actor clave que cubre algunas de las funciones cruciales de la Gestión de Caso y Atención Integral en el modelo italiano de alternativas al encarcelamiento.

Su oficina jurídica realiza las funciones de Gestión de Caso y Atención Integral y colabora con los Servicios Nacionales de Adicciones italianos para llevar a cabo la evaluación toxicológica. También cuenta con un equipo de psicólogos y psiquiatras para diagnosticar enfermedades mentales coexistentes. Las Oficinas de Ejecución Clínica Externa trabajan con las derivaciones y las personas participantes que entran en tratamiento y con los servicios sociales en las fases de reinserción.

San Patrignano cuenta con financiación híbrida.



Alternativas de Tratamiento para Comunidades Seguras (TASC), Estados Unidos

- Creado a finales de la década de 1970 en Illinois
- Funciona como puente entre el sistema judicial, el sistema de salud y la comunidad
- Garantizar el acceso a las intervenciones basadas en el tratamiento en todo el espectro del sistema judicial
- Claro ejemplo de gestión especializada de casos en Estados Unidos
- Utiliza un modelo centralizado independiente y funciona con financiación híbrida.



6.26

Diga

TASC Inc. de Chicago, Illinois, fue creado en 1976 por Melody Heaps en asociación con la Comisión de Drogas Peligrosas de Illinois y el Tribunal de Circuito del Condado de Cook. Inicialmente, utilizó fondos federales para ofrecer servicios de colocación en tratamiento, de seguimiento y control clínico para complementar la libertad condicional tradicional para personas con consumo problemático de heroína. (En aquella época, un gran número de veteranos de Vietnam entraban en el sistema de justicia penal por delitos relacionados con el consumo de heroína). En cinco años, el TASC se había expandido más allá del condado de Cook para llegar a todas las jurisdicciones de Illinois.

Con el paso de las décadas, TASC ha ampliado sus servicios para las personas implicadas en el sistema judicial, desde la derivación previa a la detención hasta los programas de reinserción, y ha desarrollado programas de justicia juvenil, salud pública y sistemas de bienestar infantil.

El modelo TASC fue en muchos sentidos un precursor de los tribunales de tratamiento de drogas.

Cada punto en el sistema judicial, desde antes de la detención hasta la libertad condicional y la libertad vigilada, es un punto de decisión en el que se puede derivar a las personas a los servicios necesarios en las comunidades. La gestión de casos especializada en TASC ayuda a garantizar que las personas participantes sean evaluadas correctamente y colocadas en los servicios que necesitan, pero también que sigan participando en los servicios a medida que realizan cambios significativos en sus vidas.

El TASC utiliza un modelo centralizado independiente y funciona con financiación híbrida.

Fuente: TASC. (2018). *40+years promoting Health and Justice*

Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe remitirse a la página 258 del Manual del Participante.

Diga

Antes de terminar esta sesión, me gustaría que se tomaran unos minutos para escribir sus pensamientos y responder a las siguientes preguntas:



Basándose en la información proporcionada en este módulo, ¿Qué combinación de enfoques creen que será la más eficaz en sus jurisdicciones?

¿Qué combinación de enfoques creen que sería la más práctica de aplicar?

¿Qué obstáculos o dificultades de aplicación prevén?

Instrucciones de enseñanza: Al final del ejercicio, el instructor puede pedir a los participantes que compartan sus ideas y facilitar un breve debate sobre ellas. El instructor debe mencionar que las aportaciones de los participantes se utilizarán durante el ejercicio interactivo del módulo 10 sobre planificación de la acción. El tiempo dedicado a responder a estas preguntas es relevante e importante para lograr los resultados deseados para esta formación.



Recapitulación y mensaje para llevar a casa

"Sé el cambio que deseas ver en el mundo"

Mahatma Gandhi



OEA | CICAD



6.28

Diga

Todas las organizaciones y programas que hemos conocido hoy fueron creados por personas que vieron un problema en sus sociedades y comunidades y quisieron hacer algo al respecto. En los años 70, el principal problema era el consumo de heroína. Hoy en día, gracias a una amplia investigación, sabemos más sobre las drogas, los patrones de consumo, el desarrollo del cerebro y las consecuencias del consumo de drogas. Sin embargo, debemos seguir recordando que, en el fondo, todos somos seres humanos con esperanzas, sueños y problemas; y lo tenemos en cuenta a la hora de planificar la Gestión de Caso y Atención Integral.

Muchos de estos programas existen desde hace más de 40 años, pero cada uno de ellos comenzó como un pequeño programa piloto, en situaciones exactamente iguales a las de cada uno de ustedes. No debemos tener miedo de ser ambiciosos, incluso cuando apenas estemos dando los primeros pasos.

MODELOS DE GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL

Página de recursos 6.1 Modelos internacionales de la Gestión de Caso y Atención Integral

A. Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral integrados en el marco de los tribunales de tratamiento de drogas

Modelo belga Liaison: Popov GGZ - Bélgica

Según la **legislación belga** (Nota Federal de Política de Drogas 2001 y Declaración Comunal 2010) **la adicción se considera un problema de salud pública**. El **objetivo principal de la estrategia nacional es prevenir y limitar los riesgos de los trastornos por consumo de sustancias y sus consecuencias para el conjunto de la sociedad** (Triple R 2017).

Bélgica promueve **un modelo alternativo al encarcelamiento, que desplaza el foco de atención del castigo al tratamiento y en el que los expertos belgas buscan las mejores prácticas en el extranjero**. Se inspiraron en los tribunales de tratamiento de drogas de Estados Unidos y Canadá (TTD). El **Tribunal de Drogas belga, creado en Gante en 2008** es el **primer modelo europeo** que reproduce y adapta el modelo estadounidense y canadiense para un marco nacional.

Durante la implementación piloto del Tribunal de Tratamiento de Drogas, **surgieron algunos desafíos clave que debían ser abordados. Las personas participantes** entraban en las medidas alternativas a la salida del entorno penitenciario, **sin la preparación y modelos de asesoramiento adecuados, lo que provocaba un mal rendimiento del tratamiento y un alto índice de deserción**. Para abordar estas importantes cuestiones, se introdujo una nueva figura profesional denominada **Liaison** —enlace, en francés—.

Popov GGZ es una ONG independiente que trabaja con el Tribunal de Tratamiento de Drogas y presta servicios de enlace con las personas participantes. El modelo belga Liaison es un ejemplo de **Gestión de Caso y Atención Integral integrada**. Un informe de evaluación describió a **Liaison como una figura de apoyo humano que refleja el concepto de el buen vecino (Triple R 2017)**. Liaison desempeña todas las funciones del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral, comparte los valores fundamentales, está integrado en el enfoque multisistémico y se centra en promover la integración social satisfactoria de las personas participantes, **al tiempo que reduce la reincidencia y logra comunidades inclusivas**.

Puede encontrar más información sobre Popov GGZ y su trabajo en <https://www.popovggz.be>.

Tribunales de tratamiento de drogas CAMH - Canadá

Los **tribunales de tratamiento de drogas en Canadá** comenzaron **bajo la jurisdicción del Departamento de Justicia de Canadá con el modelo de Toronto en diciembre de 1998** como parte de la **Estrategia Nacional Federal Antidroga**, como parte del compromiso del Gobierno Federal **para abordar la delincuencia y el consumo de drogas en Canadá**; y son parte de la **estrategia de justicia penal del gobierno federal**. Las **disposiciones de condena mínima obligatoria del Código Penal** (cuando el trastorno por consumo de sustancias sea un factor de **comportamiento delictivo**) y de la **Ley sobre Drogas y Sustancias Controladas (CDSA)** prevén una exen-

ción para los participantes en un TTD que completen el programa, aunque se les siguen pidiendo cuentas. La legislación también permite condiciones únicas y prolongadas **de fianza en el contexto de un tribunal de tratamiento de drogas, que dura toda la participación activa en el programa.**

Los tribunales son **tribunales provinciales** y, por tanto, el **gobierno federal respeta la autoridad provincial/territorial para la administración de justicia** (CAHM 2019).

El CAMH es un hospital de adicciones y salud mental y un centro de investigación que ofrece servicios de tratamiento tanto hospitalario como ambulatorio. El programa del Tribunal de Tratamiento de Drogas es uno de los programas clínicos del CAMH, que funciona dentro del programa más amplio de cuidados agudos. El programa del Tribunal de Tratamiento de Drogas proporciona **servicios clínicos que incluyen la Gestión de Caso y Atención Integral, grupos de tratamiento, asesoramiento individual, evaluación psiquiátrica y terapia de sustitución de opiáceos y análisis de drogas** para los participantes en el Tribunal de Tratamiento de Drogas.

El modelo de TTD del CAMH amalgama las funciones de **tratamiento terapéutico y de Gestión de Caso y Atención Integral, pero estos tienen funciones distintas.** El modelo de Gestión de Caso y Atención Integral permite **un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral asignado a cada persona participante, quien dará seguimiento desde el comienzo del programa de TTD y según sea necesario hasta la finalización de la fase 1 (graduación) y durante toda la fase 2 (libertad condicional).** El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral proporciona **un servicio integral centrado las personas participantes y en el trauma. Este atiende las necesidades básicas; aborda y mejora los determinantes sociales de la salud; establece metas y las reorienta; evalúa riesgos; ayuda a navegar todos los sistemas; facilita la evaluación y derivación; se involucra en la defensa, el acompañamiento, el apoyo de pares, un enfoque de equipo completo y una relación ética, profesional y terapéutica sólida.**

Para más información, visite el sitio web del Tribunal de Tratamiento de Drogas de Toronto en <https://www.tdtd.ca>.

Modelo de Gestión de Caso y Atención Integral chilenos: La Dupla - Chile

Los Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile comenzaron como un proyecto piloto en la ciudad de Valparaíso en 2004. Fue originalmente **una iniciativa de jueces, fiscales y defensores** que, con el apoyo de la **Embajada de Estados Unidos en Chile**, la **Fundación Paz Ciudadana** y el entonces **Consejo Nacional de Drogas** (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, **CONACE**), que actualmente se conoce como **Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)** y el **Ministerio de Salud, crearon el modelo chileno.** Gracias a la cooperación con Estados Unidos, los jueces chilenos pudieron viajar al extranjero para familiarizarse con el modelo estadounidense. **En 2012, se firmó un Memorando de Entendimiento (MoU) con las partes interesadas pertinentes y se estableció oficialmente el programa del Tribunal de Tratamiento de Drogas para adultos bajo el auspicio del Ministerio de Justicia.**

La justicia terapéutica está al centro del modelo de los tribunales de tratamiento de drogas e implica una constante y estrecha coordinación y cooperación entre todos los actores involucrados en el programa. La **gestión de casos** dentro del Tribunal de Tratamiento de Drogas de Chile está gestionada por un equipo de dos profesionales llamados **Dupla Psicosocial.** Los dos profesionales son **un/a psicólogo/a** y **un/a trabajador/a social.** Estos adoptan un **enfoque biopsicosocial para interactuar con las personas con trastornos por consumo de sustancias** utilizando una perspectiva interdisciplinar **para abordar los problemas biológicos, psicológicos y sociales que coexisten y se interrelacionan.**

La Dupla Psicosocial es un **modelo integrado, descentralizado** y está **financiado públicamente a través de SENDA y el Ministerio de Justicia.**

La Dupla Psicosocial **se encarga de la Gestión de Casos durante todo el proceso, desde la primera reunión con la persona participante hasta la finalización del programa.** Esta realiza la detección inicial, utilizando una **herramienta de detección estandarizada (la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias - ASSIST)** y siguen con una entrevista de evaluación para determinar la elegibilidad de la persona para participar en el programa y si puede obtener la suspensión del procedimiento judicial con el objetivo de entrar en tratamiento. La Dupla Psicosocial **trabaja con las personas participantes en prisión preventiva**, así como con **participantes remitidos por el fiscal —o bien, una parte acusada— que ya han obtenido la suspensión del procedimiento.**

La Dupla **deriva a la persona participante al tratamiento y mantiene un contacto estrecho y constante con los proveedores de tratamiento y servicios, que son principalmente instituciones privadas que ofrecen programas de rehabilitación.** SENDA y el Ministerio de Justicia crearon puntos de referencia de calidad para el tratamiento del consumo de sustancias y proporcionan asistencia, supervisión y formación para crear profesionales del tratamiento capaces de tratar a personas con trastorno de consumo de sustancias que están en conflicto con la ley, educándoles acerca del continuo del sistema judicial, así como en sus requisitos y expectativas.

Programa Aleros - Uruguay

El Programa Aleros es un programa apoyado por el gobierno en Uruguay que promueve la integración social de personas con trastorno de consumo de sustancias a nivel comunitario. Establecido en 2012 (el programa está implementado **por organizaciones de la sociedad civil bajo la tutela y liderazgo de la Red Nacional de Atención y Tratamiento de Drogas (RENADRO)** y recibe **financiación pública de la Junta Nacional de Drogas.**

El Programa Aleros **es un modelo de intervenciones comunitarias implementado en municipios locales por organizaciones de la sociedad civil.** Estas organizaciones emplean a un equipo de dos profesionales que se relacionan con las personas con TCS en diferentes ámbitos (calles, centros comunitarios, albergues, programas sociales, empleo, ocio y centros de salud, entre otros) **con el objetivo principal de crear un vínculo y ofrecer asistencia y orientación** para abordar las necesidades primarias y conectar con los recursos de tratamiento y/o atención sanitaria. La intervención **es una forma de tratamiento no institucionalizado que promueve reuniones semanales con los participantes del programa, construye una relación y desarrolla planes y estrategias futuras para responder a sus necesidades** (Romar, Curbelo, Estela 2015). Esta Gestión de Caso y Atención Integral es un **modelo descentralizado** en el que más de un organismo desempeña funciones.

La interacción es **muy informal**, y los profesionales **crean una conexión con los participantes** y valoran sus opiniones y su participación activa en el desarrollo de un plan de vida personalizado y flexible. Se presta especial atención a **combinar la rehabilitación y la reincorporación a la vida laboral o a encontrar un puesto de trabajo formal** que apoye a los participantes y les proporcione **estabilidad y apoyo mientras cambia su motivación en la vida.** Aleros es un programa de la Red Nacional de Atención y Tratamiento de Droga (RENADRO) de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay.

Modelo de tribunales de tratamiento de drogas - EEUU

Los tribunales de tratamiento de drogas son una solución innovadora y eficaz para abordar el consumo de sustancias dentro del sistema de justicia penal. El primer tribunal de drogas se creó en 1989 en Miami, Florida, y desde entonces el modelo se ha reproducido en todo Estados Unidos, Europa y otras regiones. Estos programas judiciales ofrecen a las personas la oportunidad de someterse a un tratamiento a largo plazo contra las drogas y aceptar la supervisión del tribunal en lugar de recibir una pena de prisión. **El programa intensivo requiere que los participantes mantengan la recuperación**, asuman responsabilidades y trabajen para cambiar su estilo de vida. Bajo la supervisión y

la autoridad del tribunal, se controla su progreso. En definitiva, los tribunales de tratamiento de drogas reducen la delincuencia y crean un cambio positivo en la vida de las personas.

Los programas de los tribunales de drogas suelen incluir lo siguiente:

- **Participación durante varios meses o años para establecer y mantener estrategias de recuperación a largo plazo;**
- **Controles de drogas frecuentes y aleatorios;**
- **Tratamiento clínico** para los trastornos por consumo de sustancias;
- **Gestión de casos como parte de un equipo de tratamiento**, garantizando que los participantes estén conectados a oportunidades de empleo, servicio comunitario, actividades prosociales y educación;
- Comparecencias frecuentes en los tribunales;
- **Recompensas por mantener los planes de tratamiento y sanciones por incumplimiento de las obligaciones; y,**
- Apoyo y estímulo por parte del equipo del tribunal de drogas.

La Gestión de Caso y Atención Integral en el entorno de los tribunales de tratamiento de drogas es un componente clave para garantizar la coordinación y la colaboración entre las numerosas partes interesadas dichos tribunales (Monchick, Scheyett, Pfeifer 2006). La gestión de casos proporciona un apoyo al modelo de tribunales de drogas mediante la coordinación en las siguientes áreas:

- **Vincular** la persona participante con servicios pertinentes y eficaces;
- **Supervisar** los servicios y vincular a los participantes a ellos; y
- **Compartir información relevante** recopilada durante las etapas de evaluación y seguimiento con todo el equipo del tribunales de tratamiento de drogas (Monchick, Scheyett, Pfeifer 2006).

Los tribunales de tratamiento de drogas de Estados Unidos funcionan con financiación pública.

B. Modelos independientes de Gestión de Caso y Atención Integral

Proyecto Hombre - España

Desde 1984, Proyecto Hombre ha trabajado **con más de 18,000 personas con trastornos por consumo de sustancias y promovido el acceso a programas de tratamiento y reinserción social**. Según la **Constitución de España, Artículo 25, toda intervención de la justicia que limite la libertad personal estará orientada a la reeducación e integración social**. El mismo concepto se refleja en el **artículo 1 de la Ley Orgánica General Penitenciaria (OGP 2003)**. En este marco, Proyecto Hombre trabaja tanto **en entornos penitenciarios como en programas de integración social** al ofrecer oportunidades a las personas con trastornos por consumo de sustancias para que empiecen a rehacer su vida mientras cumplen su condena.

El **Programa de Motivación y Derivación** se dirige a las personas con trastornos por consumo de sustancias **en prisión para informarles sobre las opciones de tratamiento, incrementar su motivación** en el logro de la abstinencia y prepararles para acceder a los programas de tratamiento al salir de prisión. El programa está disponible en **31 prisiones de España** y actualmente **cuenta con 1,600 personas**. Desde **1993, el programa ha atendido a 36,197 personas** (Proyecto Hombre 2017).

El **Programa de Intervención Global**, que se estableció en **1998** como un **programa piloto** y que se ha consolidado a lo largo de los años, es un **ejemplo de comunidad terapéutica en un entorno penitenciario** y demuestra una cooperación conjunta entre la institución penitenciaria de Madrid (Soto del Real) y Proyecto Hombre. El programa ofrece un **enfoque holístico que abarca la metodología de Proyecto**

Hombre con base en intervenciones biopsicosociales dirigidas a promover el desarrollo personal, las habilidades interpersonales, así como el empoderamiento y las habilidades de empleabilidad. El Programa de Intervención Global se ejecuta en dos fases:

Fase 1 - Motivación: Evaluación, entrevista motivacional y terapia de grupo sobre drogas, salud, prevención de recaídas y entrevistas personales

Fase 2 - Comunidad: Programa de integración social personalizado, aumento de las responsabilidades personales en la comunidad, seminarios y formación sobre orientación laboral, habilidades sociales y de comunicación, habilidades de afrontamiento, reunión y vinculación familiar.

El Programa de Intervención Global está disponible en **6 centros penitenciarios** de toda España y **desde 1998 ha atendido a 7,691** personas (Proyecto Hombre 2017)

El modelo de Gestión de Caso y Atención Integral está centralizado y cuenta con financiación híbrida. Más información sobre Proyecto Hombre en <https://proyectohombre.es>.

San Patrignano - Italia

Según la **legislación italiana**, el consumo de drogas se considera una infracción administrativa, pero no constituye un delito. **Los artículos 90 y 94 del DPR 309/1990** permiten **a las personas involucradas en la justicia con trastornos por consumo de drogas y/o alcohol solicitar penas alternativas y salir de la cárcel en libertad condicional con el objetivo de participar en programas de tratamiento para su problema de trastornos por consumo de sustancias** (Informe anual sobre drogas 2017).

La ley italiana se inspira en el principio de que **los institutos penitenciarios no suelen constituir el lugar ideal para facilitar el acceso y la permanencia en el tratamiento por TCS** y, por lo tanto, las medidas alternativas están destinadas **a facilitar el acceso y la permanencia en los programas de tratamiento que proporcionan una intervención de salud pública, al tiempo que abordan la seguridad pública**.

Las **Oficinas de Ejecución Clínica Externa** (Uffici di Esecuzione Penale Esterna; UEPE, su acrónimo en italiano) son una **parte interesada clave que cubre algunas de las funciones cruciales de la Gestión de Caso y Atención Integral en el modelo italiano de alternativas al encarcelamiento**. En Italia **no hay ninguna disposición sobre el tratamiento obligatorio** y, para salir de la cárcel con fines de tratamiento, **la persona infractora tiene que presentar una solicitud** al juez y someterse a un examen toxicológico administrado por los servicios nacionales de adicción para certificar el estado de adicción y la necesidad de tratamiento (Triple R 2017). UEPE trabaja con el proveedor de tratamiento, el sistema judicial y los servicios sociales para supervisar el acceso al tratamiento y el cumplimiento del programa terapéutico y su aplicación de acuerdo con la legislación italiana.

En diciembre de 2017, **3,146 personas accedieron a alternativas al encarcelamiento** (artículo 94 del DPR 309/1990), lo que demuestra una tendencia creciente desde 2015. **El factor de retención del tratamiento registrado es del 90%, lo que demuestra el éxito de la medida**.

San Patrignano se encuentra **entre los proveedores de tratamiento italianos que acogen a menores, mujeres y hombres infractores en medidas alternativas, integrándolos en la vida comunitaria y en los programas de rehabilitación e inserción social**. San Patrignano es la comunidad residencial de rehabilitación de drogas más grande de Europa, que ofrece tratamiento a los jóvenes de forma totalmente gratuita, y obtiene sus ingresos de la gran variedad de empresas de alta calidad que ha creado y que proporcionan formación laboral y un sentido de dignidad a las personas en el programa.

Desde 1980, San Patrignano ha atendido a 4,172 personas en conflicto con la ley; ha sustituido más de 4,200 años de prisión y los ha convertido en programas de rehabilitación.

En el último año (datos de 2018), San Patrignano atendió a 187 residentes en penas alternativas, siguió 578 procesos judiciales y sustituyó 110 años de prisión, lo que ahorró al Estado italiano más de 8 millones de euros (San Patrignano 2018).

San Patrignano es un ejemplo de modelo de Gestión de Caso y Atención Integral independiente y descentralizado. Su oficina jurídica realiza las funciones de Gestión de Caso y Atención Integral y colabora con los Servicios Nacionales de Adicciones italianos para llevar a cabo la evaluación toxicológica. La agencia emplea a un/a psicólogo/a y un/a psiquiatra para comprobar las enfermedades mentales coexistentes con las Oficinas de Ejecución Clínica Externa para la derivación y la entrada en tratamiento y con los servicios sociales en las fases de integración. Además, **el/la gestor/a de caso mantiene una estrecha relación con la persona responsable del programa de tratamiento y la persona supervisora al mantenerse mutuamente informados sobre los avances en la rehabilitación de la persona en el programa.** La oficina jurídica de San Patrignano **defiende y educa a los residentes sobre sus derechos y su deber de cumplir las medidas alternativas y envía informes periódicos según lo requerido por la justicia.**

Más información sobre San Patrignano en www.sanpatrignano.org.

Alternativas de Tratamiento para Comunidades Seguras (TASC) - Estados Unidos

Alternativas de Tratamiento para Comunidades Seguras (TASC) **se creó como un programa piloto financiado por el gobierno federal de Estados Unidos con el objetivo de crear una respuesta al creciente número de veteranos de Vietnam que entraban en los tribunales penales por su consumo de heroína.** Otros programas siguieron con la intención de desviar los delitos no violentos fuera del sistema judicial y hacia un tratamiento de drogas supervisado en la comunidad.

TASC Inc. de Chicago, Illinois, fue creado en 1976 por Melody Heaps en asociación con la Comisión de Drogas Peligrosas de Illinois y el Tribunal de Circuito del Condado de Cook. Utilizó fondos federales para crear una agencia independiente que proporcionara servicios de colocación en tratamiento, seguimiento clínico y supervisión como complemento a la libertad condicional tradicional para personas con consumo problemático de heroína. En cinco años, TASC se había expandido más allá del condado de Cook para llegar a todas las jurisdicciones del estado de Illinois. Con el paso de las décadas, TASC ha ampliado sus servicios para las personas implicadas en el sistema judicial, desde la derivación previa a la detención hasta los programas de inserción, y ha desarrollado programas de justicia juvenil, salud pública y sistemas de bienestar infantil (TASC 2018).

Desde el principio, **los servicios básicos de TASC han incluido una evaluación clínica centrada en las fortalezas y las necesidades, la defensa de la persona participante (que TASC llama cliente o la clienta) , su colocación en tratamiento, la presentación de informes a las entidades de derivación y la coordinación de la atención continua, todo ello basado en un compromiso constante de alejar a las personas de las instituciones gubernamentales y llevarlas gozar de la salud y la recuperación comunitarias.** El modelo TASC fue un precursor de los tribunales de tratamiento de drogas.

Cada punto en el sistema judicial, desde antes de la detención hasta la libertad condicional y la libertad vigilada, es un punto de decisión en el que se puede derivar a las personas a los servicios necesarios en las comunidades. (TASC 2018). La Gestión de Caso y Atención Integral especializada en TASC **ayuda a garantizar que las personas sean evaluadas correctamente y colocadas en los servicios que necesitan, pero también que sigan participando en los servicios a medida que realizan cambios significativos en sus vidas.** TASC ofrece una evaluación exhaustiva para ayudar a las personas participantes a definir su punto de partida. Para las personas con trastornos por consumo de sustancias, el acceso al tratamiento suele ser solo el comienzo de un nuevo camino en la vida. **TASC ayuda a las personas en conflicto con la ley a navegar por el sistema judicial, a acceder a los servicios y a encontrar apoyo de los compañeros y de la comunidad a fin de satisfacer sus necesidades más urgentes** (TASC 2018).

Los **servicios especializados de gestión de casos del TASC apoyan toda la gama de alternativas a la encarcelación. Los hombres y mujeres a los que atiende TASC se reintegran en sus comunidades, reduciendo la probabilidad de reincidencia y re-encarcelamiento.** En todo Illinois, estos programas ayudan a aliviar la presión sobre el poder judicial, al tiempo que ahorran dinero a los contribuyentes, hacen que las comunidades sean más seguras y proporcionan a las personas oportunidades para reconstruir sus vidas.

TASC ofrece asesoramiento y asistencia técnica en todo el mundo.

TASC utiliza un modelo centralizado independiente y funciona con financiación híbrida. Puede encontrar más información sobre TASC en www.tasc.org.



MÓDULO 7

La interacción del Gestor/a de Caso en el enfoque multisistémico

Lista de control de preparación

Contenido y duración

Metas y objetivos

Diapositivas de PowerPoint

MÓDULO 7

Módulo 7 Lista de control de preparación

- Revise la sección “Primeros pasos” para obtener información general sobre la preparación en la página 14 de este manual
- Vista previa del módulo 7
- Prepare el ejercicio interactivo: reúna lo siguiente:
 - Una pila de papel tamaño carta (o A4) para cada mesa
 - Blocs de notas adhesivas para cada mesa
 - Rotuladores de colores y una pila de papeles de colores en cada mesa

Módulo 7 Contenido y duración

Actividad	Tiempo
Módulo 7 – La interacción del Gestor de Caso y Atención Integral en el enfoque multisistémico	120 minutos
Presentación: El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y el sistema judicial	10 minutos
Ejercicio interactivo: Estudio de caso 1	20 minutos
Presentación: El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y la persona participante	10 minutos
Ejercicio interactivo: Estudios de caso 2 y 3	20 minutos
Presentación: El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y los servicios sanitarios y sociales	10 minutos
Ejercicio interactivo: Estudio de caso 4	20 minutos
Presentación: El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y comunidades	10 minutos
Ejercicio interactivo: Estudio de caso 5	20 minutos
Pausa	15 minutos

Módulo 7 Metas y objetivos

Objetivos de formación

- Presentar cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con el poder judicial
- Ilustrar cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con la persona participante
- Proporcionar una visión general sobre cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con los servicios sanitarios y sociales
- Proporcionar una visión general de cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con las comunidades

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el Módulo 7 serán capaces de lo siguiente:

- Comprender y describir cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con el sistema judicial
- Comprender y describir cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con la persona participante
- Comprender y describir cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con los servicios sanitarios y sociales
- Comprender y describir cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con las comunidades



LA INTERACCIÓN DEL GESTOR/A DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL EN EL ENFOQUE MULTISISTÉMICO



Diga

En los módulos anteriores, hemos aprendido los valores fundamentales, los elementos críticos, las funciones y los modelos de Gestión de Caso y Atención Integral. Este módulo analiza cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con diferentes actores y examina cómo el compromiso del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral con cada uno de ellos añade valor.

El módulo es muy interactivo y ofrece estudios de casos y ejemplos concretos para ayudar a los participantes a familiarizarse con el trabajo diario del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral.



MÓDULO 7

Objetivos

Comprender cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con el sistema judicial.

Comprender cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con la persona participante.

Comprender cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con los servicios sanitarios y sociales.

Comprender y describir cómo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral trabaja con las comunidades.



OEA CICAD 

7.2

Diga

Al final de este módulo, comprenderán cómo funciona el papel del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y su relación con el poder judicial, la persona participante, los servicios sanitarios y sociales y las comunidades.



Diga

Recapitaré brevemente algunos elementos que hemos tratado en los módulos anteriores. En esta diapositiva, verán un gráfico que presenta las principales partes interesadas con las que trabaja el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral. Analizaremos el tipo de relación que el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe establecer con cada uno de estos actores.



Diga

Como vimos en el Módulo 3, hay numerosos puntos a lo largo del proceso de justicia penal en los que la Gestión de Caso y Atención Integral puede proporcionar alternativas al encarcelamiento basadas en el tratamiento para las personas con un TCS.

Instrucciones de enseñanza: Revisar las aportaciones y sugerencias del Módulo 3 sobre el sistema de justicia, según proceda.

En este punto de la formación, y basándose en las aportaciones de los participantes, los instructores podrían formarse una idea preliminar de los posibles programas que podrían acoger las intervenciones de la Gestión de Caso y Atención Integral.

Al observar la figura del poder judicial, el/la instructor/a podría recordar a los participantes que existen múltiples opciones para una intervención de Gestión de Caso y Atención Integral a lo largo del sistema judicial. Del mismo modo, aunque los participantes pueden tener ya algunas ideas para la aplicación de la Gestión de Caso y Atención Integral, es bueno tener en cuenta que la Gestión de Caso y Atención Integral puede ayudar al poder judicial en múltiples puntos del sistema de justicia penal para ofrecer alternativas a los infractores no violentos.

Diga

Hay varias opciones que podrían considerarse. Entre ellas están:

1. Derivación
2. Tribunal de tratamiento de drogas (TTD)
3. Corrección
4. Reingreso

¿Qué le parece? ¿Qué área le interesaría explorar más a fondo y tal vez abordar en el ejercicio de grupo?

Instrucciones de enseñanza: El co-instructor debe anotar los comentarios de los participantes sobre las posibles opciones para la gestión de la atención de casos en el país. Esta información es relevante para ayudar al instructor y a los participantes a determinar las opciones para los subgrupos en el ejercicio interactivo del Módulo 10.



La Gestión de Caso y Atención Integral y el sistema judicial

ESTUDIO DE CASO 1



OEA CICAD



7.5

Diga

Vamos a trabajar en un estudio de caso para analizar cómo interactúa la Gestión de Caso y Atención Integral con el poder judicial.

El estudio de caso 1 se encuentra en la página 200 del Manual para participantes. Leamos el caso en voz alta.

Estudio de caso 1

Un lunes por la mañana en un juzgado, la jueza R. está sentada en su despacho, preparándose para el día y leyendo los papeles de la pesada carpeta que tiene sobre su mesa. Pasando las páginas, encuentra un acta de defunción. Se da cuenta de que es la tercera acta de defunción que recibe este mes. Lee más buscando los detalles de la persona que ha muerto. En la parte superior del acta de defunción, encuentra la información: Robert, 25 años, sobredosis. Robert había pasado tres veces por su tribunal en los últimos meses. Era un hombre tímido; apenas dijo una palabra durante sus audiencias, y dejaba que su abogado hiciera la mayor parte de la conversación. Hubo algunas sospechas de que estaba consumiendo drogas, pero nunca se realizó una prueba de drogas o un examen adecuado. La jueza R. se siente frustrada y conmovida por la muerte de Robert y por las otras muertes que han ocurrido y que probablemente seguirán ocurriendo, como resultado de la incapacidad del sistema judicial para brindar servicios adecuados. Como jueza, quiere marcar la diferencia, tomar las decisiones correctas y ayudar a la gente, pero a veces es muy difícil identificar los servicios adecuados. La jueza R. empieza a contemplar lo que podría haberse hecho de otra manera para apoyar mejor a Robert y a otras personas como él. Se siente muy sola.



Pregunta

¿Cómo podría haber ayudado la gestión de casos y atención integral a la jueza R?

Pregunta adicional:

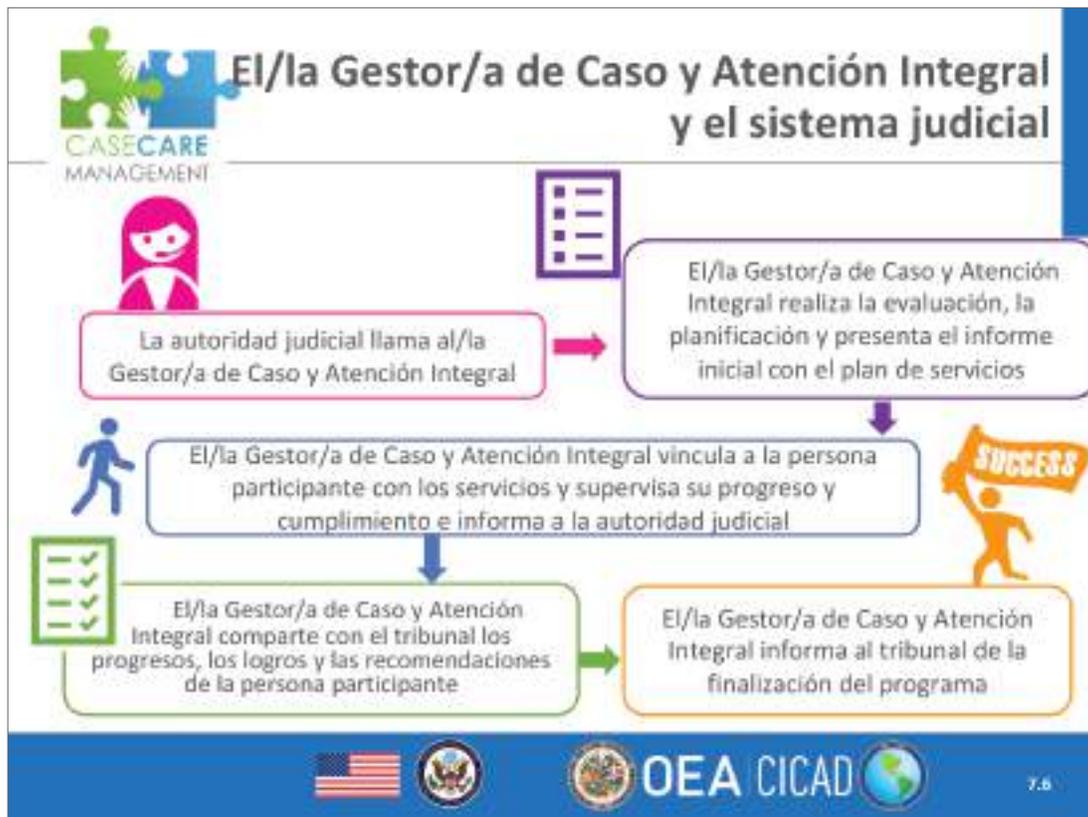
- Para aquellos de ustedes que son jueces, ¿cómo se relaciona este estudio de caso y atención integral con su experiencia?

Abra el turno de comentarios y facilite el debate.

Los siguientes son puntos importantes que deberían surgir del debate. (Si no es así, asegúrese de plantearlas usted mismo/a).

El certificado de defunción demostró un fracaso del sistema judicial.

- Había sospechas de un TCS, pero no se realizó ninguna detección o prueba.
- Se podría haber utilizado un enfoque de Gestión de Caso y Atención Integral para proporcionar una evaluación estandarizada.
- La jueza se siente sola.
- La Gestión de Caso y Atención Integral podría proporcionar tranquilidad al ocuparse de la persona participante, preparar un plan y hacer un seguimiento con la autoridad judicial.



Diga

Esta diapositiva resume los pasos de la interacción del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral con la autoridad judicial:

- La autoridad judicial toma la iniciativa y llama al Gestor de Caso y Atención Integral para que realice la evaluación siempre que se sospeche de un TCS.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral lleva a cabo la evaluación y se encarga de la fase de planificación con la persona participante, y luego informa a la autoridad judicial para que la examine y apruebe.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral realiza la derivación cálida y el proceso de seguimiento, informando, al tiempo que se comunica regularmente con la autoridad judicial.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral comparte con el tribunal los progresos, los logros y las recomendaciones de la persona participante.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral informa al tribunal sobre la finalización del programa.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral
Añade valor al sistema judicial

CASECARE
MANAGEMENT

**AUTORIDAD
JUDICIAL**

- Socio fiable
- Evaluación estandarizada de la calidad
- Información y experiencia clínica
- Compromiso e información
- Conectado con las comunidades

USA OEA CICAD

Diga

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral añade valor a la autoridad judicial y es un socio fiable.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral está a solo una llamada de distancia y puede proporcionar una evaluación de calidad estandarizada, planificación del sistema e información y experiencia clínica.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se compromete con la persona participante, asegurando a la autoridad judicial que sus casos se tratan de forma profesional.

La autoridad judicial recibe informes periódicos sobre los progresos de las personas participantes gracias a la sólida relación y las sinergias que el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral ha establecido con los proveedores de servicios. También se informará a la autoridad judicial si surgen problemas y las medidas que se toman para resolverlos.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral promueve las conexiones con la comunidad local y la reintegración social.

Para reforzar aún más la colaboración con la autoridad judicial, si es posible, la oficina del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debería situarse en un lugar conveniente y accesible (cerca del tribunal, si es una opción), para facilitar la interacción diaria y la accesibilidad de las personas participantes a los servicios.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral y la persona participante

CASECARE MANAGEMENT

Persona participante

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral es un defensor de la persona participante

Relación

Confidencialidad

Entender los TCS

Estudios de caso 2 y 3: En ambos casos, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral recibe una llamada de una persona participante

USA OEA CICAD

7.8

Diga

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral es un defensor de la persona participante. Siempre tiene en cuenta el interés de la persona participante.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral crea una relación con la persona participante basada en el respeto mutuo y la transparencia establece el tono desde la primera reunión, es proactivo y utiliza técnicas de entrevista motivacional para comprometerse con la persona.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral protege la confidencialidad del individuo. Salvaguarda su privacidad y sabe qué información debe compartirse con la autoridad judicial.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral comprende la naturaleza clínica de los trastornos por consumo de sustancias y sabe que la recaída forma parte del proceso.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se asegura de que los objetivos y la planificación de los servicios se establezcan con la persona participante, se centren en ella y se diseñen para lograr tanto las expectativas del programa como las necesidades de la persona participante.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral **respeto la persona participante y no socava su apropiación del proceso**. Siempre anima a la persona participante a asumir una responsabilidad y un liderazgo graduales.

A continuación, voy a presentarles dos ejemplos sobre cómo un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral puede interactuar con las personas participantes. En ambos casos, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral recibe una llamada de una persona participante. Veamos los escenarios. Se encuentran en la página 200-201 del Manual de participantes.

Estudio de caso 2 (escenario positivo)

Melania, de 35 años, llama a su Gestor de Caso y Atención Integral para decirle que acaba de conseguir un nuevo trabajo. Melania está bajo libertad condicional y tiene poca experiencia laboral. Estaba preocupada por no poder encontrar un trabajo. El Gestor de Caso y Atención Integral la animó a reunirse con Rainbow, una ONG local que dirige un programa llamado Write Me. En Rainbow, los voluntarios se reúnen con las personas participantes para evaluar su experiencia y sus fortalezas y ayudarles a redactar su currículum, a recopilar la documentación necesaria y a preparar las entrevistas de trabajo. Melania es una lectora empedernida y le encantan los libros. Su sueño es encontrar un trabajo en una biblioteca local o como empleada en una librería. Encontró un trabajo en la nueva librería del centro. Está muy emocionada y empieza el sábado.

Pregunta

¿Cuáles son los elementos de este estudio de caso que considera más relevantes?

Preguntas adicionales:

¿Qué opinas de la relación entre el Gestor de Caso y Atención Integral y la participante?

¿Qué te parece la forma en que el Gestor de Caso y Atención Integral identifica algunos de los puntos fuertes y las necesidades de la participante?

¿Qué te parece la forma en que ponen en contacto a la participante con los recursos que necesita?

Puntos clave de aprendizaje en el estudio de caso 2:

- El Gestor de Caso y Atención Integral conoce a la participante y ha creado una relación positiva demostrada por el hecho de que ella le llama para informarle de las buenas noticias.
- El Gestor de Caso y Atención Integral ha identificado una necesidad (encontrar un trabajo) y algunos posibles problemas (no saber redactar un currículum y no tener suficiente experiencia laboral).
- El Gestor de Caso y Atención Integral puso a la clienta en contacto con un recurso (la ONG local Rainbow).
- Como resultado, ella solicitó y obtuvo el trabajo con éxito.

Estudio de caso 3 (escenario negativo)

Roger llamó a su Gestor de Caso y Atención Integral el viernes por la noche. Necesitaba hablar con alguien. Recibió una noticia muy triste esa mañana, estuvo agobiado todo el día y no encontró un plan adecuado para seguir adelante. A su esposa Gina le diagnosticaron cáncer de mama. El médico dijo que hay opciones de tratamiento y que deberían programar una cirugía. También hay un nuevo medicamento experimental que no está cubierto por su seguro médico, pero Gina podría optar a estar en el programa de pruebas. Roger quiere ser solidario, ayudar a su mujer pasando tiempo con ella, y llevarla a las citas médicas, sobre todo después de todos los años en los que ella le ha apoyado. Sin embargo, la atención médica de su esposa podría interferir con su capacidad para asistir a los programas de tratamiento por sí mismo. Roger está en un programa de tratamiento ambulatorio intensivo debido a su grave TCS. Si interviene para cuidar a su mujer, podría no mantener su trabajo, que es muy necesario, ya que es su único ingreso. Roger está confundido al respecto de estas prioridades concurrentes y le preocupa el futuro.

¿Cuáles son los elementos de este caso de estudio que considera más relevantes?

Pregunta

Preguntas adicionales:

¿Qué le parece la idea de que el Gestor de Caso y Atención Integral responda al teléfono después del horario normal? ¿Qué hay de la ayuda a las necesidades médicas de la esposa?

¿Qué hay de la priorización?

Puntos clave del estudio de caso 3:

- La Gestora de Caso y Atención Integral responde al teléfono, sin tener en cuenta que es viernes por la tarde.
- La Gestora de Caso y Atención Integral busca opciones de tratamiento para Roger que le permitan cuidar de su mujer y mantener su trabajo.
- La Gestora de Caso y Atención Integral analiza la situación de la mujer y pone al participante en contacto con el centro de investigación del cáncer y le ayuda a encontrar recursos para pagar el tratamiento y a solicitar una subvención o un programa de pruebas.
- La Gestora de Caso y Atención Integral remite a Roger y a su mujer a un grupo de apoyo contra el cáncer.
- Recuerde: la Gestora de Caso y Atención Integral ayuda al participante a priorizar sus próximos pasos. Si no está bien, no puede ocuparse de nadie más.

La organización encargada de la Gestión de Caso y Atención Integral es responsable de compartir un código de conducta que sugiera cómo abordar las cuestiones éticas y cómo establecer y mantener unos límites saludables. En última instancia, es el Gestor o la Gestora de Caso y Atención Integral que conoce al participante y las circunstancias el que tomará la decisión final de contestar o no al teléfono.



El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral brinda apoyo a la persona participante

¿Por dónde empezar?

¿Qué hacer?

¿Cómo?



- Navegar por el sistema
- Superar las barreras
- Priorizar las necesidades y los objetivos
- Respetar el sentido de apropiación de la persona participante
- Comprobación de los progresos y desafíos
- Reunirse con las personas participantes en un lugar conveniente
- Acompañar a las personas participantes en su camino hacia la estabilidad



7.9

Diga

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral es la **persona de contacto** para la persona participante: apoya a las personas participantes a navegar por los sistemas y les ayuda a entender cómo funcionan los sistemas judicial, sanitario y social sin quitarles su sentido de apropiación del proceso.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral **entiende las necesidades de la persona participante y la dinámica de los TCS**, es proactivo/a en la identificación y el tratamiento de las necesidades y los obstáculos según corresponda (por ejemplo, vivienda, transporte, seguro médico, redacción de un currículum, entrevistas de trabajo, reunión familiar, custodia de los hijos e hijas, etc.).

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral es un **defensor** de la persona participante, es consciente de que este se enfrenta a múltiples retos y puede tener necesidades urgentes que compiten entre sí, pero también identifica y valora las fortalezas de las personas participantes.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral **respeto a la persona participante y no menoscaba sus responsabilidades**. En cambio, animan a la persona participante a asumir una responsabilidad y un liderazgo graduales y progresivos.

El/la Gestor/a del Caso y de Atención Integral ayuda a la persona participante a priorizar y reducir los objetivos en pasos realizables y paulatinos que produzcan un progreso concreto.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral **escucha y aprende de la persona participante** (en lugar de adoptar un enfoque descendente), pero también es un profesional experto y altamente capacitado que puede utilizar la entrevista motivacional y animar a la persona. La persona participante es el actor principal en este caso y debe estar facultado para alcanzar las metas, los objetivos y las actividades previstas.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se reúne con la persona participante en diferentes lugares en función de sus necesidades y conveniencia (por ejemplo, en la oficina, en las visitas a su domicilio, en un parque cercano, etc.).

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral **está presente durante todo el programa** y contacta con la persona participante de manera cotidiana para verificar su progreso, escuchar sus preocupaciones y proporcionar apoyo y motivación.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral apoya e incentiva el viaje de la persona participante hacia la estabilidad, la recuperación a largo plazo y la integración social.



Diga

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral crea una asociación colaborativa con los servicios sanitarios y sociales.

Echemos un vistazo a ambos.

Con SERVICIOS SANITARIOS

La Gestión de Caso y Atención Integral pretende fomentar la cooperación, no la competencia: Crea mecanismos de colaboración con los proveedores de tratamiento y facilita la derivación de las personas participantes.

La Gestión de Caso y Atención Integral crea más oportunidades de trabajo para el tratamiento y los servicios al facilitar derivaciones y trabajar mano a mano con los proveedores de tratamiento durante el programa, supervisar y ayudar en la prevención y gestión de crisis.

Une las fuerzas para conseguir mejores resultados. Un ejemplo de cooperación fructífera y mutua es la simplificación del trabajo de información: un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral informa a la autoridad judicial al proporcionar información precisa sobre los avances y logros de las personas participantes.

Con SERVICIOS SOCIALES

Al igual que el trabajo realizado con los servicios sanitarios, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral promueve la colaboración con los servicios sociales para atender las necesidades de las personas participantes y garantizar la derivación/vinculación oportuna con los servicios. Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral también ayuda en la transición de la persona participante de un servicio a otro y cuando se gradúa/termina el programa. También garantiza la existencia de protocolos de comunicación para que los proveedores de servicios sepan cómo ayudar y qué esperar. Al igual que la colaboración con los servicios sanitarios y los proveedores de tratamiento, un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral comparte o asume la tarea de informar a la autoridad judicial cuando se le requiere.

En resumen:

SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

El valor añadido de la Gestión de Caso y Atención Integral para el sistema de SALUD:

Aspectos positivos

- Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral es un **socio fiable** con quien trabajar. Él/ella es una persona muy respetada y de confianza en el plano profesional, tanto en el sistema judicial como en los servicios de tratamiento.
- Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral **comparte la responsabilidad de cuidar la persona participante**
- Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral **es el principal punto de contacto para los proveedores de tratamiento y servicios**: cada uno sabe a quién debe avisar en caso de necesidades, preocupaciones o problemas que surjan con una persona participante.
- Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral **realizará parte de la información a la autoridad judicial**.

Aspectos negativos

- Se necesita una **mayor coordinación** para que funcione.
- **Los protocolos de comunicación** deben estar en marcha.
- Se requieren **reuniones periódicas en persona o por teléfono**.

Diga

Pasemos ahora al caso 4, que presenta un ejemplo concreto de colaboración entre la Gestión de Caso y Atención Integral y el proveedor de tratamiento.

Estudio de caso 4

La Gestora de Caso y Atención Integral está mirando su agenda. Andrew, uno de las personas participantes, faltó a su cita de hoy. Esto le parece extraño. Andrew lleva dos meses en el programa y lo está haciendo bastante bien. Siempre llega a tiempo y asiste al tratamiento con regularidad. Parece motivado y tenía planes de retomar sus estudios y graduarse en la universidad antes del verano. Andrew quiere ser agente inmobiliario y trabaja a tiempo parcial en una agencia inmobiliaria. La Gestora de Caso y Atención Integral coge el teléfono y llama a Andrew. No hay respuesta. Entonces, la Gestora llama al proveedor del tratamiento para que indague cómo está Andrew.

Pregunta

¿Qué cree que el proveedor de tratamiento diría?

Piense en un posible escenario para sostener una discusión con el grupo.

Algunas de las opciones que se pueden analizar son las siguientes:

- **Nada serio**: Andrew simplemente olvidó la cita. Recibió una llamada que le distrajo. Una vez que vio la llamada perdida de la Gestora de Caso y Atención Integral, Andrew volvió a llamar y explicó lo que había sucedido.

Acción sugerida: Andrew debería configurar un recordatorio en su teléfono para todas sus próximas citas y la Gestora de Caso y Atención Integral debería llamarle para recordarle cada vez.

- **Algo sucedió**: El proveedor de tratamiento confirma que Andrew no asistió a la última sesión de tratamiento y proporciona detalles adicionales. La semana anterior, Andrew parecía nervioso. Algo podría estar aconteciendo en su vida.

Acción sugerida: La Gestora de Caso y Atención Integral hace un seguimiento de Andrew y averigua qué ha pasado. Andrew perdió su trabajo a tiempo parcial porque discutió con un compañero y lo despidieron. La Gestora de Caso y Atención Integral podría ayudar a Andrew a entender el motivo de esta situación y evaluar si se beneficiaría de un curso de control de la ira o encontrar otros recursos que pudieran serle útiles.

Lecciones aprendidas del estudio de Caso 4:

- La Gestora de Caso y Atención Integral hizo bien en ponerse en contacto primero con el participante y luego con el proveedor de tratamiento.
- Faltar a una cita puede ser una señal de que algo está pasando.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral es un activo para los servicios sanitarios y sociales y les ayuda a averiguar las necesidades de la persona participante.



Diga

¿Qué pasa con la creación de asociaciones? Podemos tener diferentes modelos sobre cómo establecer asociaciones. Veamos tres de ellos: el modelo de agencia única, el de asociación informal y el de consorcio formal. Analizaremos las ventajas y desventajas de cada uno antes de decidir cuál sería más factible en el contexto de su país.

El objetivo general de la gestión de casos y atención integral es conectar a las personas con los servicios y recursos que necesitan.

El objetivo de la gestión interinstitucional de casos es conectar a las agencias entre sí para proporcionar servicios adicionales a las personas participantes. Todas las organizaciones tienen límites. Sin embargo, los gestores fungen como “puentes entre fronteras” (*boundary spanners*) para facilitar las interacciones entre los organismos.

AGENCIA ÚNICA

En el modelo de agencia única, el/la gestor/a establece personalmente una serie de relaciones separadas en función de las necesidades con colegas profesionales o asesores de otras agencias.

Esto significa que se centra menos en el proceso organizativo que en otros modelos de gestión de casos y más en las tareas relacionadas con la persona participante.

Los servicios de gestión de casos interinstitucionales se basan en acuerdos informales.

LA ASOCIACIÓN INFORMAL

En el modelo de asociación informal, los miembros del personal de varios organismos

trabajan en colaboración, pero de manera informal, como un equipo ad hoc constituido para prestar múltiples servicios a las personas participantes en función de cada caso.

Este modelo establece y mantiene asociaciones o redes informales para responder a las necesidades de múltiples poblaciones con múltiples problemas.

Su motivación inicial para formar asociaciones puede estar motivada tanto por la financiación como por la necesidad.

El personal de gestión de casos de primera línea de los organismos asociados se reúne de manera informal como grupo y sin una obligación contractual formal para discutir los casos de las personas participantes.

EL CONSORCIO FORMAL

El modelo de consorcio formal vincula a los gestores y a los proveedores de servicios mediante un acuerdo formal por escrito. Las agencias trabajan juntas para múltiples personas participantes de forma continua y rinden cuentas al consorcio.

Para garantizar la coordinación entre los miembros del consorcio, un único organismo suele asumir el liderazgo en la coordinación de las actividades y tiene la última palabra sobre el uso de los recursos seleccionados y los procesos interinstitucionales.

Un consorcio formal puede mejorar los sistemas de atención a las personas participantes con TCS reuniéndose regularmente en nombre de las personas participantes que tiene en común para intercambiar información y coordinar los servicios.

Fuente:

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). (2000) Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment, Treatment Improved Protocols TIPS 27. Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias, disponible (en inglés) en <https://store.samhsa.gov/product/TIP-27-Comprehensive-Case-Management-for-Substance-Abuse-Treatment/SMA15-4215>

Steadman, H. J. (1992). Boundary spanners: A key component for the effective interactions of the justice and mental health systems. *Law and Human Behavior*, 16(1), 75–87. <https://doi.org/10.1007/BF02351050>

Cook, R.D. (1977) Detection of Influential Observations in Linear Regression. *Technometrics*, 19, 15-18. <http://dx.doi.org/10.2307/1268249>

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral Trabajo con las comunidades

CASECARE MANAGEMENT

COMUNIDADES

- Educación
- Compromiso
- Apoyo a la recuperación
- Apoyo familiar
- Prácticas de trabajo

Estudio de caso 5

OEA CICAD

Diga

Las comunidades son un socio clave en la Gestión de Caso y Atención Integral. Son el lugar donde queremos que la persona participante se inserte con éxito.

Los Gestores de Caso y Atención Integral trabajan con las comunidades para crear oportunidades que promuevan la educación sobre los TCS, fomenten la comprensión y los enfoques de acogida y superen los estigmas y las ideas erróneas.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral se compromete con las comunidades locales para movilizar el apoyo a la recuperación y la integración social.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral se pone en contacto con la sociedad civil, los líderes espirituales y los grupos de apoyo para crear una red de apoyo para la persona; y trabaja con la sociedad civil para concientizar sobre la recuperación y apoyar a los promotores de la recuperación.

Al mismo tiempo, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral fomenta la cohesión familiar y los modelos positivos de familias solidarias.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral crea vínculos con las empresas locales y facilita la reincorporación de las personas participantes al mercado laboral mediante prácticas, aprendizajes y trabajos temporales.

Leamos el estudio de caso 5, que ofrece un ejemplo del tipo de relación con las comunidades que queremos establecer. Abran la página 202 del Manual para participantes.

Estudio de caso 5

Hay una panadería cerca de la oficina del Gestor de Caso y Atención Integral. Antes era un negocio familiar, pero el propietario que pasó a estar a cargo no tenía familia que le ayudara y decidió venderlo. El nuevo propietario es joven y viene de una ciudad cercana. Sigue la filosofía de utilizar productos locales, ingredientes orgánicos y materias primas de alta calidad. Durante su pausa para comer, el Gestor de Caso y Atención Integral se reúne con un participante del programa en la nueva panadería para tomar un café y tener una reunión de seguimiento. El propietario sale de la cocina una vez terminada la reunión y se acerca al Gestor de Caso y Atención Integral para preguntarle por su trabajo. Durante la conversación, John, el panadero, le cuenta al Gestor de Caso y Atención Integral que su mejor amigo consumía drogas y acabó en la cárcel, pero que por fin saldrá y seguirá un tratamiento. John sabe de adicciones y está interesado en conocer más sobre la Gestión de Caso y Atención Integral y cómo las empresas locales pueden apoyar a las personas en recuperación. El Gestor de Caso y Atención Integral le habla de la posibilidad de ofrecer prácticas en la panadería.

Aspectos clave del estudio de caso que deben abordarse en el debate:

- El Gestor de Caso y Atención Integral se reúne con la persona participante en un entorno informal.
- El Gestor de Caso y Atención Integral se compromete con la comunidad, está abierto a responder a las preguntas del público sobre su trabajo y a crear conexiones.
- La historia del panadero que incluye a un amigo cercano que tiene un problema de TCS y que se acerca al Gestor de Caso y Atención Integral sin prejuicios ni estigmas.
- Una tienda local que quiere ayudar.
- El Gestor de Caso y Atención Integral podría explorar otras oportunidades de inserción laboral y reinserción social, como la puesta en marcha de un pequeño negocio por parte de la persona participante o las oportunidades de empleo debidas a los incentivos estatales o de movimiento que ofrecen exenciones fiscales a los empleadores que ofrecen puestos de trabajo a los grupos marginados.
- El Gestor de Caso y Atención Integral trabaja con una tienda local que puede ofrecer descuentos o tarifas especiales para el programa de tratamiento.



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe haberse preparado de antemano leyendo el caso práctico 5 y la nota del profesor que lo acompaña en la *Página de recursos* 7.1 de este manual, en la página 303. El instructor también debe consultar la página 201 del Manual del participante.



Gestión de Caso y Atención Integral a los casos añade valor a las comunidades

- Ayuda a las comunidades a entender la adicción y la recuperación, superando el estigma y abandonando los conceptos erróneos
- Trabaja con una gama diversa de actores para proporcionar una integración social-psico-espiritual y la red de apoyo de la persona participante construyendo el desistimiento
- Conecta con las familias para reunir los lazos familiares, promoviendo modelos de atención solidaria
- Conecta con la sociedad civil para crear ciudades inclusivas



OEA CICAD



7.13

Diga

Como vimos en el estudio de caso, hay beneficios adicionales cuando la Gestión de Caso y Atención Integral trabaja activamente con la comunidad circundante.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral **entiende a las comunidades**. Una vez que se ha establecido una relación con la persona participante, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral se reúne con las personas participantes en sus propias comunidades (visitas a domicilio, en la cafetería local, etc.). Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral **se reúne con las familias**, evalúa su influencia y ayuda a crear y/o reconstruir la relación con las familias de apoyo (aclare la importancia de evaluar a la familia y mantener a la persona participante alejada de familias maltratadoras o disfuncionales).

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral **se compromete con las comunidades locales al tiempo que educa sobre los TCS y aboga por la recuperación y el apoyo a la recuperación junto con los defensores de esta**.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral **se reúne con los líderes espirituales** para obtener más apoyo e información sobre las oportunidades formales o informales de apoyar la reintegración social de la persona participante.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral se pone en contacto con **las empresas locales** para crear relaciones y oportunidades a fin de que las personas participantes hagan pasantías reciban formación y se coloquen en un puesto de trabajo (proporcione algunos ejemplos: Fifteen de Jamie Oliver). **Visión global:** trabajar por la creación de **CIUDADES INCLUYENTES:** ciudades conscientes y respetuosas que ofrezcan oportunidades de inserción social a personas que atraviesan periodos difíciles de la vida. El trastorno por consumo de sustancias es una enfermedad. Algunos tipos de consumo son más evidentes que otros, pero todos necesitan tratamiento y apoyo social. **Cuanto más accesible y aceptada socialmente es una sustancia, más probable es que aumente su consumo. Las comunidades no están ahí para estigmatizar ni promover el consumo de sustancias, sino para proporcionar apoyo social a quienes lo necesitan y están dispuestos a reincorporarse a la sociedad como individuos funcionales que contribuyen.** Estas personas son un recurso y deben ser tratadas como tal.

Fuente: Best, D. Coleman, C. (2019) Strengths-Based Approaches to Crime and Substance Use: From Drugs and Crime. From Drugs and Crime to Desistance and Recovery.



Instrucciones de enseñanza: Resuma brevemente el contenido del módulo y plantee a los participantes las siguientes preguntas.



1. *Después de haber analizado los casos prácticos, ¿qué opina ayude realmente en el trabajo de Gestión de Caso y Atención Integral?*
1. *¿Sobre qué elementos necesitan aprender más?*
1. *¿Qué falta?*

EL/LA GESTOR/A DE CASO EN INTERACCIÓN CON EL ENFOQUE MULTISISTÉMICO

Página de recursos 7.1 Estudio de caso 1 Diapositiva 7.5 p. 192

Un lunes por la mañana en un juzgado, la jueza R. está sentada en su despacho, preparándose para el día y leyendo los papeles de la pesada carpeta que tiene sobre su mesa. Pasando las páginas, encuentra un acta de defunción. Se da cuenta de que es la tercera acta de defunción que recibe este mes. Lee más buscando los detalles de la persona que ha muerto. En la parte superior del acta de defunción, encuentra la información: Robert, 25 años, sobredosis. Robert había pasado tres veces por su tribunal en los últimos meses. Era un hombre tímido; apenas dijo una palabra durante sus audiencias y dejaba que su abogado hablara la mayor parte del tiempo. Hubo algunas sospechas de que estaba consumiendo drogas, pero nunca se realizó una prueba de drogas o un examen adecuado. La jueza R. se siente frustrada y conmovida por la muerte de Robert y por las otras muertes que han ocurrido y que probablemente seguirán ocurriendo como resultado de la incapacidad del sistema judicial para brindar servicios adecuados. Como jueza, quiere marcar la diferencia, tomar las decisiones correctas y ayudar a la gente, pero a veces es muy difícil identificar los servicios adecuados. La jueza R. empieza a contemplar lo que podría haberse hecho de otra manera para apoyar mejor a Robert y a otras personas como él. Se siente muy sola.

Vuelvan a leer el caso práctico y subrayen los consejos útiles que encuentren. ¿Cómo podría haber ayudado la Gestión de Caso y Atención Integral a la jueza R.?

Página de recursos 7.2 Estudios de caso 2 y 3. Diapositiva 8.8 p. 194

Estudio de caso 2 (escenario positivo)

Melania, de 35 años, llama a su Gestor de Caso y Atención Integral para decirle que acaba de conseguir un nuevo trabajo. Melania está bajo libertad condicional y tiene poca experiencia laboral. Estaba preocupada por no poder encontrar un trabajo. El Gestor de Caso y Atención Integral la animó a reunirse con Rainbow, una ONG local que dirige un programa llamado Write Me. En Rainbow, los voluntarios se reúnen con las personas participantes para evaluar su experiencia y sus fortalezas y ayudarles a redactar su currículum, a recopilar la documentación necesaria y a preparar las entrevistas de trabajo. Melania es una lectora empedernida y le encantan los libros. Su sueño es encontrar un trabajo en una biblioteca local o como empleada en una librería. Encontró un trabajo en la nueva librería del centro. Está muy emocionada y empieza el sábado.

El/la instructor/a dirigirá el debate e identificará los puntos clave de aprendizaje del estudio de caso 2.

Estudio de caso 3 (escenario negativo)

Roger llamó a su Gestor de Caso y Atención Integral el viernes por la noche. Necesitaba hablar con alguien. Recibió una noticia muy triste esa mañana, estuvo agobiado todo el día y no encontró un plan adecuado para seguir adelante. A su esposa Gina le diagnosticaron cáncer de mama. El médico dijo que hay opciones de tratamiento y que deberían programar una cirugía. También hay un nuevo medicamento experimental que no está cubierto por su seguro médico, pero Gina podría optar a estar en el programa de pruebas. Roger quiere ser solidario, ayudar a su mujer pasando tiempo con ella, y llevarla a las citas médicas, sobre todo después de todos los años en los que ella le ha apo-

yado. Sin embargo, el tratamiento médico de su esposa podría interferir con su capacidad para asistir a los programas de tratamiento por sí mismo. Roger está en un programa de tratamiento intensivo de drogas en régimen ambulatorio debido a su grave problema de TCS. Si interviene para cuidar a su mujer, podría no mantener su trabajo, que es muy necesario, ya que es su único ingreso. Roger está confundido al respecto de estas prioridades concurrentes y le preocupa el futuro.

El/la instructor/a dirigirá el debate e identificará los puntos clave de aprendizaje en el estudio de caso 3.

Página de recursos 7.3 Estudios de caso 4. Diapositiva 7.10 p. 196

La Gestora de Caso y Atención Integral está mirando su agenda. Andrew, la persona participante, faltó a su cita de hoy. Esto le parece extraño. Andrew lleva dos meses en el programa y lo está haciendo bastante bien. Siempre llega a tiempo y asiste al tratamiento con regularidad. Parece motivado y tenía planes de retomar sus estudios y graduarse en la universidad antes del verano. Andrew quiere ser agente inmobiliario y trabaja a tiempo parcial en una agencia inmobiliaria. El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral coge el teléfono y llama a Andrew. No hay respuesta. Entonces, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral llama al proveedor de tratamiento para comprobar cómo está Andrew.

¿Qué creen que dirá el proveedor de tratamiento? Piense en un posible escenario para sostener una discusión con el grupo.

El/la instructor/a hará una pregunta abierta a los participantes sobre la respuesta del proveedor de tratamiento y les pedirá que piensen en posibles resultados.

Página de recursos 7.4 Creación de asociaciones

Fuente: Characteristics of the Three Interagency Models, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Chapter 3 – Case Management in the Community Context: An Interagency Perspective. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 27. HHS Publication No. (SMA) 12-4215. Rockville, MD: Author, 2012. Figura 3.1, pág. 31-33

El objetivo general de la Gestión de Caso y Atención Integral es conectar a las personas con los servicios y recursos que necesitan (TIP 27, 2012).

El objetivo de la Gestión de Caso y Atención Integral interinstitucional es conectar a las instituciones entre sí para proporcionar servicios adicionales a las personas participantes. Todas las organizaciones tienen límites. Sin embargo, los gestores fungen como “puentes entre fronteras” (boundary spanners) para facilitar las interacciones entre los organismos (Steadman, 1992).

Los tres modelos de creación de vínculos comunitarios son la **AGENCIA ÚNICA**, la **ASOCIACIÓN INFORMAL** y el **CONSORCIO FORMAL** (Gillespie y Murty, 1994).

En el modelo de AGENCIA ÚNICA, la Gestión de Caso y Atención Integral:

- Establece una serie de relaciones personales separadas en función de las necesidades con colegas profesionales u homólogos de otros organismos;
- Conserva el control total y autónomo del caso y solo es responsable ante la agencia matriz;
- Se centra menos en el proceso organizativo que otros modelos de gestión de casos, pero se enfoca más en las tareas relacionadas con la persona participante,
- Está contratado por una única agencia y es el único responsable ante ella.

En el modelo de ASOCIACIÓN INFORMAL, la Gestión de Caso y Atención Integral:

- Trabaja en un equipo temporal para crear un mecanismo de colaboración con varias agencias sobre una base informativa, proporcionando múltiples servicios a las personas participantes en función de cada caso;
- Establece y mantiene asociaciones o redes informales para responder a las necesidades de múlti-

- ples poblaciones con múltiples problemas;
- Comparte la responsabilidad del bienestar la persona participante, aunque la responsabilidad de los servicios reales prestados sigue siendo de las agencias individuales. (Nota: Es muy importante que todos los miembros del equipo sean conscientes de sus funciones separadas y distintas mientras trabajan con las personas participantes). Los esfuerzos pueden duplicarse si no se mantienen abiertas las líneas de comunicación y no se mantiene a todos los miembros del equipo al tanto de los esfuerzos llevados a cabo por el/la gestor/a de caso;
- Puede que la motivación inicial para formar asociaciones sea la financiación y la necesidad;
- Puede evolucionar a partir de un modelo de agencia única o ser el modelo elegido desde el inicio del programa,
- Es menos probable que haya una agencia líder que un consorcio formal.

En el CONSORCIO FORMAL, la Gestión de Caso y Atención Integral:

- Se compromete con los socios mediante un contrato formal por escrito. Las agencias trabajan juntas para múltiples personas participantes de forma continua y rinden cuentas al consorcio.
- Garantiza la coordinación entre los miembros del consorcio. Un solo organismo suele asumir el liderazgo en la coordinación de las actividades y mantiene el control final sobre los recursos seleccionados y los procesos interinstitucionales (Cook,1977).
- Pueden mejorar los sistemas de atención a las personas participantes con TCS reuniéndose regularmente en nombre de las personas participantes compartidos, con el fin de intercambiar información y coordinar los servicios. Este modelo ofrece a todos los participantes la oportunidad de conocerse, colaborar y defender a las familias afectadas.
- Comparte la responsabilidad entre los organismos y el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral es responsable ante el consorcio.
- Suele tener una orientación más a largo plazo o más crónica que otros modelos de gestión de casos.

Página de recursos 7.5 Estudio de caso 5. Diapositiva 7.12 p. 197

Hay una panadería cerca de la oficina del Gestor de Caso y Atención Integral. Antes era un negocio familiar, pero el propietario que pasó a estar a cargo no tenía familia que le ayudara y decidió venderlo. El nuevo propietario es joven y viene de una ciudad cercana. Sigue la filosofía de utilizar productos locales, ingredientes orgánicos y materias primas de alta calidad. Durante su descanso para comer, el Gestor de Caso y Atención Integral se reúne con un participante del programa en la nueva panadería para tomar un café como reunión de seguimiento. El propietario sale de la cocina una vez terminada la reunión y se acerca al Gestor de Caso y Atención Integral para preguntarle por su trabajo. Durante la conversación, John, el panadero, le cuenta al Gestor de Caso y Atención Integral que su mejor amigo consumía drogas y acabó en la cárcel, pero que por fin saldrá y seguirá un tratamiento. John sabe de adicciones y está interesado en conocer más sobre la Gestión de Caso y Atención Integral y cómo las empresas locales pueden apoyar a las personas en recuperación. El Gesto de Caso y Atención Integral le habla de la posibilidad de ofrecer prácticas en la panadería.

El/la instructor/a dirigirá el debate e identificará los puntos clave de aprendizaje en el estudio de caso 5.



MÓDULO 8

El perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral

Lista de control de preparación

Contenido y duración

Metas y objetivos

Diapositivas de PowerPoint

Módulo 8 Lista de control de preparación

- Revise la sección “Primeros pasos” para obtener información general sobre la preparación en la página 14 de este manual
- Vista previa del módulo 8
- Prepare el ejercicio interactivo: reúna lo siguiente:
 - O Una pila de papel tamaño carta (o A4) para cada mesa.
 - O Blocs de notas adhesivas para cada mesa
 - O Rotuladores de colores y una pila de papeles de colores en cada mesa

Módulo 8 Contenido y duración

Actividad	Tiempo
Módulo 8 – El perfil de un/una Gestor/a de Gestión de Caso y Atención Integral	60 minutos
Presentación: El perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral	15 minutos
Presentación: Cómo contratar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral	15 minutos
Presentación: Cómo formar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral	15 minutos
Ejercicio de reflexión: Perfil del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral	15 minutos

Módulo 8 Metas y objetivos

Objetivos de formación

- Presentar el perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral
- Ilustrar cómo contratar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral
- Presentar cómo formar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el Módulo 8 serán capaces de lo siguiente:

- Comprender el perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral
- Entender cómo se contrata a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral
- Entender cómo formar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral



MÓDULO 8

EL PERFIL DE UN/A GESTOR/A DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL



OEA CICAD 

8.1

Diga

En el módulo 8, conoceremos el perfil profesional de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral, profundizando en los elementos clave que hay que buscar a la hora de seleccionar, contratar y formar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral.



MÓDULO 8

Objetivos

Comprender el perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral

Entender cómo se contrata a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral

Entender cómo formar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral



OEA CICAD



8.2

Diga

Al final del módulo, espero que comprendan y sean capaces de describir el perfil profesional de un/a gestor/a de caso. También conocerán las competencias que deben tenerse en cuenta a la hora de contratar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral y la formación que se sugiere.



El perfil de un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral

Un profesional con un gran respeto por los seres humanos

Cree que todo el mundo tiene derecho a una vida plena y a la capacidad de conseguirla.

Gran capacidad de escucha

Capaz de coordinar las necesidades de los clientes y de seguir los pasos del sistema de Gestión de Caso y Atención Integral

Debe conocer y ser respetado en los sistemas pertinentes, pero también ser independiente como profesional, proporcionando el enlace entre los sistemas y dentro de ellos



OEA CICAD



23

Pregunta

¿Quién es un Gestor o una Gestora de Caso y Atención Integral?

Diga

Un profesional con gran respeto por los seres humanos. Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral debe ser humilde y respetuoso en todas las situaciones.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral cree que todo el mundo tiene derecho a una vida plena y a la capacidad de conseguirla.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral debe estar dispuesto/a a apoyar la persona participante para que logre una vida plena y supere los obstáculos.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral es excelente escuchando: la escucha activa es un requisito previo para un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral. El profesional debe ser capaz de escuchar a las personas participante y no sobrecargarlas con información o sugerencias, sino darles la oportunidad de expresarse con sus propias palabras. La coordinación es clave en la Gestión de Caso y Atención Integral, por lo que el profesional debe ser capaz de coordinar las necesidades de la persona participante y seguir los pasos del sistema de Gestión de Caso y Atención Integral. Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral debe ser capaz de adaptarse a las necesidades de la persona participante y realizar las funciones de Gestión de Caso y Atención Integral.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral debe conocer y ser respetado en los sistemas pertinentes, pero también ser independiente como profesional, proporcionando el enlace entre y dentro de los sistemas: Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral debe tener conocimientos de los sistemas de justicia, salud y servicios sociales gracias a su experiencia laboral anterior. Los Gestores de Caso y Atención Integral también deben tener una buena reputación como profesionales de confianza; de lo contrario, los interesados no les respetarán ni trabajarán con ellos.



Calificaciones:

Licenciatura (Bachelor) en servicios humanos, trabajo social, psicología o experiencia relacionada equivalente

Mínimo de 2 años de experiencia profesional en servicios sociales o áreas relacionadas

Conocimiento de lo siguiente:

- Los TCS y sus síntomas
- El código deontológico de los profesionales del tratamiento de TCS
- Leyes pertinentes sobre drogas y alcohol
- El sistema judicial

Conocimientos de informática y excelentes habilidades de escritura y comunicación




8.4

Diga

Echemos un vistazo a las calificaciones deseadas para el trabajo.

Licenciatura en servicios humanos, trabajo social, psicología o experiencia relacionada equivalente. Nos dirigimos a profesionales que tienen una serie de competencias, pero no queremos excluir a alguien que tiene potencial para el trabajo solo porque no tiene un título universitario.

Se valorará un mínimo de dos años de experiencia profesional en servicios sociales o áreas relacionadas.

Los/las Gestores/las de Caso y Atención Integral deben tener conocimientos de lo siguiente:

- Los TCS y sus síntomas para poder realizar evaluaciones y planificar servicios y para poder interactuar adecuadamente con la persona participante.
- El código deontológico de los profesionales del tratamiento del consumo de sustancias.
- Leyes pertinentes sobre drogas y alcohol.
- El sistema judicial.
- Conocimientos de informática, excelente redacción y capacidad de comunicación, todos ellos imprescindibles para el desempeño del puesto.



Como contratar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral



**Habilidades
esenciales para el
desempeño del
trabajo**

Empatía

Actitud solidaria

Capacidad de escucha

Buen comunicador

**Respeto los valores fundamentales
de la Gestión de Caso y Atención
Integral.**

Buen juicio personal





OEA CICAD



2.5



Algunas habilidades interpersonales son cruciales para poder trabajar como Gestor/a de Caso y Atención Integral. Echemos un vistazo:

- Empatía: capacidad de relacionarse emocionalmente con las personas participantes, mostrando comprensión.
- Actitud de atención: tener una actitud acogedora y hacer que la persona participante se sienta bienvenida.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe poseer una gran capacidad de escucha genuina y respetuosa.
- El/la Gestor/a de casos debe ser un/a buen/a comunicador/a, capaz de comprometerse con la comunidad para educar y reducir el estigma que rodea a las personas participantes.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe compartir y aplicar los valores fundamentales de la Gestión de Caso y Atención Integral.
- El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe tener un buen criterio personal, ya que a menudo se le pedirá que tome decisiones de forma autónoma. Además, los supervisores deben poder confiar en el criterio del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral.



CASECARE
MANAGEMENT



Capacidad de ser independiente y autónomo

Gran capacidad de resolución de problemas

Capacidad para hacer frente a la presión; no se abruma fácilmente

Humildad cultural; entender que hay múltiples formas de realizar las tareas

Deseosos de aprender nuevos caminos y formas de aplicar su trabajo

Flexible, creativo/a, amable

La experiencia vivida en temas de recuperación se considera una ventaja



OEA CICAD

2.6

Pregunta

¿Cómo encontraría usted al candidato adecuado para el trabajo?

Diga

Como se ha mencionado anteriormente, un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral debe ser capaz de trabajar de forma independiente y autónoma.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral debe tener una sólida capacidad de resolución de problemas y debe ser capaz de trabajar con la persona participante para encontrar soluciones y no dejarse abrumar fácilmente.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral debe demostrar humildad cultural y comprender que hay múltiples formas de realizar las tareas.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral debe estar dispuesto a aprender nuevas formas de hacer su trabajo y mostrar flexibilidad, creatividad y amabilidad.

Instrucciones de enseñanza: Los instructores podrían mencionar que “en algunos casos, haber vivido personalmente una experiencia podría ser una ventaja”. La idea es explicar que las personas que fueron participantes pueden alcanzar un nivel de estabilidad e integración social, y lograr la suficiente educación para ser aptas para ser consideradas para los puestos de Gestión de Caso y Atención Integral



Cómo formar a un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral

Conocimientos técnicos que deben enseñarse:

Mayor comprensión de los trastornos por consumo de sustancias (TCS)

Mayor conocimiento y comprensión del DSM-5 y de los diagnósticos de salud mental

Mejor comprensión del sistema judicial y cómo hacerlo comprensible para las personas participantes



OEA CICAD



27

Diga

Después de contratar a los Gestores de Caso y Atención Integral, la formación de los mismos es otro aspecto importante que debe tenerse en cuenta.

Aunque los Gestores de Caso y Atención Integral deberían tener conocimientos previos sobre los temas que hemos tratado, también debería ofrecerse un curso de actualización sobre los siguientes temas, para aumentar sus conocimientos técnicos y su capacidad para tratar eficazmente a las personas participantes:

- Ciencia de vanguardia sobre los trastornos por consumo de sustancias (TCS), incluyendo la neurociencia, el diagnóstico, las implicaciones conductuales, las modalidades de tratamiento y su aplicación.
- El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) y los diagnósticos de salud mental.
- El sistema judicial y cómo hacerlo comprensible para las personas participantes.

Instrucciones de enseñanza: Los instructores deben recordar a los participantes la página de referencia 5.2 con más información sobre las herramientas de detección”.



CASECARE
MANAGEMENT



Procesos de evaluación y vinculación

Establecimiento de metas

Servicios y oferta de tratamiento y requisitos

Prevención del agotamiento o burnout



OEA CICAD

Diga

Otros aspectos en los que deben formarse los Gestores de Caso y Atención Integral son los siguientes:

- Cómo llevar a cabo los procesos de evaluación y vinculación.
- Cómo trabajar con las personas participantes para identificar y priorizar los objetivos y dividirlos en pasos alcanzables.
- Los servicios y proveedores de tratamiento disponibles y cuáles son los más adecuados para las distintas personas participantes.
- Requisitos de colocación con los proveedores de servicios.
- Comprender los primeros signos de agotamiento que conducen al burnout y cómo abordarlos.



Instrucciones de enseñanza: El agotamiento socava la salud del profesional, así como su capacidad para apoyar a las personas en recuperación. Animamos a leer más sobre el agotamiento y la fatiga por compasión visitando el sitio web de SAMHSA y en el siguiente enlace https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-01-016_508.pdf “.



CASECARE
MANAGEMENT



Habilidades que se pueden enseñar

La entrevista motivacional incluye:

Técnicas OARS:

- O - Preguntas abiertas (*Open-ended questions*)
- A - Afirmación
- Escucha Reflexiva
- Resumen (*Summarizing*)

(Sobell y Sobell, 2008)



OEA CICAD

29

Diga

La entrevista motivacional es un enfoque de asesoramiento desarrollado en parte por los psicólogos clínicos William R. Miller y Stephen Rollnick a principios de la década de 1980 y está reconocida como una práctica basada en la evidencia por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) en 2008. Es un estilo de asesoría directa, centrado en la persona participante para provocar el cambio de comportamiento. Una persona que habla de los beneficios del cambio es más probable que dé ese salto, mientras que una persona que argumenta y defiende el statu quo es más probable que continúe con su comportamiento problemático.

Los Gestores de Caso y Atención Integral deben estar familiarizados con la entrevista motivacional y les sugerimos encarecidamente que reciban formación al respecto. La entrevista motivacional puede facilitar la consideración y la aceptación por parte de la persona participante de los servicios que fomentarán sus objetivos de recuperación e integración social”.



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe informar a los participantes de que hay un resumen de las técnicas de la entrevista motivacional y del OARS en la *Página de recursos 8.1 Entrevista motivacional*, en las páginas 216 y 217 del Manual del participante.

Diga

Examinemos brevemente las cuatro habilidades principales de la entrevista o de la comunicación que son importantes en la entrevista motivacional. Se les puede recordar por el acrónimo “OARS”, que significa:

O - Preguntas abiertas (*Open-ended questions*)

Las **preguntas abiertas** favorecen el diálogo y permiten a la persona participante contar su historia. Empieza con “Qué”, “Cómo”, “Cuéntame”, “Describe”, etc. Ejemplos de preguntas abiertas son:

¿Cuáles cree que serán algunas de las cosas que podrían ser problemáticas?

¿Cómo maneja sus episodios de ansia ahora?

Hableme de sus experiencias en... Describa tu situación actual.

A - Afirmación

La **afirmación** utiliza declaraciones de apoyo para verificar y reconocer los cambios de comportamiento de la persona participante y los intentos de cambio.

Las afirmaciones son declaraciones positivas sobre las personas participantes que reflejan sus puntos fuertes y los pasos saludables hacia el cambio para apoyar la autoeficacia.

Ejemplos de afirmaciones incluyen lo siguiente:

Ha demostrado mucho esfuerzo al hacer eso.

A pesar de lo ocurrido la semana pasada, volver hoy refleja que le preocupa cambiar tus hábitos de consumo de alcohol

R - Escucha reflexiva:

La **escucha reflexiva** consiste en escuchar atentamente a las personas participantes y luego hacer una conjetura razonable sobre lo que dicen; en otras palabras, es como formarse una hipótesis.

Escuchar es fundamental para la entrevista motivacional en general; y la escucha reflexiva es una habilidad básica utilizada en los cuatro procesos de este tipo de entrevista. Detrás de la disciplina de la escucha reflexiva hay una confianza que ayuda a las personas participantes a explorar sus propias experiencias y percepciones, incluso las que pueden resultar incómodas. Recuerde que cuanto más escuche, mayor será la oportunidad de que la persona participante hable. Cuanto más hable la persona participante, mayores serán las posibilidades de que se convenza a sí mismo del cambio.

Las reflexiones también validan lo que sienten las personas participantes y, al hacerlo, comunican que el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral entiende lo que la persona participante ha dicho. Por ejemplo: *Parece que se siente molesto por no haber conseguido el trabajo.* Si es correcto, la persona participante suele confirmarlo. Cuando los reflejos son correctos, las personas participante suelen responder afirmativamente. Si la conjetura es errónea, por ejemplo, *Parece que no quiere dejar de fumar en este momento*, las personas participante suelen negar rápidamente la hipótesis diciendo algo parecido: *No, sí quiero dejarlo, porque soy muy dependiente; me preocupa el síndrome de abstinencia severo y el aumento de peso.*

La escucha reflexiva utiliza siempre una afirmación, no una pregunta, y presenta las siguientes características: Se baja la voz al final de la frase (indicativo de que se hace una afirmación en lugar de una pregunta); y,

Se reflexiona sobre el contenido de lo que la persona participante ha dicho, o sobre los sentimientos expresados.

A continuación, algunos ejemplos de reflexiones:

Parece que está preocupado. Se siente incómodo/a.

Se pregunta si su pareja firmará los papeles del divorcio.

S - Resumir (Summarize)

Resumir relaciona o enlaza lo que las personas participantes ya han expresado y les hace pasar a otro tema o les hace ampliar la discusión actual. Los resúmenes también son una buena forma de terminar una sesión (es decir, ofrecer un resumen de toda la sesión) o de pasar al siguiente tema.

Fuente:

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Applications of motivational interviewing. Motivational interviewing: Helping people change (3rd edition)*. Guilford Press.

Sobell, LC., Sobel, MB. (2008) Motivational interviewing strategies and techniques: rationales and examples. Disponible (en inglés) en: http://www.nova.edu/gsc/forms/mi_rationale_techniques.pdf. Stinson, J.D., Clark, M.D.

(2017) Motivational Interviewing with Offenders: Engagement, Rehabilitation, and Reentry.



CASECARE
MANAGEMENT



Habilidades que se pueden enseñar

- ✓ Confianza y establecimiento de relaciones
- ✓ Habilidades organizativas
- ✓ Habilidades de comunicación
- ✓ Manejo de un registro
- ✓ Fomento de la resiliencia para el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral



OEA CICAD

8.10

Diga

Además de la entrevista motivacional, hay otras habilidades que deben enseñarse. Entre estas se encuentran las siguientes:

- **Confianza y establecimiento de relaciones:** El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe establecer una relación con las personas participantes, generar confianza con el sistema judicial, crear un mecanismo de cooperación con los servicios de tratamiento y comprometerse con las familias y las comunidades.
- **Habilidades organizativas:** El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe aprender a priorizar, determinar cómo apoyar a cada persona participante desglosando los objetivos en pasos alcanzables, crear vínculos con el tratamiento y los servicios, encontrar soluciones a las barreras de accesibilidad de los servicios y actualizar la base de datos de servicios de derivación con regularidad.
- **Habilidades de comunicación:** El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral debe ser capaz de comunicarse con eficacia y precisión, desarrollando relaciones de trabajo eficaces con el sistema judicial y los proveedores de servicios, la defensa del la persona participante, la libertad condicional y las audiencias de libertad condicional, la comunicación con la autoridad judicial y los socios, la facilitación de sesiones de orientación individuales y de grupo, y las entrevistas con las personas participantes.
- **Manejo de un registro:** Es extremadamente importante que el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral complete y mantenga toda la documentación requerida de la persona participante, incluidos los resultados de las evaluaciones, la planificación de servicios, los informes a la autoridad judicial, las notas de progreso y la finalización del programa.
- **Desarrollo de resiliencia en su interior:** Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral debe estar familiarizado con las técnicas para aumentar la resiliencia y encontrar ayuda cuando sea necesario. El acceso a los programas de prevención del burnout y el acceso a la supervisión de apoyo sería una ventaja.



La formación de los Gestores de Caso y Atención Integral es un componente importante que mejorará su capacidad para desempeñar su trabajo.

Hay una serie de recursos y oportunidades de formación que pueden considerar. Quiero destacar la labor de la Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias, que es un socio de confianza del INL, la OEA/CICAD y el Plan Colombo en la impartición de cursos en todo el mundo para profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias.

La Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias (ISSUP) es una organización mundial no gubernamental, sin ánimo de lucro, que apoya el desarrollo de una red profesional de prevención y tratamiento. Sirve de centro de información sobre la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias.

La ISSUP ofrece una formación básica y avanzada denominada Currículo de Tratamiento Universal y Currículo de Prevención Universal. Su página web es www.issup.net.



Instrucciones de enseñanza: Los instructores deben dirigir a los participantes a la *Página de recursos 8.3 sobre la red ISSUP* y a los cursos de las páginas 218-220 del manual del participante.



Currículo de Tratamiento Universal (UTC)

Serie básica

- Curso 1: Fisiología y farmacología
- Curso 2: Continuidad de la atención
- Curso 3: Visión general de los trastornos concurrentes
- Curso 4: Habilidades básicas de counseling
- Curso 5: Detección, evaluación y planificación del tratamiento
- Curso 6: Gestión de caso
- Curso 7: Intervención en crisis
- Curso 8: Ética

Serie avanzada

- Curso 9: Farmacología y TCS
- Curso 10: Gestión de los programas de tratamiento asistido con medicamentos (MAT)
- Curso 11: Mejora de las habilidades de entrevista motivacional
- Curso 12: Terapia cognitivo-conductual
- Curso 13: Gestión de contingencias
- Curso 14: Trabajar con las familias
- Curso 15: Habilidades para la detección de trastornos concurrentes
- Curso 16: Habilidades clínicas intermedias y gestión de crisis
- Curso 17: Habilidades y prácticas de gestión de caso
- Curso 18: Supervisión clínica para profesionales de TCS
- Curso 19: Mejora de las habilidades de facilitación de grupos
- Curso 20: Grupo de población especial
- Curso 21: Teorías del counseling
- Curso 22: Atención centrada en el trauma
- Curso 23: Gestión de la recuperación, atención continuada y bienestar

(Fuente: www.issup.net)



OEA CICAD



8.12

Diga

Este es un resumen de los cursos disponibles en el sitio web de la ISSUP, www.issup.net. Hay material gratuito disponible para descargar e información sobre cómo solicitar una formación o convertirse en instructor/a. Como pueden ver, muchos cursos se han traducido y se imparten en los idiomas locales para adaptarse a las necesidades de los países y las comunidades gracias a la colaboración con universidades locales y organizaciones de la sociedad civil.



Certificaciones y formaciones

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral podría obtener una certificación como consejero/a en materia de drogas si procede y de acuerdo con la legislación y la normativa nacional en la materia

La organización que presta servicios de gestión de casos podría considerar la Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (CARF Internacional) para la salud conductual



Pregunta

¿Por qué estamos interesados en las certificaciones?

Diga

Las certificaciones son activos valiosos tanto para los profesionales de la Gestión de Caso y Atención Integral como para la organización que las acoge.

Los Gestores de Caso y Atención Integral podrían solicitar la certificación nacional o subnacional de consejero en materia de drogas, si está disponible, o buscar acreditaciones nacionales que puedan mejorar su perfil profesional.

La organización que proporciona la Gestión de Caso y Atención Integral también puede considerar los servicios de acreditación a través de la Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación o CARF.

La CARF presta servicios de acreditación en todo el mundo a petición de los proveedores de servicios sanitarios y humanos. La acreditación de CARF Internacional es un símbolo visible que garantiza al público el compromiso de un proveedor con la mejora continua de la calidad de los servicios y programas, con un enfoque en la satisfacción de las personas atendidas.

La colaboración con las autoridades de certificación permitirá impulsar el programa y mejorar la calidad de los Gestores de Caso y Atención Integral y de los profesionales de apoyo a la Gestión de Caso y Atención Integral en los distintos países.



Elementos adicionales a tener en cuenta

Reasignación de personal/recursos existentes:

- Considerar los pros y los contras de la reasignación
- Mantener la separación entre las funciones anteriores: Evitar que el proveedor de tratamiento desempeñe ambas funciones (tratamiento y Gestión de Caso y Atención Integral)



OEA CICAD



8.14

Diga

Hay algunos elementos adicionales que podrían considerar:

Una vez comprendidas las características clave del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral, podría ser una opción realojar al personal existente y formarlo como tal.

Es importante evaluar los pros y los contras de la reasignación de los recursos humanos existentes, así como los costos de hacerlo.

En el caso de la reasignación, se sugiere mantener una separación entre la función anterior y evitar que el proveedor de tratamiento desempeñe la doble función de proveedor de tratamiento y Gestor/a de Caso y Atención Integral. Del mismo modo, si se pide a los profesionales en cuestión que realicen dos trabajos, hay que ser consciente de la carga de trabajo que supondrá.

Perfil del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral



Diga

Antes de terminar el módulo, vamos a hacer un breve ejercicio de reflexión. Me gustaría que revisaran las diapositivas de este capítulo y pensarán de nuevo en el perfil del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral. ¿Cómo les ha ayudado este capítulo a comprender mejor los requisitos profesionales y personales de los Gestores de Caso y Atención Integral? ¿Falta algo o no ha quedado claro? ¿Cuáles serían los aspectos más importantes para que los Gestores de Caso y Atención Integral realicen su trabajo con eficacia en sus países?

Tómense cinco minutos para pensar en estas preguntas y escribir sus respuestas.



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe dirigir a los participantes a la página 258 del Manual del participante y darles cinco minutos para que escriban sus notas. Una vez transcurridos los cinco minutos, el instructor debe abrir el turno de palabra y pedir a los participantes que compartan sus ideas con el grupo y estimulen el debate.

EL PERFIL DEL/LA GESTOR/A DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL

Página de recursos 8.1 Entrevista motivacional Habilidades fundamentales de comunicación interactiva: OARS

Fuente: Adaptado de: Serie de formación del Centro Asiático de Certificación y Educación de Profesionales de la Adicción del Plan Colombo, Training Series, Enhancing Motivational Interviewing Skills desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de EE.UU., (Plan Colombo, 2017) (en inglés).

Hay cuatro habilidades básicas de entrevista y comunicación que son importantes en todos los procesos de la entrevista motivacional. Estas habilidades pueden utilizarse en sesiones de tratamiento individuales, de grupo y familiares. Estas habilidades se denominan “OARS”.

El acrónimo OARS significa:

- **Preguntas abiertas** (Open-ended questions): Apoya el diálogo y permite a la persona participante contar su historia.
- **Afirmaciones:** Utiliza declaraciones de apoyo para verificar y reconocer los cambios de comportamiento de la persona participante y los intentos de cambio.
- **Escucha reflexiva:** Consiste en escuchar atentamente a las personas participante y luego hacer una conjetura razonable sobre lo que dicen; en otras palabras, es como formarse una hipótesis.
- **Resumen (Summarizing):** Relaciona o enlaza lo que las personas participantes ya han expresado y les hace pasar a otro tema o les hace ampliar la discusión actual. (Sobell y Sobell, 2008)

Preguntas abiertas

Cuando el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral utiliza preguntas abiertas, permite una conversación más rica que fluye y crea empatía con las personas participantes.

- Las preguntas abiertas animan a las personas participantes a ser los que más hablan, mientras el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral escucha y responde con una reflexión o una declaración resumida.
- El objetivo es promover un diálogo posterior que el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral pueda volver a abordar con la persona participante.
- Las preguntas abiertas permiten a las personas participantes contar sus historias.

Las **preguntas abiertas** piden a la persona que piense y reflexione, que muestre opiniones y sentimientos y tenga el control de la conversación.

Las **preguntas cerradas** obtienen datos, son fáciles de responder y mantienen el control de la conversación con la persona que hace las preguntas. El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral puede utilizarlos al final de la reunión mientras resume el proceso de planificación.

Se necesitan tanto preguntas cerradas como abiertas. Es importante saber cuándo utilizar cada tipo de preguntas y las formas en que estos promueven el compromiso de la persona participante.

Afirmaciones

Las afirmaciones son declaraciones hechas por los Gestores de Caso y Atención Integral en respuesta a lo que las personas participantes han dicho y se utilizan para reconocer las fortalezas, los éxitos y

los esfuerzos de cambio de las personas participantes.

- Las respuestas afirmativas o las declaraciones de apoyo verifican y reconocen los cambios de comportamiento de las personas participantes y sus intentos de transformarse.
- Aunque las afirmaciones ayudan a aumentar la confianza de las personas participantes en su capacidad de cambio, es crucial que suenen auténticas.

Escucha reflexiva

Escuchar bien es fundamental para la entrevista de motivación y para la Gestión de Caso y Atención Integral de los casos. La escucha reflexiva es una habilidad básica que se utiliza en los cuatro procesos de Entrevista motivacional (MI).

- Escuchar de forma reflexiva es la principal forma de responder a las personas participantes y crear empatía.
- Cuanto más escuchen los Gestores de Caso y Atención Integral, mayor será la oportunidad de que la persona participante hable. Cuanto más hable la persona participante mayores serán las posibilidades de que se convenza a sí mismo para cambiar.
- Detrás de la disciplina de la escucha reflexiva hay una confianza que ayuda a las personas participantes a explorar sus propias experiencias y percepciones, incluso las que pueden resultar incómodas.
- La escucha reflexiva consiste en escuchar atentamente a las personas participantes y luego hacer una conjetura razonable sobre lo que dicen; en otras palabras, es como formarse una hipótesis.
- Otro objetivo es conseguir que sean las personas participantes, y no el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral, quienes expongan los argumentos para el cambio.
- Las reflexiones también validan lo que sienten las personas participantes y son especialmente importantes tras las preguntas abiertas. Tengan en cuenta que se llaman afirmaciones y no preguntas.
- Una pregunta exige una respuesta. Las declaraciones reflexivas no exigen tanto a la persona participantes, pero les permiten sentirse escuchados, oír sus ideas en voz alta y elegir corregirlas.

Resumen (*Summarizing*)

Los resúmenes deben utilizarse con criterio para relacionar o enlazar lo que las personas participantes ya han expresado, especialmente en lo que se refiere a reflejar la ambivalencia; también sirven para pasar a otro tema o ampliar la discusión actual.

- Los resúmenes requieren que los Gestores de Caso y Atención Integral escuchen atentamente lo que las personas participantes han dicho a lo largo de la sesión.
- Los resúmenes también son una buena forma de terminar una sesión (es decir, ofrecer un resumen de toda la sesión) o de pasar al siguiente tema.

Página de recursos 8.2 Técnicas del OARS que facilitan la planificación de la Gestión de Caso y Atención Integral

Fuente: Adaptado de: Serie de formación del Centro Asiático para la Certificación y Educación de Profesionales sobre Adicciones del Plan Colombo, Mejora de las Habilidades de Entrevista Motivacional, Manual para participantes desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de EE.UU., (Plan Colombo, 2018) (en inglés).

Los Gestores de Caso y Atención Integral pueden aplicar la técnica del OARS en la fase de planificación para comprometerse con las personas participantes y explorar sus objetivos y valores, estimulando la conversación sobre el cambio, dejando que el deseo de transformación surja de la conversación o examinando el lado negativo de la situación actual.

La exploración en el contexto de la Gestión de Caso y Atención Integral

- Comprender los valores y objetivos de la persona participante ayuda a promover el

compromiso y a crear una relación entre la persona participante y el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral.

- Reconocer dónde hay discrepancias entre los valores y los comportamientos de la persona participante es una fuente potencial de motivación para el cambio.
- Las experiencias de la Entrevista Motivacional demuestran que cuando se invita a las personas participantes a reflexionar sobre sus valores y acciones en una atmósfera sin prejuicios, suelen ser muy conscientes de las discrepancias.
- Ayudar a las personas participantes a reconocer la discrepancia entre el comportamiento actual y los objetivos importantes ya definidos es una forma constructiva de ver la planificación y de crear pasos alcanzables que reflejen las metas personales de las personas participantes y del programa.

Enfoque y creación de planes de servicio

- Enfoque es el término utilizado en la entrevista motivacional para describir el proceso continuo de encontrar y mantener el rumbo; y, dentro de ese rumbo, esbozar objetivos más específicos y alcanzables.
- En ciertas ocasiones, el enfoque de la persona participante es claro; muchas otras, no. El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral puede ayudar a guiarle para que se mantenga centrado en un objetivo y ayudarlo a encontrar la dirección en la que pretende avanzar y a determinar el tipo de información o asesoramiento que podría necesitar para alcanzar ese objetivo concreto.
- Los Gestores de Caso y Atención Integral ayudan a la persona participante a crear su agenda, concretamente el plan de tratamiento y servicios.
- La agenda de la persona participante o la clienta es más que una lista de objetivos. La agenda de la persona participante también puede incluir esperanzas, temores, expectativas y preocupaciones. Los Gestores de Caso y Atención Integral ayudarán a la persona participante a establecer un ritmo adecuado, así como pasos concretos y alcanzables que funcionen mejor para cada persona.

Página de recursos 8.3 Red ISSUP: cursos de UTC y UPC

ISSUP

La **Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias (ISSUP)** es una organización mundial no gubernamental, sin ánimo de lucro, que apoya el desarrollo de una red profesional de prevención y tratamiento. Sirve de centro de información sobre la prevención y el tratamiento del TCS.

La ISSUP es una organización de miembros que desarrolla una fuerza de trabajo profesional con las competencias y habilidades necesarias para ofrecer servicios de prevención y tratamiento de alta calidad, basados en la evidencia y éticos.

La ISSUP tiene como objetivo:

- Representar a las comunidades internacionales y nacionales de profesionales de la prevención, el tratamiento y el apoyo a la recuperación del TCS.
- Desarrollar y ofrecer sistemas de conocimiento para la prevención, el tratamiento y el apoyo a la recuperación basados en pruebas.
- Proporcionar oportunidades y acceso a la formación, la educación y las credenciales.
- Ofrecer oportunidades de comunicación y creación de redes que tengan lugar en línea y en los eventos de la ISSUP.

Currículo de Tratamiento Universal (UTC)

El Currículo de Tratamiento Universal (UTC) ha sido desarrollado por varios equipos de desarrolladores de currículos, con la coordinación general del Centro Internacional para la Acreditación y Educación

de Profesionales de la Adicción (**ICCE**). Proporciona una serie de materiales de formación para el desarrollo de conocimientos y habilidades de los profesionales del tratamiento. **El objetivo de la serie de formación es reducir los importantes problemas sanitarios, sociales y económicos asociados a los trastornos por consumo de sustancias mediante la creación de capacidad de tratamiento internacional a través de la formación**, ampliando así la fuerza laboral de tratamiento profesional en todo el mundo (ISSUP, 2019).

El UTC está disponible a través de las series básicas y avanzadas, así como de varios grupos de especialistas que se centran en poblaciones con necesidades especiales, como mujeres, niños y personas en recuperación.

Serie básica

Curso 1: Fisiología y farmacología

Curso 2: Continuidad de la atención

Curso 3: Visión general de los trastornos concurrentes

Curso 4: Habilidades básicas de counseling

Curso 5: Detección, evaluación y planificación del tratamiento

Curso 6: Gestión de caso

Curso 7: Intervención en crisis

Curso 8: Ética

Serie avanzada

El UTC de nivel avanzado ofrece una oferta de formación especializada que tiene como objetivo proporcionar una formación continua y a profundidad con la información más reciente y actividades basadas en las habilidades para mejorar aún más la capacidad del personal de tratamiento y normalizar la calidad de la atención y los servicios que prestan a las personas participantes.

Curso 9: Farmacología y TCS

Curso 10: Gestión de programas MAT

Curso 11: Mejora de las habilidades de entrevista motivacional

Curso 12: Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Curso 13: Gestión de contingencias

Curso 14: Trabajar con las familias

Curso 15: Habilidades para la detección de trastornos concurrentes

Curso 16: Habilidades clínicas intermedias y gestión de crisis

Curso 17: Habilidades y prácticas de gestión de caso

Curso 18: Supervisión clínica para profesionales de TCS

Curso 19: Mejora de las habilidades de facilitación de grupos

Curso 20: Grupo de población especial

Curso 21: Teorías de counseling

Curso 22: Atención centrada en el trauma

Curso 23: Gestión de la recuperación, atención continuada y bienestar

Universal de Prevención (UPC)

El Currículo Universal de Prevención (UPC) del consumo de sustancias comprende dos series de formación, cada una de las cuales aborda las necesidades de diferentes grupos destinatarios (ISSUP, 2019).

- La serie de coordinadores del UPC está diseñada para aquellos que deseen realizar un estudio importante y a profundidad sobre la prevención. Está diseñado para coordinadores, gestores y profesionales o para aquellos que deseen realizar un programa de estudios importante (288 horas) en materia de prevención.
- La serie de implementadores del UPC está escrita para los implementadores o profesionales que trabajan con las familias, en las escuelas, en el lugar de trabajo y en la comunidad

El UPC se basa en las Normas Internacionales sobre la Prevención del Consumo de Drogas elaboradas por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en 2013.

Un papel importante en el desarrollo del UPC lo ha desempeñado *Applied Prevention Science International* (APSI), dirigida por el Dr. Zili Sloboda, en colaboración con expertos internacionales en prevención de todo el mundo. Los principios subyacentes del UPC consisten en proporcionar un camino para la prevención que se basa en la investigación y las pruebas científicas, en normas de calidad sólidas y en una postura ética sobre cómo debe llevarse a cabo la prevención. El UPC fue diseñado para satisfacer la demanda actual de contar con un paquete de formación integral en el ámbito de la prevención del consumo de drogas, basado en los principios de la evidencia.

Serie de coordinadores del UPC

La serie de coordinadores del UPC ofrece un programa de formación de 288 horas para coordinadores de prevención, directores y estudiantes/aprendices cuya función incluye —o incluirá— la coordinación y supervisión de la aplicación de intervenciones y/o políticas de prevención. El contenido está organizado en los siguientes nueve cursos:

- Curso 1: Introducción a la ciencia de la prevención
- Curso 2: Fisiología y farmacología para especialistas en prevención
- Curso 3: Monitoreo y evaluación de las intervenciones y políticas de prevención
- Curso 4: Intervenciones de prevención basadas en la familia
- Curso 5: Intervenciones de prevención en la escuela
- Curso 6: Intervenciones de prevención en el lugar de trabajo
- Curso 7: Intervenciones de prevención basadas en el entorno
- Curso 8: Intervenciones de prevención basadas en los medios de comunicación
- Curso 9: Sistemas de aplicación de la prevención basados en la comunidad

Serie de implementadores del UPC

La serie de implementadores del UPC está actualmente en desarrollo. El objetivo de esta serie es garantizar la eficacia de las intervenciones de prevención. Los objetivos incluyen proporcionar conocimientos sobre la ciencia de la prevención y su aplicación a la ejecución eficaz de las intervenciones al respecto, así como equipar a los profesionales del sector con las habilidades necesarias para poner en práctica programas de prevención eficaces y basados en la evidencia en sus respectivos entornos. El contenido se organizará en los siguientes 8 temas:

- Tema principal: Introducción a la serie de planes de estudios de prevención universal para ejecutores
- Tema 1: Monitoreo y evaluación de las intervenciones y políticas de prevención
- Tema 2: Prevención en la familia
- Tema 3: Prevención en la escuela
- Tema 4: Prevención en el lugar de trabajo
- Tema 5: Prevención en el entorno
- Tema 6: Prevención en los medios de comunicación
- Tema 7: Sistema de aplicación de la prevención comunitaria



MÓDULO 9

Hoja de ruta para la implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral

Lista de control de preparación

Contenido y duración

Metas y objetivos

Diapositivas de PowerPoint

Módulo 9 Lista de control de preparación

- Revise la sección “Primeros pasos” para obtener información general sobre la preparación en la página 14 de este manual
- Vista previa del módulo 9
- Prepare el ejercicio interactivo: reúna lo siguiente:
 - Una pila de papel tamaño carta (o A4) para cada mesa
 - Blocs de notas adhesivas para cada mesa
 - Rotuladores de colores y una pila de papeles de colores en cada mesa
- Traiga copias del formulario de evaluación diaria - Día 2

Módulo 9 Contenido y duración

Actividad	Tiempo
Módulo 9 - Hoja de ruta para la implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral	60 Minutos
Presentación: Paso 1 - Diseño del programa	10 minutos
Presentación: Paso 2 - Planificación de recursos	10 minutos
Ejercicio en grupo: Planificación del monitoreo y la evaluación	20 minutos
Presentación: Paso - 3 Creación del programa	10 minutos
Presentación: Paso 4 - Implementación del programa piloto	10 minutos
Evaluación y fin del día 2	5 minutos

Módulo 9 Metas y objetivos

Objetivos de formación

- Comprender los pasos de implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Preparar el plan de acción de Gestión de Caso y Atención Integral
- Proporcionar una visión general de los siguientes pasos

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el Módulo 9 serán capaces de lo siguiente:

- Describir las etapas de aplicación de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Entender cómo preparar el plan de acción de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Describir la acción de seguimiento necesaria para establecer programas de Gestión de Caso y Atención Integral en su país



MÓDULO 9

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL



OEA CICAD



9.1

Diga

Vamos a ver los pasos de la implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral y a repasar los aspectos importantes de la fase de implementación.

El módulo 9 constituye la base del siguiente y último módulo, en el que el aprendizaje se integrará en la práctica a través de actividades de grupo y del ejercicio del plan de acción.

También proporciona información sobre otras acciones de seguimiento que van más allá del alcance de esta formación, pero que serán necesarias para poner en marcha la Gestión de Caso y Atención Integral.



MÓDULO 9

Objetivos

Comprender los pasos de implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral

Preparar el plan de acción de Gestión de Caso y Atención Integral

Proporcionar una visión general de los siguientes pasos



OEA CICAD 

9.2

Diga

Al terminar el módulo, espero que entiendan los componentes de la Gestión de Caso y Atención Integral y los pasos de implementación para seguir adelante.



Gestión de Caso y Atención Integral Hoja de ruta para la implementación del sistema



OEA | CIDAD



4.3

Diga

Veamos un resumen de los pasos de implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral.

Paso 1 - Diseño del programa: Proporciona una definición de programa piloto, el modelo y el liderazgo de la Gestión de Caso y Atención Integral.

Paso 2 - Planificación de recursos: Aborda la elaboración de mapas, presupuestos, monitoreo y evaluación y normas mínimas.

Paso 3 - Creación del programa: Ahonda en la creación de un equipo y una oficina y establece relaciones con las partes interesadas.

Paso 4 - El lanzamiento: Explora cómo iniciar la implementación de un programa piloto.



Paso 1: La Gestión de Caso y Atención Integral Diseño del programa

1.1 Identificación de los programas en el sistema de justicia que se servirán de la Gestión de Atención de Casos

1.2 Definición del modelo operativo de Gestión de Caso y Atención Integral

1.3 Creación del Comité Directivo de la Gestión de Caso y Atención Integral y definición del liderazgo



OEA | CICAD



3.4

Diga

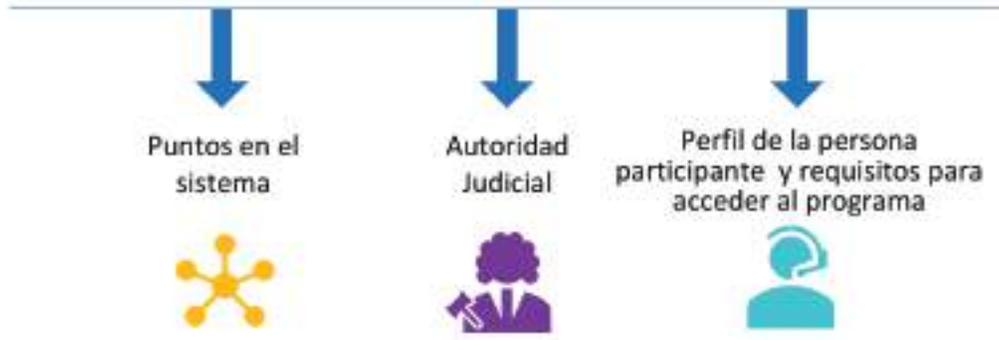
En el paso 1, los países trabajan en lo siguiente:

- 1.1 Definición del programa de Gestión de Caso y Atención Integral a lo largo del sistema judicial.
- 1.2 Definición del modelo operativo de Gestión de Caso y Atención Integral.
- 1.3 Creación del Comité Directivo de la Gestión de Caso y Atención Integral y definición del Liderazgo de la Gestión de Caso y Atención Integral.



Comprender las características de los programas de justicia

Ubicación de las intervenciones existentes o en desarrollo que podrían beneficiarse de la Gestión de Caso y Atención Integral



3.5

Diga

De especial importancia en el diseño del programa es comprender el sistema judicial y las alternativas al encarcelamiento que ya existen. Hay que aclarar los siguientes aspectos:

- Programa de justicia e intercepciones judiciales: ¿Qué iniciativas preventivas o alternativas al encarcelamiento actuales tendrán un programa de Gestión de Caso y Atención Integral?
- Perfil de la persona participante: Definir quién será la persona participante.
- Elegibilidad para el programa y expectativas: Definir la elegibilidad legal y clínica para entrar en el programa.
- Detalles del programa: Explicar la duración del programa, los requisitos de graduación, etc.



Aclarar las expectativas del programa

Transparencia general del programa

- Criterios desde la admisión hasta la finalización para la persona participante
- Obligaciones de la persona participante y consecuencias del incumplimiento
- Protocolos de comunicación con las partes interesadas
- Firmar Memorandos de Entendimiento para la implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral



OEA/CICAD



9.6

Diga

Es importante tener claras las expectativas del programa de Gestión de Caso y Atención Integral. Unas expectativas bien definidas garantizan que todas las partes implicadas estén en la misma página y tengan una visión clara de lo que se puede esperar.

La transparencia del programa se refiere a proporcionar una explicación clara de los pasos o funciones del programa de Gestión de Caso y Atención Integral. Todos los aspectos de los criterios del programa, desde la admisión de la persona participante hasta la finalización del programa, deben estar claramente definidos. Deben proporcionarse explicaciones claras sobre las obligaciones de las personas participantes, así como las consecuencias del incumplimiento y las circunstancias que llevarían a la terminación del programa.

Instrucciones de enseñanza: El instructor podría recordar a los participantes que la recaída no debe considerarse una causa de finalización del programa. La recaída puede ocurrir durante la recuperación y no debe ser estigmatizada. El instructor también debe mencionar que mentir sobre la recaída u ocultar información importante es una señal de que algo va mal o de que la persona participante no confía en el Gestor de Caso y Atención Integral. En estos casos, es necesario que el proveedor de tratamiento, la persona participante y el Gestor de Caso y Atención Integral mantengan una conversación para comprender y evaluar mejor la situación.

El instructor podría subrayar que la persona participante que entra en el Programa de Gestión de Caso y Atención Integral debe ser informada sobre las expectativas, así como sobre la confidencialidad y los aspectos éticos. La institución responsable de la Gestión de Caso y Atención Integral podría pensar en crear un paquete de información o un manual que recopile toda la información relevante para las personas participantes.



Diga

Como ya hemos comentado en el módulo 4, hay varios elementos que constituyen el modelo de Gestión de Caso y Atención Integral (integrado frente a independiente, centralizado frente a descentralizado, financiación pública frente a privada) que deben abordarse para determinar la mejor variante para un programa de Gestión de Caso y Atención Integral en su país.

Sobre la base de la información que ya conocen, hay tres preguntas clave que abordar:

- Dónde debe situarse el programa de Gestión de Caso y Atención Integral: ¿Incorporado a un ministerio/agencia existente o independiente?
- A nivel operativo: ¿Deben centralizarse o descentralizarse las funciones de Gestión de Caso y Atención Integral?
- Financiación: ¿La mejor opción es la financiación pública o privada; o es preferible un modelo híbrido?

En el módulo 6, hemos hablado de la creación del modelo de Gestión de Caso y Atención Integral y de sus tres niveles: Sistema, funcionamiento y financiación.

Consulten esta información y las notas que han anotado en sus cuadernos, ya que se utilizarán mañana al debatir el plan de ejecución.

Instrucciones de enseñanza: El instructor debe recordar a los participantes que pueden utilizar el análisis como hicieron en el módulo 6 para considerar los puntos a favor y en contra de cada modelo, antes de elaborar la sugerencia de modelo final.



Gestión de Caso y Atención Integral Comité Directivo y Liderazgo

¿QUIÉN debe estar en el Comité Directivo?

¿QUIÉN debe encabezar el Comité Directivo?



OEA | CICAD



28

Diga

Puede que también recuerden el ejercicio de las partes interesadas que hicimos en el Módulo 3 y los resultados deberían estar en sus notas del Manual para participantes en las páginas 253 y 254.

A partir de la conclusión de la actividad anterior, en la que se revelará el órgano rector de la Gestión de Caso y Atención Integral, la siguiente acción sería definir la composición del Comité Directivo de la Gestión de Caso y Atención Integral. Los miembros ideales del Comité Directivo son aquellos que pueden promover la acción y apoyar la creación y el desarrollo de la Gestión de Caso y Atención Integral.

El gráfico de las partes interesadas creado en el módulo 3 constituye el punto de partida para la lluvia de ideas sobre la composición del Comité Directivo. Durante ese debate, también quedará claro qué miembro es el líder natural del proceso: el que tiene la capacidad de responsabilizar a los demás y transformar los planes en acciones.

Recuerde también el ejercicio que hicimos sobre las partes interesadas y las preguntas clave, entre ellas

¿QUIÉN debe estar en el Comité Directivo?

¿QUIÉN debe encabezar el Comité Directivo?

Durante el ejercicio del plan de implementación de mañana, se pedirá a los participantes que discutan y aporten más detalles sobre cada parte interesada, incluyendo si deben formar parte del Comité Directivo de Gestión de Caso y Atención Integral.

Instrucciones de enseñanza: El instructor podría subrayar que el nombre Comité Directivo es sólo una sugerencia. El país podría cambiar el nombre del comité según lo considere oportuno. El país podría decidir crear un grupo de trabajo o uno o varios comités adicionales según sea necesario. Lo que se considera esencial en el modelo de gestión de la atención de casos y atención integral es establecer un mecanismo que garantice el compromiso, la cooperación y el intercambio de información con todas las partes interesadas.



Paso 2: Planificación de recursos



- 2.1 Mapeo de servicios y recursos
- 2.2 Presupuestos y financiación para la Gestión de Caso y Atención Integral
- 2.3 Planificación del monitoreo y la evaluación
- 2.4 Cumplimiento de normas mínimas



OEA | CIDAD



2.9

Diga

El paso 2 es la planificación de los recursos e incluye lo siguiente:

- 2.1 Mapa de servicios y recursos
- 2.2 Presupuesto y financiación de la Gestión de Caso y Atención Integral
- 2.3 Planificación del monitoreo y la evaluación (ejercicio de evaluación)
- 2.4 Cumplimiento de normas mínimas



Mapeo de los recursos de tratamiento

La evaluación y el mapeo de los recursos de tratamiento y servicios existentes es un requisito previo para iniciar un programa de Gestión de Caso y Atención Integral

Destacar la diferencia entre las necesidades de tratamiento y servicios y las opciones disponibles

Punto de partida de los recursos de remisión



OEA/CICAD



9.10

Diga

La evaluación y el mapeo de los recursos de tratamiento y servicios existentes es un requisito previo para iniciar un programa de Gestión de Caso y Atención Integral. La primera actividad en la planificación de los recursos es el mapeo de los recursos existentes con los que la Gestión de Caso y Atención Integral puede contar en términos de tratamiento y servicios disponibles para la persona participante. También es una oportunidad para realizar un análisis de las carencias y recoger información sobre lo que se necesita pero no está disponible y abogar por la creación de nuevos servicios.



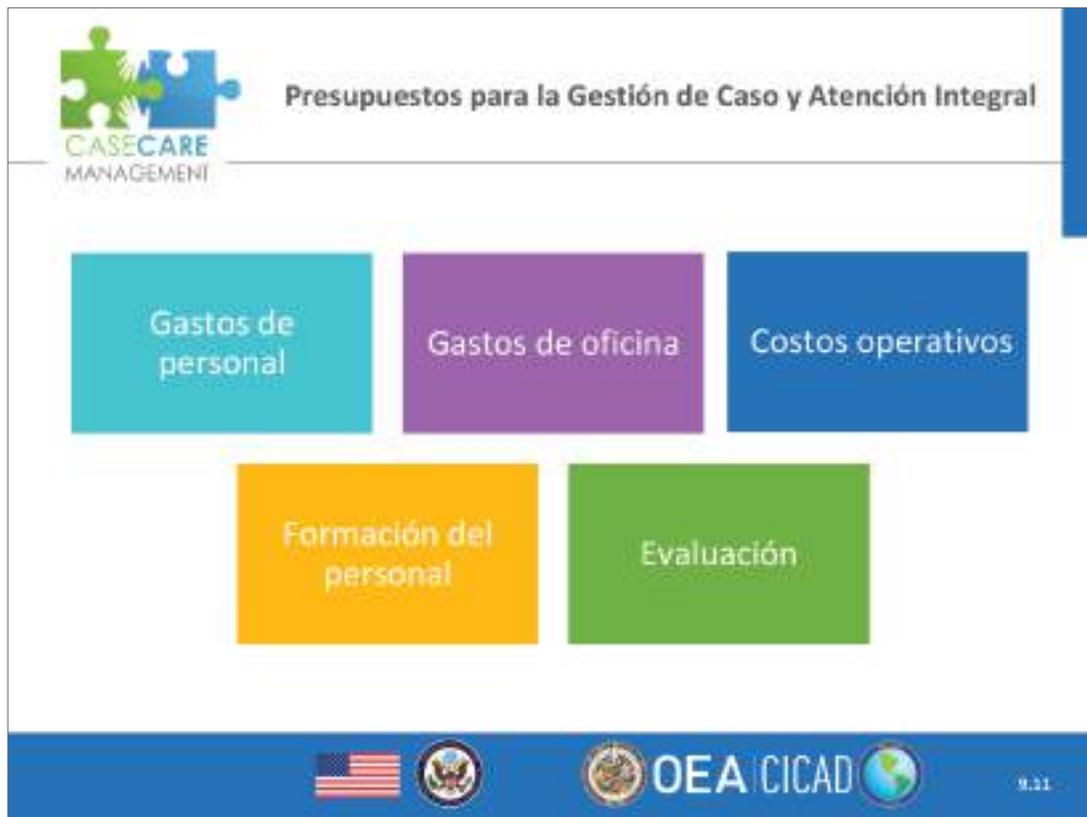
La página de recursos 9.1 del Manual para participantes, en las páginas 239 a 241 muestra una plantilla para el ejercicio de mapeo. Las siguientes preguntas adicionales pueden ser útiles durante la fase de mapeo:

¿Cuáles son los servicios disponibles? ¿Dónde se encuentran?

¿Los servicios disponibles son capaces de cubrir la carga de trabajo de la Gestión de Caso y Atención Integral? Considerar la posibilidad de ampliar la capacidad de tratamiento existente. ¿Se necesitan nuevos servicios que no están disponibles? Considerar qué recursos se necesitan, cómo ponerlos en marcha y cómo conseguir financiación y formar a los profesionales.

La información recopilada en el ejercicio de mapeo será el punto de partida del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral para la creación del registro de derivación.

Instrucciones de enseñanza: El instructor debe remitir a los participantes a la *Página de recursos 9.1, Mapeo de recursos para la gestión de la atención de casos*, en las páginas 239 a 241 del manual del participante.



Diga

El presupuesto y la financiación son los siguientes aspectos que debemos estudiar. ¿Para qué sirve un presupuesto?

GASTOS DE PERSONAL: Como ya hemos mencionado en la formación, se sugiere presupuestar un equipo de al menos dos personas. El plazo ideal para un programa piloto es de dos años a fin de establecer las funciones de Gestión de Caso y Atención Integral y evaluar los progresos y resultados.

GASTOS DE OFICINA: Debe considerar una ubicación que sea conveniente tanto para las personas participantes como para la autoridad judicial. Lo ideal sería asociarse con esta última para vincular la Gestión de Caso y Atención Integral con los servicios existentes. Recuerde que la accesibilidad es la clave.

COSTOS OPERATIVOS: Evaluación, actuación toxicológica, transporte. Todas estas actividades pueden tener un impacto económico a tener en cuenta y deben incluirse en el presupuesto.

FORMACIÓN DEL PERSONAL: Debe considerar la formación inicial y al menos un esfuerzo adicional al año en diversas áreas según las necesidades del país. La formación continua es uno de los elementos clave para garantizar el éxito de la Gestión de Caso y Atención Integral a largo plazo, y para ayudar a los profesionales a hacer su trabajo lo mejor posible.

EVALUACIÓN: Se podrían asignar fondos específicos para realizar un estudio independiente sobre los resultados del proyecto piloto. Se están realizando esfuerzos para reforzar la capacidad de recopilación de datos a nivel nacional de acuerdo con un marco de evaluación común. El INL está apoyando la creación de un modelo de base de datos para facilitar la recopilación y el análisis de datos, y recoger pruebas sobre la eficacia de los programas de Alternativas al Encarcelamiento y de Gestión de Caso y Atención Integral y sus resultados.

Instrucciones para la formación: El instructor debe remitir a los participantes a la *Página de recursos 9.2 Presupuesto para la gestión de la atención de casos*, en las páginas 241 y 242 del manual del participante.

Oportunidades de financiación a considerar

- Subvenciones nacionales
- Subvenciones internacionales/cooperación internacional
- Fondos para la justicia
- Fondos para el tratamiento
- Reasignación de los recursos existentes
- Desarrollo de asociaciones cruciales con la universidad/la academia para conseguir aprendices y para la evaluación (subvenciones para la formación y la asistencia técnica, subvenciones para la evaluación)
- Filantropía



Diga

Hay varias opciones a tener en cuenta a la hora de solicitar financiación. Echemos un vistazo:

- **Subvenciones nacionales** - Principalmente operativas. Estén al tanto de lo que está disponible y cuándo lo está.
- **Subvenciones internacionales/cooperación internacional** - Podrían existir opciones de subvenciones internacionales para fines específicos, como la evaluación. Búsquenlos y planifiquen con antelación para familiarizarse con el proceso de solicitud y los plazos.
- **Fondos del poder judicial** - Manténganse en estrecho contacto con la autoridad judicial y estén al tanto de lo que hay disponible.
- Lo mismo ocurre con los fondos de tratamiento.
- Otra opción que podrían considerar si la financiación es escasa es la **reasignación de los recursos existentes** (es posible que tenga que invertir en formación).
- El desarrollo de asociaciones con las universidades/el mundo académico es fundamental para conseguir aprendices, así como para los propósitos de evaluación (subvenciones para la formación y la asistencia técnica, subvenciones con fines de evaluación).
- La filantropía en general.

En general, la redacción de solicitudes de subvención es un trabajo que requiere mucho tiempo. Planifique con antelación y, si es posible, considere la posibilidad de contar con una persona a cargo de redactar solicitudes de subvenciones o con alguien que se dedique específicamente a esa tarea.



Diga

El monitoreo y la evaluación es otro elemento que merece nuestra atención.

Cuanto más se planifique el monitoreo y la evaluación y mejores sean los sistemas de recogida de datos integrados, más fácil será disponer de datos de calidad cuando se necesiten.

El monitoreo continuo en todo el sistema significa medir el cumplimiento de los puntos de referencia de forma sistemática, revisar los resultados en equipo y modificar las políticas y los procedimientos en consecuencia.

¿Qué debemos tener en cuenta a la hora de planificar la evaluación? Veamos los aspectos clave.

El **propósito**: ¿Para qué necesitamos la evaluación? ¿Qué vamos a evaluar? ¿Por qué hacemos la evaluación?

El **público** es el destinatario final de la evaluación: ¿Quién va a leer la evaluación? ¿Quiénes son las partes interesadas en las que queremos incidir?

Disponibilidad de **datos**: Consideren qué datos están disponibles, así como **el tiempo y los costos** necesarios para recabar estos datos.

Otra opción es contratar a un evaluador independiente,

que puede ayudar a identificar las fortalezas y las áreas de mejora entrevistando a todas las partes interesadas.

El evaluador o la evaluadora independiente también podría ayudar a definir el rendimiento de la Gestión de Caso y Atención Integral al identificar un grupo de comparación para medir el impacto y desarrollar un modelo de investigación para medir los resultados.

Fuente: Carey, S.M., Macklin, J.R., y Finigan, M.W., 2012. "What works? The ten Kay components of Drug Court: Research best practices. Drug court review 8:1: 6-42

Una vez abordados todos estos aspectos, deberían tener más claridad y puede realizar lo siguiente:

- Definir los objetivos y los indicadores para medirlos.
- Definir claramente los resultados y el rendimiento que se va a medir.
- Crear indicadores para medir los resultados.
- Desarrollar un archivo de personas participantes (físico o electrónico) al que puedan acceder todos los profesionales que trabajan en un equipo de Gestión de Caso y Atención Integral.
- Recoger datos precisos de forma regular y oportuna, y organizarlos en un sistema de gestión de datos accesible.

Planificación del monitoreo y la evaluación



Instrucciones de enseñanza: El instructor debe preparar y leer la descripción del ejercicio en el manual y consultar las páginas 258 y 259 del manual del participante. El instructor formula las siguientes preguntas a los participantes, y el co-instructor anota las ideas de los participantes en el rotafolio.

Diga

En este punto, vamos a hacer un ejercicio de grupo y a aplicar algunos de los conocimientos en la práctica.



Formen tres o cuatro grupos y conversen sobre lo siguiente:

- ¿Qué objetivos de la Gestión de Caso y Atención Integral son más relevantes?*
- ¿Cómo los medirían? ¿Cuáles son los posibles indicadores?*
- ¿Cómo piensan recabarlos?*
- ¿Cómo los consolidarían en la evaluación?*



Después de trabajar en el panorama e identificar al menos dos objetivos principales, el/la instructor/a dirigirá un debate para identificar algunos indicadores. El/la co-instructor/a escribe las conclusiones del grupo en el rotafolio, reproduciendo la tabla que figura en el Manual para participantes en las páginas 258 y 259.



Diga

A partir de los resultados del ejercicio de grupo, repasen la lista para comprobar que se incluyen todos los elementos siguientes:

Reducir la delincuencia al reducir también las vulnerabilidades que conducen a la reincidencia delictiva y el consumo problemático de drogas.

Promover la seguridad de la comunidad mediante el tratamiento y la rehabilitación.
Reducir el consumo problemático de sustancias.

Promover la **reinserción social** de los individuos con TCS en el sistema de justicia penal.

Crear oportunidades para la familia y la reunión de padres e hijos, gracias a la recuperación, el aumento de la salud y el bienestar la persona participante y la capacidad de asumir responsabilidades para la familia.

Gracias al apoyo recibido en la recuperación y al aumento de las habilidades parentales, la persona participante es capaz de cuidar mejor de su hijo.

Crear sinergias entre los sistemas de justicia, salud y servicios sociales.

Reducir la duración de la participación en el proceso judicial

Reducir la población carcelaria y los costos de las prisiones cuando no se necesitan para servir a la seguridad de la comunidad.



Sugerencias para la recogida de datos básicos de la Gestión de Caso y Atención Integral



Objetivos del programa

- Retención en el programa
- Sobriedad
- Baja reincidencia
- Vivienda estable
- Empleo
- Finalización exitosa del programa
- Finalización a lo largo de varias poblaciones (género, rango de edad, etnia, etc.)






9.16



Diga

¿Qué pasa con los datos? ¿Qué indicadores se han establecido? Una vez más, veamos si ya hemos mencionado algunos de estos indicadores. Podríamos tener (A) objetivos del programa o (B) datos del servicio.

En cuanto a los objetivos del programa, podemos ver:

Retención: El número de personas participantes que permanecieron en el programa de Gestión de Caso y Atención Integral dividido por el número de personas participantes que entraron en el programa.

Sobriedad: A partir de los resultados de toxicología, el número de pruebas de drogas negativas dividido por el número total de pruebas realizadas.

Reincidencia: El número de nuevos cargos dividido por el número de personas en el programa; el número de nuevas infracciones técnicas dividido por el número total de participantes.

Vivienda estable: El número de personas participantes que declaran tener una vivienda estable dividido por el número total de personas participantes.

Empleo: El número de personas participantes que estudian, buscan o tienen empleo asegurado dividido por el número total de todas las personas participantes.

Finalización exitosa del programa: El número de personas participantes que terminan el programa con éxito dividido por el número de personas participantes que entraron en el programa. (Esta información también podría incluir información demográfica para permitir una tabulación cruzada).



Diga

Los datos del servicio ayudan a determinar la calidad del programa de Gestión de Caso y Atención Integral. Sugerencias del tipo de datos a recoger:

Tiempo de derivación y evaluación: Indicando el tiempo necesario para volver a responder a las necesidades de la personas participantes.

Número de contactos por mes: Indica la intensidad de la Gestión de Caso y Atención Integral que requieren las personas participantes.

Número de finalización del programa Gestión de Caso y Atención Integral: Indica la tasa de éxito del programa.

Número de personas participantes atendidos: Indicando el número medio de personas participantes por Gestor de Caso y Atención Integral.

Instrucciones de enseñanza: El instructor podría subrayar la importancia de que la persona participante comprenda y se comprometa con el proceso. Se debe presentar un consentimiento informado la persona participante, que lo firma al principio del programa. El consentimiento informado se revisa periódicamente y se firma, según proceda.



Gestión de Caso y Atención Integral Normas mínimas

Integración de la Gestión de Caso y Atención Integral en un marco multisistémico

Disponer de acuerdos (formales o informales), protección de la confidencialidad y protocolo de comunicación con las partes interesadas

Ser identificable con uno de los modelos de Gestión de Caso y Atención Integral existentes o híbridos

Respetar el sistema de valores de la Gestión de Caso y Atención Integral

Seguir las funciones básicas de la Gestión de Caso y Atención Integral

Creación de un equipo de Gestión de Caso y Atención Integral (mínimo de dos profesionales)



OEA | CIDAD



9.18

Diga

La utilización de normas mínimas permite crear un punto de referencia para un programa de Gestión de Caso y Atención Integral y proporcionar una lista de control para las actividades de Gestión de Caso y Atención Integral. Si lo que hacen cubre todos los aspectos mencionados en las normas mínimas, entonces el programa puede identificarse como Gestión de Caso y Atención Integral.

Las normas mínimas son una herramienta útil a la hora de planificar las actividades, así como durante la ejecución para garantizar la coherencia y la consistencia. Echemos un vistazo:

En primer lugar, la Gestión de Caso y Atención Integral debe trabajar en un **marco multisistémico**, como mencionamos en el módulo 3. Trabajar con múltiples partes interesadas, crear sinergias y hacer que todos rindan cuentas es una característica clave de la Gestión de Caso y Atención Integral.

La Gestión de Caso y Atención Integral debe tener un acuerdo formal o informal con dichas partes interesadas. Establecer **protocolos de confidencialidad y comunicación con las partes interesadas es esencial para el trabajo de la Gestión de Caso y Atención Integral**. Asegurarse de que todas las partes interesadas están en la misma página —y saber qué esperar y cuándo esperarlo— facilitará el trabajo a todas las partes implicadas.

La Gestión de Caso y Atención Integral debe reflejar uno de los **modelos existentes** —o un híbrido de más de uno de estos modelos— según el sistema. Entre ellos se encuentran los componentes operativos y de financiación que hemos analizado en la formación.

La Gestión de Caso y Atención Integral debe respetar y aplicar el sistema de valores y operar de acuerdo con las funciones que hemos descrito.

La Gestión de Caso y Atención Integral debe contar con un **equipo** (de al menos dos profesionales) para garantizar una cobertura constante y la continuidad de los servicios.

Instrucciones para la formación: El instructor debe remitir a los participantes a la *Página de recursos 9.3 Lista de comprobación de las normas mínimas de atención de casos*, en la página 242 del Manual del participante.

	Obtención de credenciales nacionales e internacionales tanto para la organización como para el personal
	Determinar la carga máxima de casos que puede manejar un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral para garantizar una atención y cuidado adecuados
	Comprometerse a llevar a cabo la formación inicial y continua del personal
	Mantener un sistema de registro preciso y protegido para la Gestión de Caso y Atención Integral
	Estar en contacto con las comunidades y promover la reintegración social a lo largo del programa
Seguimiento y evaluación continuos	
	



Recomendamos que los programas de Gestión de Caso y Atención Integral obtengan **credenciales nacionales (y, eventualmente, internacionales)** para certificar tanto a la/s organización/es como al personal implicado. Contar con una certificación generará respeto por el programa y aumentará la reputación de los profesionales y de la/s organización/es implicada/s.

El número de casos para la Gestión de Caso y Atención Integral es otro factor importante. Determinar el número máximo de casos que se pueden tratar de forma eficiente en términos de tiempo y calidad de los servicios y la atención puede ser difícil, especialmente al principio. Por lo tanto, al iniciar un programa de Gestión de Caso y Atención Integral, la **carga de casos** debe ser ligera, con un máximo de unos 10-15 casos para cada Gestor de Caso y Atención Integral. Esto se debe a que las personas participantes suelen necesitar reuniones más frecuentes y más atención al principio del programa. La frecuencia de las reuniones y la intensidad de la atención disminuyen entonces con el tiempo, lo que permitirá al Gestor de Caso y Atención Integral hacerse cargo de más personas participantes. Sea consciente del tiempo y el esfuerzo que necesitan las personas participantes para crear una carga de trabajo manejable y evitar

que los Gestores de Caso y Atención Integral lleguen al burnout.

La formación inicial del personal y las formaciones periódicas son útiles para que el personal mejore su trabajo, adquiera nuevas competencias y aumente su profesionalidad.

Los Gestores de Caso y Atención Integral deben contar con un **sistema de registro**. Deben garantizar la seguridad de los registros y la protección de la confidencialidad de las personas participantes, al tiempo que mantienen la información fácilmente accesible para el equipo de Gestión de Caso y Atención Integral.

Un/a Gestor/a de Caso y Atención Integral debe crear **conexiones con las comunidades**, siendo consciente de las oportunidades y las opciones de reintegración social de las personas participantes.

El monitoreo y la evaluación continuos deben incluirse en el trabajo del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral. El monitoreo y la evaluación son un activo que proporciona pruebas sobre lo que funciona y lo que no funciona en el programa para orientar el desarrollo y la mejora continua del mismo.



Paso 3: Gestión de Caso y Atención Integral Creación de programas



- 3.1 Gestión de Caso y Atención Integral
Creación de equipos
- 3.2 Creación de oficinas
- 3.3 Relación con las autoridades
judiciales
- 3.4 Relación con los proveedores de
tratamiento y de servicios y las
comunidades



OEA/CICAD



9.20

Diga

¿Qué pasa con la configuración inicial y la creación del programa de Gestión de Caso y Atención Integral?

Los pasos incluyen lo siguiente:

- 3.1 Creación del equipo de Gestión de Caso y Atención Integral
- 3.2 Establecimiento de la oficina
- 3.3 Relación con las autoridades judiciales
- 3.4 Relación con los proveedores de tratamiento y de servicios y las comunidades

Diga

Ahora es el momento **de construir el equipo**. Recuerden que se recomienda contar con al menos dos profesionales para garantizar la continuidad del programa y mantener la cobertura en caso de que un miembro del personal se enferme, acepte otro trabajo o no esté disponible.

Esto incluye la contratación del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral (podría utilizar el módulo 8 como referencia para redactar el perfil del puesto y el anuncio y como orientación para iniciar y completar el proceso de selección). Una vez que hayan cubierto las vacantes, es posible que desee realizar una capacitación inicial para asegurarse de que están al día en las competencias básicas de la Gestión de Caso y Atención Integral. Si no pueden impartir dicha capacitación, pueden considerar la posibilidad de crear un paquete de información para que los nuevos contratados puedan formarse por sí mismos.

El siguiente paso es la creación de la **oficina** de Gestión de Caso y Atención Integral. Al decidir el lugar y según la disponibilidad, tengan en cuenta la accesibilidad. Consigan un lugar adecuado, preferiblemente cerca de la autoridad judicial y de fácil acceso para las personas participantes.

Establezcan una cooperación con la autoridad judicial. Si procede, firmen un memorando de entendimiento y/o creen un protocolo de comunicación con esta para aclarar las expectativas y necesidades.

Establezcan la cooperación con los proveedores de tratamiento y servicios, así como con las comunidades circundantes. Pueden utilizar el módulo 8 como referencia: *Cómo interactúa el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral con los servicios de tratamiento y los servicios sociales.*

Otras sugerencias que pueden considerar son las siguientes:

- Crear sinergias y una comunicación regular con los proveedores de tratamiento y servicios.
- Explorar y llegar a nuevos servicios según sea necesario, para responder a las necesidades de las personas participantes e incluirlos en el registro de referencias.
- Acudir a las ONG, empresas locales, líderes espirituales y grupos de apoyo para encontrar recursos adicionales para la integración social de las personas participantes.
- Recuerden que el registro de derivaciones es la herramienta clave en el trabajo diario del/la Gestor/a de Caso y Atención Integral, y asegúrense de actualizarlo regularmente con información sobre los proveedores de servicios.



Paso 4: Aplicación del programa piloto



- 4.1 Garantizar la existencia de memorandos de entendimiento
- 4.2 Asegurar la financiación durante al menos dos años
- 4.3 Garantizar la visibilidad del programa
- 4.4 Garantizar la existencia de mecanismos de seguimiento y evaluación
- 4.5 Plan de ampliación y sostenibilidad del programa



OEACICAD



9.21

Diga

El último paso es la ejecución del proyecto piloto. Esto puede variar significativamente en cada país. No obstante, antes de poner en marcha oficialmente el programa de Gestión de Caso y Atención Integral y de iniciar el programa piloto, es posible que deseen tener en cuenta lo siguiente:

- 4.1 Garantizar la existencia de Memorandos de Entendimiento (MOU) según corresponda.
- 4.2 Asegurar la financiación durante al menos dos años. Considerar la reasignación de los recursos disponibles y poner en marcha el proyecto piloto durante un mínimo de dos años.
- 4.3 Asegurar la visibilidad del programa.
- 4.4 Garantizar la existencia de mecanismos de seguimiento y evaluación.
- 4.5 Planear la ampliación y sostenibilidad del programa

La SE-CICAD está disponible para proporcionar asistencia técnica y ayudar a los países en la creación del sistema de Gestión de Caso y Atención Integral y en su implementación.

Diga

Asegúrese de que **se firmen los memorandos de entendimiento con las partes interesadas** y de que todos los actores estén informados de las ventajas de colaborar con la iniciativa de Gestión de Caso y Atención Integral. El Comité Directivo debe ser el actor principal y el supervisor principal del programa de Gestión de Caso y Atención Integral y debe asegurarse de que los Memoranda de Entendimiento o los acuerdos informales con las distintas organizaciones participantes estén en vigor según corresponda.

Antes de poner en marcha el programa, **debería garantizarse la financiación por al menos dos años** para estar seguros de que la Gestión de Caso y Atención Integral tiene el tiempo necesario para dar resultados.

Establecer contacto con la principal fuente de financiación y asegurar la financiación durante al menos dos años, con la opción de otro año de financiación en función de los resultados iniciales.

Dado que será un concepto nuevo en sus jurisdicciones, también es necesario dar a conocer el nuevo programa de Gestión de Caso y Atención Integral.

Algunas acciones sugeridas en este sentido son las siguientes:

- Asegurarse de que las autoridades judiciales estén informadas sobre el nuevo programa y organizar reuniones informativas de alto nivel para garantizar su aceptación.
- Obtener visibilidad en los medios de comunicación y la prensa para dar a conocer la Gestión de Caso y Atención Integral y las alternativas al encarcelamiento entre potenciales participantes, sus familias y las comunidades.

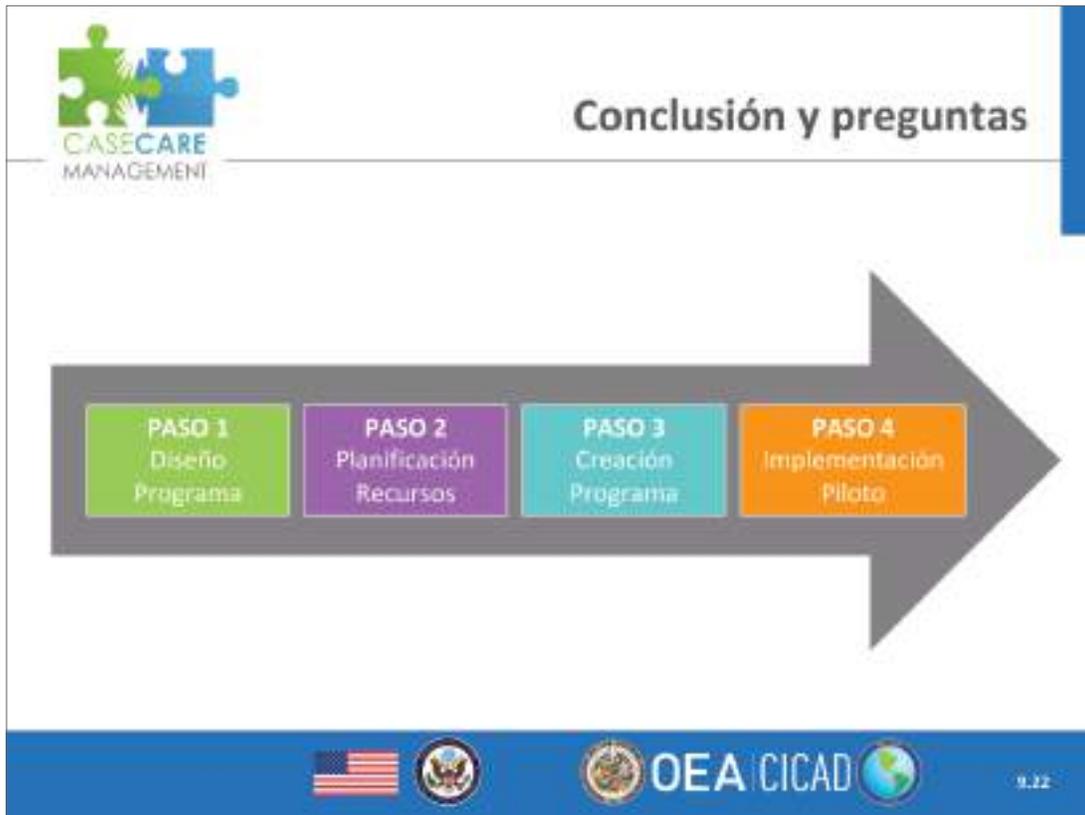
El **monitoreo y la evaluación** son también una parte importante de la Gestión de Caso y Atención Integral. Poder ofrecer resultados actualizados sobre el programa es crucial para obtener financiación, hacer que el programa sea sostenible, comprender su rendimiento, resolver los problemas que surjan y garantizar resultados positivos.

Les aconsejamos encarecidamente que creen un mecanismo integrado de recogida y evaluación de datos que recoja sistemáticamente la información necesaria para la evaluación.

Para garantizar que el programa de Gestión de Caso y Atención Integral perdure, es importante seguir pensando en el futuro. Recaudar constantemente fondos para mantener el programa es una labor exigente pero necesaria para garantizar su funcionamiento.

Tal vez puedan considerar lo siguiente:

- Crear y fortalecer las asociaciones con las autoridades públicas, así como con los donantes nacionales e internacionales, y mantenerlos informados sobre los resultados y logros del programa para estimular el interés y la aceptación.
- Considerar la posibilidad de mantener vínculos con sus homólogos y organismos similares para crear redes y compartir las mejores prácticas.
- Colaborar con las instituciones académicas y los académicos locales para identificar áreas de interés compartidas o trabajar en colaboración para identificar fuentes de financiación para apoyar la evaluación.
- Según proceda, consideren la posibilidad de ampliar el programa y ofrecer la Gestión de Caso y Atención Integral en otros lugares.



Diga

En este módulo, hemos aprendido los pasos necesarios para implantar programas de Gestión de Caso y Atención Integral. En la próxima sesión, comenzaremos examinando el Plan de Acción y completando ejercicios de grupo que transformen el aprendizaje en práctica.

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL

Página de recursos 9.1 Ejemplo de servicios de mapeo para la Gestión de Caso y Atención Integral

Fuente: Adaptado de The Kenyan Certification and Educational Manual for Addiction Professionals. Departamento de Estado de EE.UU., Oficina de Asuntos Internacionales contra el Narcotráfico y Aplicación de la Ley (INL). Serie 2010 (Plan Colombo, 2017).

Servicios relativos a TCS	Usado	Necesario
Servicios de crisis		
Programas de atención aguda, desintoxicación en hospitales generales o psiquiátricos u otros centros de atención hospitalaria		
Programas de atención primaria o desintoxicación de alcohol o TCS en entornos no hospitalarios y ambulatorios		
Servicios de desintoxicación ambulatoria		
Centros de crisis de TCS		
Programas de atención aguda, desintoxicación en hospitales generales o psiquiátricos u otros centros de atención hospitalaria		
Servicios ambulatorios		
Agencias ambulatorias de TCS		
Programas ambulatorios de TCS con supervisión médica		
Clínicas ambulatorias de TCS certificadas para ofrecer tratamiento intensivo		
Clínicas ambulatorias de TCS certificadas para prestar servicios de rehabilitación		
Servicios de día prestados por programas ambulatorios de TCS con supervisión médica		
Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona y buprenorfina		
Programas de mantenimiento con metadona y buprenorfina		
Metadona/Buprenorfina a programas de abstinencia		
Servicios de hospitalización		
Programas de tratamiento de TCS en régimen de internado		
Programas de tratamiento y rehabilitación de TCS en régimen de internado		
Servicios residenciales		
Programas residenciales sin drogas		
Hogares de recuperación		
Centros de rehabilitación		
Instalaciones de vivienda de apoyo		
Programa de TCS para adolescentes		
Programas de prevención escolares y comunitarios		
La acupuntura como complemento del tratamiento		
Grupos de doce pasos y otros grupos de autoayuda		
Servicios de salud	Usado	Necesario
Servicios médicos/de enfermería		
Mantenimiento/prevención de la salud		
Tratamiento		

Servicios nutricionales	Usado	Necesario
Mantenimiento/prevención de la salud		
Tratamiento		
Programas de distribución de alimentos		

Servicios oftalmológicos (ojo y visión)	Usado	Necesario
Mantenimiento/prevención de la salud		
Tratamiento		

Servicios dentales	Usado	Necesario
Mantenimiento/prevención de la salud		
Tratamiento		

Servicios de guardería	Usado	Necesario
Guardería		
Maternal		
Cuidado de niñas y niños		
Parques de barrio		
Clases/grupos para padres y madres		
Planificación familiar		
Servicios de acogida voluntaria/colocación de niños		

Servicios de salud mental	Usado	Necesario
Intervención en crisis		
Apoyo de compañeros		
Grupos de apoyo		
Asesoría individual/de pareja/familiar		
Psicoterapia		
Atención psiquiátrica		

Servicios de vivienda	Usado	Necesario
Independiente		
Servicios de ama de casa		
Apoyo diario en la casa		
Atención domiciliar de enfermería especializada		
Cuidado de hospicio		
Vivienda supervisada		
Servicios de tratamiento diarios		
Refugio para indigentes		
Viviendas de transición		
Casas grupales		
Instalaciones a largo plazo		
Otros tipos de vivienda con servicios		
Vivienda institucionalizada		
Asilo de ancianos		
Instituto psiquiátrico		

Servicios privados o públicos y beneficios	Usado	Necesario
Seguro médico particular		
Programas de servicios sociales de gobierno		

Transporte	Usado	Necesario
Transporte público		
Programas de compañeros de viaje		
Sistemas de transporte médico		
Servicio proporcionado por el gobierno		
Transporte por parte del/la gestor/a de caso		

Servicios jurídicos	Usado	Necesario
Servicios jurídicos		
Abogados de oficio		
Abogados privados		

Servicios espirituales	Usado	Necesario
Denominación:		
No confesional		
Alternativa		

Actividades de ocio	Usado	Necesario
Programas de deporte y ejercicio		
Programas de interés especial		
Clubes de servicio		

Servicios educativos/profesionales	Usado	Necesario
Alfabetización, competencias lingüísticas		
Clases en la escuela		
Evaluación y/o servicios profesionales/educativos		
Formación en habilidades para el empleo		
Formación profesional		

Servicios educativos/profesionales	Usado	Necesario
Colocación directa		
Derivaciones		
Otros programas comunitarios relevantes		

Recursos adicionales	Usado	Necesario

Página de recursos 9.2 Elementos presupuestarios para la Gestión de Caso y Atención Integral

El siguiente cuadro presenta un ejemplo para crear un archivo de presupuesto preliminar con los requisitos básicos para un Programa de Gestión de Caso y Atención Integral, de acuerdo con el contenido presentado en el Módulo 9 del plan de estudios.

Mientras rellena la tabla, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral podría tener en cuenta las siguientes preguntas: *¿Cuántos Gestores de Caso y Atención Integral se necesitan?* Según los conocimientos adquiridos en la formación, el grupo más pequeño debe estar constituido por 2 profesionales. *¿Y el modelo con un equipo profesional de dos personas (La Dupla)? ¿Sería aplicable/viable?*

En cuanto a las oportunidades de financiación, el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral podría recordar la información presentada en el módulo 9 y realizar una investigación personal y enumerar las opciones disponibles y las convocatorias de subvenciones internacionales y nacionales actuales destacando el plazo de solicitud e información sobre el proceso.

El/la Gestor/a de Caso y Atención Integral también puede añadir posibles contribuciones en especie del poder judicial (un ejemplo podría ser disponer de locales de oficina gratuitos o alquilados a una tarifa preferente).

TABLA DE PRESUPUESTO	
Concepto	Cantidad
Salario del personal (cuántas personas, cuántas horas a la semana)	
Gastos de oficina	
Costos operativos	
Formación del personal	
Evaluación	
Otros:	

Página de recursos 9.3 Lista de comprobación de las normas mínimas de Gestión de Caso y Atención Integral

Las normas mínimas de Gestión de Caso y Atención Integral son una herramienta que debe utilizarse como lista de comprobación para determinar si un programa puede considerarse de Gestión de Caso y Atención Integral. La revisión de la descripción y la evaluación de los elementos que aún no están incluidos y de las medidas que deben adoptarse ofrecen una oportunidad para analizar las deficiencias y mejorar el programa.

Lista de comprobación de normas mínimas	
Normas mínimas	Aplicada: Sí/No
Gestión de Caso y Atención Integral integrada en el multisistema	
Memorándum de entendimiento y protocolos de confidencialidad y comunicación	
Adhesión a los modelos de Gestión de Caso y Atención Integral	
Respeto al sistema de valores	
Realización de las funciones de Gestión de Caso y Atención Integral	
Gestión de Caso y Atención Integral cuenta con un equipo (mínimo de 2 personas)	
Acreditaciones nacionales e internacionales	
Se establece el número máximo de casos para la Gestión de Caso y Atención Integral	
Formación del personal	
Conexión con las comunidades	
Mecanismo de monitoreo y evaluación en marcha	

MÓDULO 10



Ejercicio de implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral: desarrollo del sistema

Lista de control de preparación

Contenido y duración

Metas y objetivos

Diapositivas de PowerPoint

MÓDULO 10

Módulo 10 Lista de control de preparación

- Revise la sección “Primeros pasos” para obtener información general sobre la preparación en la página 19 de este manual
- Vista previa del módulo 10
- Prepare el ejercicio interactivo: reúna lo siguiente:
 - Una pila de papel tamaño carta (o A4) para cada mesa
 - Blocs de notas adhesivas para cada mesa
 - Rotuladores de colores y una pila de papeles de colores
- Traiga copias del formulario de evaluación general de la formación

Módulo 10 Metas y objetivos

Actividad	Tiempo
Módulo 10 - Ejercicio de implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral: desarrollo del sistema- Parte 1	90 minutos
Ejercicio de Implementación: Plan de implementación Parte 1	90 minutos
Pausa	15 minutos
Módulo 10 - Ejercicio de implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral: desarrollo del sistema- Parte 2	90 minutos
Ejercicio de Implementación: Plan de implementación Parte 2	45 minutos
Informe	45 minutos
Resumen y evaluación del curso	30 minutos
Ceremonia de clausura	30 minutos
Resumen y evaluación del curso	30 minutos
Ceremonia de clausura	5 minutos
Evaluación y fin del día 3	

Módulo 10 Metas y objetivos

Objetivos de formación

- Familiarizarse con la hoja de ruta de la Gestión de Caso y Atención Integral.
- Preparar la presentación para los ejecutivos sobre la Gestión de Caso y Atención Integral y la presentación de informes al grupo.
- Determinar la acción de seguimiento.

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el Módulo 10 serán capaces de lo siguiente:

- Comprender y describir la hoja de ruta de la Gestión de Caso y Atención Integral.
- Comprender y describir las acciones de seguimiento.



MÓDULO 10

IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL DESARROLLO DEL SISTEMA PARTE 1 Y 2



OEA CICAD



10.1

Diga

La tarea del módulo 10 es el ejercicio de implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral.

Instrucciones de enseñanza: Los instructores deben preparar este módulo con antelación. Al final del segundo día, deberán sentarse juntos y revisar la presentación en PowerPoint y el esquema del módulo 10. También deben editar el esquema de planificación de la acción de Gestión de Caso y Atención Integral para reflejar las aportaciones de las sesiones de formación anteriores y definir los programas que propondrán durante el ejercicio.

Integrar el aprendizaje sobre la Gestión de Caso y Atención Integral a la práctica

Preparar la presentación para los ejecutivos sobre la Gestión de Caso y Atención Integral y la presentación de informes al grupo

Determinar las acciones de seguimiento.



Diga

El objetivo del módulo 10 es integrar en la práctica el aprendizaje sobre la Gestión de Caso y Atención Integral. Es un módulo muy interactivo, con ejercicios prácticos destinados a preparar una presentación para las autoridades de alto nivel con sugerencias concretas sobre el programa de Gestión de Caso y Atención Integral que los participantes creen que debería añadirse.

También se incluyen en el ejercicio sugerencias relativas a las acciones de seguimiento.

Nota: Los instructores deberán editar esta diapositiva.



Ejercicio en grupo

Creación de los grupos



- Grupo 1
- Grupo 2
- Grupo 3



10.3

Instrucciones de enseñanza: Los instructores editarán las diapositivas del módulo 10, personalizándolas con contenidos que reflejen las aportaciones de los participantes hasta el momento. Los instructores deberán poner el esquema personalizado a disposición de los participantes antes (si es posible) o durante la sesión. Los instructores deben asegurarse de que la distribución de los participantes en los grupos sea equitativa y de que las partes interesadas estén representadas por igual en cada grupo (por ejemplo, al menos un funcionario de libertad condicional, un juez, un representante de la sociedad civil, un proveedor de tratamiento, etc.).

Sugerencias para crear los grupos.

- El/la instructor/a puede crear una lista que divida a los participantes en grupos antes de que comience la sesión, asegurándose de que estos sean del mismo tamaño y representen una diversidad de participantes y puntos de vista. El/la instructor/a dará un nombre a cada grupo para distinguirlo de los demás.
- A continuación, el/la instructor/a lee la lista en voz alta y ayuda a los participantes a reunirse en sus respectivos grupos

Diga

Para los ejercicios interactivos del módulo 10, hemos creado dos o tres [o el número adecuado de] grupos, cada uno de ellos centrado en la Gestión de Caso y Atención Integral para un programa específico. Los grupos son los siguientes:

- Grupo 1 (nombre del grupo)
- Grupo 2 (nombre del grupo)
- Grupo 3 (nombre del grupo)



Para facilitar el trabajo de sus grupos, hemos preparado un esquema para el ejercicio que se basa en la plantilla de las páginas 259-262 del Manual para participantes. El esquema se ha adaptado para incluir sus aportaciones de todas las sesiones anteriores.



Ejercicio sobre el Plan de implementación

Parte 1: Marco para la Gestión de Caso y Atención Integral - 60 minutos

- Elementos de Gestión de Caso y Atención Integral del programa de justicia
- Modelo y liderazgo de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Creación del Comité Directivo de Gestión de Caso y Atención Integral



OEA/CICAD



10.4

Instrucciones de enseñanza: El instructor debe presentar el ejercicio y dirigir a los participantes al esquema. El instructor debe recordar a los participantes de cada grupo que tengan en cuenta el tiempo asignado al ejercicio y que elaboren estrategias.

El instructor debe permitir que los participantes echen un vistazo al esquema y hagan preguntas antes de que los grupos comiencen su trabajo. Los instructores también circularán entre los grupos y estarán disponibles para ayudar y facilitar si es necesario.

Diga

La primera parte del ejercicio interactivo aborda el marco de Gestión de Caso y Atención Integral. Cada grupo deberá debatir los tres temas siguientes, anotar los resultados de la discusión y rellenar el esquema del Plan de Acción proporcionado.

Elementos de Gestión de Caso y Atención Integral del programa de justicia: Esto se centra en qué programas de alternativas al encarcelamiento o de justicia se cruzan con la Gestión de Caso y Atención Integral (antes de la sentencia, después de la sentencia). Cada grupo discutirá también el perfil de la persona participante, los requisitos de elegibilidad para el programa, cuándo el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral iniciará el contacto con la personas participante, cómo funcionará el programa y los resultados esperados.

Modelo y liderazgo de la Gestión de Caso y Atención Integral: Siguiendo el mismo ejemplo del análisis FODA que vimos en el Módulo 4, los grupos elegirán el modelo de Gestión de Caso y Atención Integral que recomendarían para implementar el programa que atienden, además de brindar sugerencias sobre el liderazgo de su programa de Gestión de Caso y Atención Integral, incluyendo qué agencia debería tener el rol principal.

Creación del Comité Directivo de Gestión de Caso y Atención Integral: En él se aborda qué partes interesadas deben formar parte del Comité Directivo y se ofrece una visión general de los actores clave que pondrán en marcha y luego supervisarán la aplicación de la Gestión de Caso y Atención Integral en el país.

Instrucciones de enseñanza: El instructor podría animar a los participantes a seguir el esquema proporcionado, utilizando la información de sus discusiones de grupo.



Ejercicio sobre el Plan de implementación

Parte 2: Acción de seguimiento - 45 minutos

- Se necesitan tres acciones principales de seguimiento
- Descripción
- Marco temporal



OEA | CIDAD



10.5

Diga

¡Bienvenidas y bienvenidos de vuelta a plenaria! ¿Cómo fue la experiencia? La segunda parte del ejercicio se centra en las acciones de seguimiento. Cada grupo identificará y propondrá tres acciones principales de seguimiento que considere pertinentes para la aplicación de la Gestión de Caso y Atención Integral, las describirá e indicará un calendario para cada una de ellas. El tiempo asignado a este ejercicio es de 45 minutos. Como antes, estamos para ayudar y controlar el tiempo.

¡Que disfruten la sesión!

Instrucciones de enseñanza: La Parte 2 del ejercicio sigue la misma dinámica de la Parte 1, con los grupos trabajando en el esquema. En caso de que un grupo no termine la Parte 1 en el tiempo asignado, se le permitirá seguir trabajando en ella y luego pasar a la Parte 2. Tras el ejercicio, cada grupo dispondrá de 15 minutos para informar, tras lo cual se celebrará una reunión informativa con todos los participantes presentes.



Ejercicio sobre el Plan de implementación

Presentación del informe - 45 minutos

- Grupo 1
- Grupo 2
- Grupo 3



OEA/CICAD



10.6

Diga

¡Bienvenidos de vuelta! Ahora estamos listos para informar. Todos ustedes han trabajado duro en sus grupos para preparar sus presentaciones. Gracias por su compromiso con esta capacitación. Repasemos cómo cada grupo nos presentará su informe. Solo para recapitular, tenemos tres [o el número de grupos que haya creado] grupos:

- Grupo 1 (nombre del grupo)
- Grupo 2 (nombre del grupo)
- Grupo 3 (nombre del grupo)

Cada grupo tendrá dos presentadores, que dispondrán de 15 minutos para hacer una presentación en nombre de su grupo que aborde los puntos clave del plan de acción en el que han estado trabajando, a saber:

- Elementos de Gestión de Caso y Atención Integral del programa de justicia
- Modelo y liderazgo de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Composición del Comité Directivo de Gestión de Caso y Atención Integral
- Tres acciones de seguimiento a considerar

Pregunta

¿A cuál grupo le gustaría comenzar?

Instrucciones de la enseñanza: Los instructores anotarán el orden de los grupos. El instructor debe dejar tiempo suficiente para que los ponentes puedan informar. Después de cada presentación, el instructor hace una reunión de evaluación con todos los participantes presentes en la capacitación, haciendo comentarios y preguntas. Al final de la sesión informativa, el instructor debe pedir a todos los presentes que expresen su agradecimiento al grupo que acaba de exponer.



Diga

Nuestra capacitación está llegando a su fin. En estas últimas diapositivas, me gustaría repasar los pasos para la implementación del sistema de Gestión de Caso y Atención Integral que ya mencionamos durante el módulo 9. Espero que este contenido ayude a los que aquí van a dar seguimiento a la creación de un proyecto piloto de Gestión de Caso y Atención Integral:

- Paso 1 (Diseño del programa): Definir qué modelo de Gestión de Caso y Atención Integral utilizarán, quién dirigirá su desarrollo y cómo se cruzará con el sistema judicial.
- Paso 2 - (Planificación de recursos): Trazar un mapa de tus recursos, analizar sus fortalezas y hacer una lista de lo que ya tienen y lo que les falta
- Paso - 3 (Creación del programa): Obtener la luz verde de las partes interesadas y reunir todas las piezas necesarias, desde la creación del equipo y el establecimiento de la oficina, hasta la creación del registro de servicios de derivación.
- Por último, el paso 4 (Implementación de la prueba piloto): Lanzar el programa e invitar a las personas participantes.



Gestión de Caso y Atención Integral

Lista de control de la aplicación

Definición del modelo operativo

Creación del comité directivo

Definición del presupuesto

Oportunidades de financiación aseguradas

Definición del monitoreo y la evaluación

Comprobación de las normas mínimas



OEA | CIDAD



10.8

Diga

Por último, repasemos una lista de comprobación de las cuestiones esenciales que deben abordarse antes de poner en marcha un programa de Gestión de Caso y Atención Integral:

- Definir el modelo operativo: Seleccionar el modelo que se va a seguir y quién lo va a dirigir.
- Crear el comité de dirección: Elegir las organizaciones que supervisarán el programa de Gestión de Caso y Atención Integral y garantizar la responsabilidad y el compromiso de las partes interesadas.
- Establecer el presupuesto: Comprender cuánto costará el programa de Gestión de Caso y Atención Integral, reasignar los recursos existentes para poner en marcha el programa piloto e identificar qué fondos adicionales serán necesarios para apoyar la sostenibilidad del programa a largo plazo.
- Asegurar la financiación: Explorar opciones de financiación que apoyen la implementación y el desarrollo de la Gestión de Caso y Atención Integral (financiación nacional, internacional y ad hoc).
- Definir los parámetros de seguimiento y evaluación: Ser claros acerca de lo que necesitan medir, con qué propósito y cómo medirlo (indicadores).
- Garantizar la presencia de las normas mínimas: Asegurarse de que se cumplen las normas mínimas para los programas de Gestión de Caso y Atención Integral preestablecidas en el módulo 9, tanto en el proyecto piloto como después.



Diga

¡Gracias! Esta capacitación ha sido una experiencia increíble. Gracias por el tiempo y el compromiso que han dedicado al curso. Sinceramente, les deseo lo mejor en la implementación de la Gestión de Caso y Atención Integral.

Diga

Antes de comenzar la ceremonia de clausura, nos gustaría pedirles que completen la evaluación general del curso. Apreciamos enormemente su retroalimentación y el tiempo que dedicarán a responder a las preguntas. Sus comentarios nos permiten mantener y mejorar la calidad de este curso.

Ceremonia de clausura

Le recomendamos que organicen una breve sesión con observaciones finales de las personas clave del proyecto de Gestión de Caso y Atención Integral, que pueden ser las siguientes:

- Funcionarios de la SE-CICAD;
- Partes interesadas nacionales que hayan contribuido al proyecto;
- El INL (como patrocinador del Plan de estudios de la Gestión de Caso y Atención Integral); y
- Representantes de otros países que hayan recibido la formación en el pasado y hayan aplicado la Gestión de Caso y Atención Integral (si procede).

EJERCICIO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL - PLANIFICACIÓN DE ACCIONES ESQUEMA DE M10

Página de recursos 10.1 Esquema del/la instructor/a para el ejercicio interactivo

Nota: Los esquemas deben utilizarse únicamente con fines de formación. Los instructores deben personalizarlos para que reflejen el contenido y los resultados de la sesión de capacitación específica que están organizando. Por lo tanto, los siguientes esquemas deben considerarse un documento de trabajo que está sujeto a cambios durante la capacitación.

Descripción general del ejercicio de planificación de la implementación

El módulo 10 es un ejercicio interactivo que debe realizarse en grupos. Su objetivo es que los participantes elaboren un proyecto de plan de aplicación y una presentación de 15 minutos para las autoridades de alto nivel que incluya todos los elementos de la Gestión de Caso y Atención Integral que se han tratado en la capacitación. Este plan de implementación podría servir como punto de partida para la implementación de un programa de Gestión de Caso y Atención Integral en la jurisdicción de los participantes.

Instrucciones de enseñanza: Los instructores deben prepararse con antelación para el Módulo 10 y crear una versión personalizada de los ejercicios que se presentan a continuación. Basándose en el trabajo de los días uno y dos, los instructores deben consolidar las aportaciones recibidas por los participantes y

1. Actualizar el esquema propuesto para el ejercicio del Módulo 10, prestando especial atención a la sección C (más abajo) que contiene el cuadro de las partes interesadas discutido con los participantes en el Módulo 3. Es posible agrupar algunas de las aportaciones para evitar la repetición, pero no hay que excluir nada que pueda ser relevante para el debate del grupo.
2. Crear dos o tres grupos para que trabajen en una propuesta específica basada en la información recogida en las sesiones anteriores de la formación en línea.

Los participantes se dividirán en dos o tres grupos y se les asignará una intervención de Gestión de Caso y Atención Integral para trabajar.

Los grupos trabajarán juntos en dos sesiones. La primera sesión durará una hora y la segunda 45 minutos. Durante este tiempo, los participantes debatirán y redactarán su propuesta utilizando como guía los esquemas y las instrucciones que figuran a continuación. Durante el ejercicio, los instructores supervisarán el proceso y estarán disponibles para responder a las preguntas y proporcionar más orientación si es necesario.

PARTE 1: MARCO DE GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL - 60 minutos

PARTE 2: DETERMINAR TRES ACCIONES DE SEGUIMIENTO - 45 minutos

PARTE 3: PRESENTACIÓN DE INFORMES

PARTE 1: MARCO DE GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL - 60 minutos

- a) Elementos de Gestión de Caso y Atención Integral del programa de justicia
- b) Modelo y liderazgo de la Gestión de Caso y Atención Integral
- c) Composición del Comité Directivo de Gestión de Caso y Atención Integral

- a) Elementos de Gestión de Caso y Atención Integral del programa de justicia (tiempo sugerido a asignar: 15 minutos)



Instrucción del ejercicio:

El grupo debe repasar el ejercicio del módulo 3 sobre el sistema de justicia de su país. Rellene la tabla siguiente después de discutir las opciones con su grupo.

ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE JUSTICIA PARA LA GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL	
Intersecciones entre el programa de Gestión de Caso y Atención Integral, los programas de alternativas al encarcelamiento existentes y el sistema judicial (Utilizar como referencia: Módulo 3, diapositiva 3.8-3.10)	
Perfil de la persona participante (Utilizar como referencia los Módulos 4 y 7)	
Elegibilidad para el programa (por ejemplo, legal, clínica, otros) (Utilizar como referencia el Módulo 9)	
¿Cuándo interactúa el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral con la persona participante? (Utilizar como referencia los Módulos 3 y 7).	
Detalles del programa (por ejemplo, duración, requisitos de graduación, finalización) (Utilizar como referencia el Módulo 9)	
Entregables y resultados esperados de la Gestión de Caso y Atención Integral	
(Utilizar como referencia el Módulo 3, diapositivas 3.22-3.24 y el Módulo 9, diapositivas 9.13-9.19)	

- b) Definir el modelo y el liderazgo de la Gestión de Caso y Atención Integral (tiempo sugerido a asignar: 15 minutos)



Instrucción del ejercicio:

Los grupos deben revisar los resultados de las discusiones sobre las partes interesadas en el Módulo 3 y los elementos del modelo de Gestión de Atención de Casos presentado en el Módulo 4. Se sugiere fuertemente utilizar un análisis SWOT similar a la presentación del Módulo 4 e identificar al menos un modelo viable de Gestión de Atención de Casos para su jurisdicción. Si los grupos se deciden por más de un modelo, sería una excelente oportunidad para echar un vistazo a su análisis SWOT y comenzar un debate.

MODELO Y LIDERAZGO DE LA GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL			
Modelo de Gestión de Caso y Atención Integral	Sugerencias	Posibles obstáculos	Razonamiento
Integrado/Independiente			
Centralizado/ Descentralizado			
Financiación pública/ financiación privada/híbrida			
Liderazgo de la Gestión de Caso y Atención Integral	Sugerencias	Posibles obstáculos	Razonamiento
Agencia responsable			
Agencia existente			
Creación de una nueva agencia			

c) Ejercicio del Comité Directivo de Gestión de Caso y Atención Integral

Nota para el/la instructor/a para la preparación de este ejercicio. Los instructores deberán examinar las aportaciones recogidas el día 1 en el módulo 3 y preparar una versión actualizada de la tabla de partes interesadas que figura a continuación que refleje los resultados del ejercicio del módulo 3 para que los participantes trabajen con ella.



Instrucción del ejercicio:

El grupo debe trabajar con la lista de partes interesadas que se proporciona a continuación y determinar las partes interesadas clave que deben incluirse en el Comité Directivo de Gestión de Caso y Atención Integral, así como las razones para su participación.

GRÁFICO DE PARTICIPANTES			
Autoridad Judicial	Servicios de salud	Servicios sociales	Comunidad
Magistrados/jueces	Servicios de tratamiento	Organismos de asistencia (social, financiera, de vivienda, alimentaria, etc.)	Organizaciones no gubernamentales/ sociedad civil
Jueces	Tratamiento de drogas	Organizaciones religiosas	Líderes espirituales y organizaciones basadas en la fe
Funcionarios forenses	Rehabilitación	Servicios familiares	
Policía	Asesoría	Líneas directas	
Servicios de protección	Proveedores de tratamiento de TCS	Programas de formación profesional	
Abogados defensores	Salud mental/diagnóstico de comorbilidades	Ministerio de Educación	

PARTE 2: DETERMINAR TRES ACCIONES DE SEGUIMIENTO - 45 minutos



Instrucción del ejercicio:

Los grupos identificarán tres acciones de seguimiento que se incluirán en la presentación para las autoridades de alto nivel. Deberán incluir una descripción detallada y un calendario para cada acción.

ACCIONES DE SEGUIMIENTO		
Acciones de seguimiento	Descripción	Periodo de tiempo
Acción 1		
Acción 2		
Acción 3		

Parte 3: PRESENTACIÓN DE INFORMES

Presentar un informe al grupo - 45 minutos (para tres grupos)



Instrucción del ejercicio:

Los grupos decidirán uno o dos portavoces para hacer una presentación de 15 minutos sobre las partes 1 y 2 de este ejercicio, cubriendo los siguientes temas:

- Elementos de la Gestión de Caso y Atención Integral del programa de justicia
- Modelo de Gestión de Caso y Atención Integral, y liderazgo
- Composición del Comité Directivo de la Gestión de Caso y Atención Integral
- Tres acciones de seguimiento a considerar

APÉNDICES

APÉNDICE A - Instrucciones para los ejercicios de la capacitación

Todos los ejercicios de esta capacitación están pensados para recopilar información y fomentar la reflexión sobre el material del curso. Se utilizará al final de la capacitación en el Ejercicio de Implementación y servirá de guía para los participantes durante la fase de implementación de los programas de Gestión de Caso y Atención Integral.

Por ello, los ejercicios están organizados de forma lógica y consecuente, apoyándose unos en otros y proporcionando fuentes de referencia fiables para la capacitación y más allá.

El Módulo 10 se basa en su totalidad en el ejercicio de aplicación de la Gestión de Caso y Atención Integral y un informe final. Las instrucciones para el módulo 10 se proporcionarán por separado tras la descripción de los ejercicios de los demás módulos al final de este apéndice.

Lista de los ejercicios de Gestión de Caso y Atención Integral en la formación:

1. Ejercicio por parejas: Introducción (M1)
2. Ejercicio de reflexión: Expectativas del curso (M1)
3. Ejercicio de reflexión integrado: Partes interesadas (M3)
4. Discusión en grupo: El sistema judicial en cada uno de sus países (M3)
5. Ejercicio interactivo: ¿Qué significa “atención”? (M4)
6. Ejercicio de reflexión: Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral (M4)
7. Ejercicio en grupo: Éxito de la Gestión de Caso y Atención Integral (M5)
8. Ejercicio interactivo integrado: Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral integrados e independientes (M6)
9. Ejercicio interactivo integrado: Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral centralizados o descentralizados (M6)
10. Ejercicio interactivo integrado: Financiación pública frente a financiación privada (M6)
11. Ejercicio de reflexión: Modelos de Gestión de Caso y Atención Integral (M6)
12. Ejercicio de reflexión: Perfil de Gestión de Caso y Atención Integral (M8)
13. Ejercicio en grupo: Planificación del monitoreo y la evaluación (M9)

Módulo 10 Ejercicio de aplicación de la Gestión de Caso y Atención Integral e informe:

- Parte 1: Marco de Gestión de Caso y Atención Integral
- Parte 2: Acciones de seguimiento
- Informe

Ejercicios del M1

[Diapositiva 1. Ejercicio en grupos de 3: Introducción](#)

El objetivo de este ejercicio es permitir que los participantes se presenten y conecten entre sí.

Se pide a los participantes que respondan a las preguntas presentadas en la diapositiva:

¿Cuál es su nombre?

¿Dónde vive y trabaja?

¿Cuál es su interés en la Gestión de Caso y Atención Integral?

El tiempo permitido para responder a las preguntas es de 2 minutos. Una vez transcurridos los 2 minutos, los participantes se mezclarán y buscarán un compañero o compañera que no conozcan aún, se presentarán y escribirán la información sobre su colega. El tiempo permitido para conocer al compañero es de 5 minutos. A continuación, se pedirá a los participantes que presenten a su pareja al resto del grupo de formación.

[Diapositiva 1.12: Ejercicio de reflexión: Expectativas del curso](#)

El objetivo de este ejercicio es recoger información sobre las expectativas de los participantes antes del curso y volver a consultarlas al final del mismo para comprobar los resultados.

Los participantes recibirán notas adhesivas y se les pedirá que escriban la siguiente información:

Pensamientos

Dudas

Ideas

Expectativas

Dispondrán de 5 minutos para recopilar sus ideas y escribirlas en las notas adhesivas. Los instructores recogerán las notas adhesivas. Después de la sesión, el instructor principal leerá el contenido de las notas adhesivas y las agrupará en categorías, tomando nota de las ideas principales y recurrentes y proporcionando retroalimentación al grupo cuando sea apropiado durante la capacitación y las sesiones de recapitulación.

Ejercicios del M3

[Diapositiva 3.4: Ejercicio de reflexión integrado: Partes interesadas](#)

El objetivo de este ejercicio es hacer una lluvia de ideas sobre las partes interesadas en la Gestión de Caso y Atención Integral en el país.

El/la instructor/a hará preguntas a los participantes sobre los principales interesados, como por ejemplo *Cuando piensan en el poder judicial, ¿en quién piensan? Denme algunos ejemplos.*

El/la co-instructor/a escribe en el rotafolio las aportaciones de los participantes. Empezando por el sistema judicial, y pasando por los servicios sanitarios, los servicios sociales y las comunidades. Se anima a los participantes a anotar la misma información en su página de ejercicio. Los resultados de este ejercicio se utilizarán más adelante en el módulo 10.

ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE JUSTICIA PARA LA Gestión de Caso y Atención Integral	
Programa de alternativas al encarcelamiento	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	
Opción 4	
Opción 5	

Diapositiva 3.13 Ejercicio interactivo: ¿Quién es la persona participante?

El objetivo de este ejercicio es hacer que los participantes piensen en las personas participantes en el programa de CCM y que aprecien las dificultades, las barreras y el estigma al que aquellas se enfrentan. Este ejercicio propone dos actividades de juego de roles para que los participantes se familiaricen con el perfil de la persona participante.

La primera actividad se basa en el siguiente estudio de caso:

Johnny es un hombre de 24 años a quien se ha encarcelado por robo. Johnny ha consumido drogas desde los 18 años. Él tiene una pareja llamada Mary y una hija pequeña llamada Jill. Aunque lleva 6 meses en prisión, Johnny no participa actualmente en un programa de reinserción y no asiste con frecuencia a tratamiento. Está preparando una entrevista de trabajo para ser camarero. Está bastante nervioso porque necesita el trabajo para mantener a su familia. Sabe que quien lo entrevistará podría tener prejuicios relacionados con sus antecedentes penales y su historial de consumo de sustancias.

¿Cómo creen que Johnny debería abordar la cuestión si se le pregunta? ¿Cómo reaccionarían si fueran quien lo entrevistará para el empleo?

El/la instructor/a pedirá a dos voluntarios que interpreten los personajes de la escena: Johnny y la persona que entrevista.

Después de la actividad de juego de roles, el/la instructor/a informará al grupo.

En la segunda actividad de juego de roles participarán 4 voluntarios: la persona participante, la autoridad judicial, el proveedor de tratamiento y el agente de libertad condicional. Cada uno de los actores recibirá instrucciones del/la instructor/a. Los voluntarios tendrán 5 minutos para prepararse antes de empezar.

Al final del ejercicio, los participantes tendrán una visión general de algunos retos a los que se enfrentan las personas participantes. Los instructores ayudarán al grupo a resumir los principales retos.

Ejercicios del M4

[Diapositiva 4.4: Ejercicio interactivo: ¿Qué significa “atención”?](#)

Este ejercicio funciona como calentamiento para los participantes y tiene como objetivo ponerlos a pensar. El entrenador les preguntará: ¿Qué creen que significa “atención”? El/la co-instructor/a ayudará a escribir las respuestas en el rotafolio.

Al final del ejercicio, los instructores harán un resumen de los aspectos clave.

[Diapositiva 4.21: Ejercicio de reflexión: Definición de la Gestión de Caso y Atención Integral](#)

El objetivo de este ejercicio es que los participantes debatan sobre la definición de la Gestión de Caso y Atención Integral y aumenten su comprensión de la misma.

El/la instructor/a pedirá a los participantes que repasen el material del módulo y escriban sus primeras ideas durante cinco minutos.

Después se dividirán en grupos y discutirán sus definiciones, llegando finalmente a una definición de grupo. Tendrán 15 minutos para trabajar en grupos.

A continuación, los grupos informarán y compartirán sus definiciones con todos los participantes.

Ejercicios del M5

[Diapositiva 5.21: Ejercicio en grupo: Cómo medir el éxito de la Gestión de Caso y Atención Integral](#)

El objetivo de este ejercicio es discutir la definición de éxito para la persona participante y para el programa de Gestión de Caso y Atención Integral.

El/la instructor/a dividirá a los participantes en grupos y les pedirá que respondan a las siguientes preguntas:

1. *¿Cuál es el objetivo principal de la Gestión de Caso y Atención Integral?*
2. *¿Quién es el público? ¿Cuál es la institución u órgano al que la Gestión de Caso y Atención Integral debe rendir cuentas?*
3. *¿Qué indicadores son necesarios para demostrar el éxito del programa?*
4. *¿Cómo se pueden recolectar estos indicadores? (¿Recogida de datos integrada? ¿Actualizaciones periódicas? ¿Otras ideas?)*

Los grupos dispondrán de 20 minutos para debatir y 5 minutos cada uno para informar.

Objetivos	Indicadores	Accesibilidad	Costos
1.	1.1 1.2		
2.	2.1 2.2		

Ejercicio del M10

[Módulo 10 Ejercicio de aplicación de la Gestión de Caso y Atención Integral e informe](#)

El módulo 10 es un ejercicio interactivo que debe realizarse en grupo. Su objetivo es crear un borrador de plan de implementación y una presentación de 15 minutos para los ejecutivos que incluya todos los elementos de la Gestión de Caso y Atención Integral discutidos en la formación que podrían ser un punto de partida para la implementación de un programa de Gestión de Caso y Atención Integral en el país.

Los participantes se dividirán en 2 o 3 grupos y se les asignará una intervención de Gestión de Caso y Atención Integral para trabajar.

Los grupos trabajarán en 2 sesiones: la primera sesión será de 1 hora y la segunda de 45 minutos; en ellas, debatirán y redactarán su propuesta utilizando los esquemas e instrucciones que se indican a continuación como guía para preparar su presentación. Los instructores supervisarán el proceso y estarán disponibles para responder a las preguntas y proporcionar más orientación si es necesario durante el ejercicio.

Parte 1 MARCO DE GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL - 60 minutos

- a) Elementos de Gestión de Caso y Atención Integral del programa de justicia
- b) Modelo y liderazgo de la Gestión de Caso y Atención Integral
- c) Composición del Comité Directivo de Gestión de Caso y Atención Integral

a) Elementos de Gestión de Caso y Atención Integral del programa de justicia

Cada grupo trabajará individualmente. Después de debatir en grupo, los miembros utilizarán el ejercicio del módulo 3 sobre el sistema judicial para rellenar la tabla que aparece a continuación:

ELEMENTOS DE GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROGRAMA DE JUSTICIA	
Programas de alternativas al encarcelamiento e intercepción judicial	
Perfil del la persona participante	
Elegibilidad para el programa: Legal/clínica/otro tipo	
¿En qué momento/s interactúa el/la Gestor/a de Caso y Atención Integral con la persona participante?	
Detalles del programa: Duración, requisito de graduación, nivel de finalización	
Entregables y resultados esperados de la Gestión de Caso y Atención Integral	

b) Modelo y liderazgo de la Gestión de Caso y Atención Integral

Cada grupo revisará los elementos de los modelos de Gestión de Caso y Atención Integral presentados en el módulo 6 y trabajará con un análisis FODA similar para identificar un modelo viable de Gestión de Caso y Atención Integral aplicable en el país.

MODELO Y LIDERAZGO DE LA GESTIÓN DE CASO Y ATENCIÓN INTEGRAL			
Modelo de Gestión de Caso y Atención Integral	Sugerencias	Barreras posibles	Razonamiento
Integrado/Independiente			
Centralizado/Descentralizado			
Financiación pública/privada/híbrida			
Modelo de Gestión de Caso y Atención Integral	Sugerencias	Barreras posibles	Razonamiento
Agencia a cargo			
Agencia existente			
Creación de una nueva agencia			

APÉNDICE B - Glosario

Cambio adaptativo	Requiere nuevos conocimientos, habilidades y destrezas
Adicción	Trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda compulsiva de drogas y su consumo a pesar de las consecuencias adversas. Se considera un trastorno cerebral, porque implica cambios funcionales en los circuitos cerebrales relacionados con la recompensa, el estrés y el autocontrol, mismos que pueden durar mucho tiempo después de que la persona haya dejado de tomando drogas.
Abogacía	El acto de hablar en nombre de las personas participantes.
Alternativas al encarcelamiento	Se refiere a un modelo de tratamiento innovador que se centra en la eficacia de la reducción del riesgo de reincidencia delictiva, proporcionando un tratamiento eficaz del consumo problemático de drogas y asegurando una adecuada integración social.
Diagnostico	Un proceso para definir la naturaleza del problema, determinar un diagnóstico y desarrollar recomendaciones de tratamiento específicas para abordar el problema o el diagnóstico.
Punto de referencia	Un estándar o referencia por el que se pueden medir otros.
Buenas prácticas	Consenso de opiniones de expertos clave sobre los enfoques o elementos de la Gestión de Caso y Atención Integral que parecen dar los resultados más satisfactorios.
Gestión de Caso y Atención Integral	Una forma de gestión de casos especializada y orientada a la persona participante, integrada en un enfoque multisistémico con el objetivo general de apoyar a las personas participantes en su integración social.
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	Una forma de tratamiento psicoterapéutico a corto plazo, orientado a objetivos, que adopta enfoques prácticos para la resolución de problemas. Su objetivo es cambiar los patrones de pensamiento o comportamiento que están detrás de las dificultades de las personas y, de esa manera, cambiar la forma en que se sienten, al tiempo que se apoya su camino hacia la recuperación y la independencia
Confidencialidad	Principios y procedimientos que protegen la intimidad de la persona participante al no permitir que las y los Gestores de Caso y Atención Integral revelen, ni siquiera indirectamente, información de la persona participante que pueda ser utilizada en su contra
Gestión de contingencias	Un tipo de terapia conductual que proporciona recompensas por los comportamientos deseados, como pruebas de drogas que comprueben la abstinencia, lo que refuerza los patrones positivos. La gestión de contingencias también se denomina incentivos de motivación.
Servicios coordinados	Actividades ininterrumpidas e integradas entre los proveedores de servicios.
Asesoría (Counseling)	El proceso de ayudar y guiar a las personas participantes, especialmente por un profesional capacitado, para identificar, abordar y eventualmente resolver problemas y dificultades de naturaleza personal, social o psicológica.
Pensamiento delictivo	Un patrón consistente de errores de pensamiento distorsionados que dan lugar a un comportamiento irresponsable y que se puede detener.
Necesidad criminógena	Proporcionar servicios que aborden los factores de riesgo (necesidades) de la detención (incluido el tratamiento de drogas).

Respuesta criminógena	Proporcionar servicios en áreas clave para mejorar el compromiso con el tratamiento de drogas.
Riesgo criminógeno	Centrar los recursos para el tratamiento de drogas en los infractores de riesgo moderado-alto (riesgo de detención)
Dopamina	Un neurotransmisor —una sustancia química liberada por las neuronas (células nerviosas) para enviar señales a otras células nerviosas— que desempeña un papel importante en el componente motivacional del comportamiento influido por la recompensa.
Tratamiento de drogas	Destinado a ayudar a las personas con trastornos por consumo de sustancias (TCS) a dejar de buscar y consumir drogas de forma compulsiva. El tratamiento puede tener lugar en una variedad de entornos, adoptar muchas formas diferentes y tener distintas duraciones con una variedad de enfoques conductuales y farmacológicos.
Práctica basada en la evidencia	Prácticas de tratamiento bien aplicadas y evaluadas que han acumulado pruebas de eficacia a lo largo de los años.
Servicios fragmentados	Separar las actividades que no apoyan el acceso de la persona participante en un programa.
Tratamiento hospitalario o residencial	Tratamiento para aquellos con problemas más graves de TCS (incluidos los trastornos concurrentes). Los centros de tratamiento residencial autorizados ofrecen una atención estructurada e intensiva las 24 horas del día, que incluye un alojamiento seguro y atención médica. Los centros de tratamiento residencial pueden utilizar una variedad de enfoques terapéuticos y, por lo general, tienen como objetivo ayudar al paciente a vivir un estilo de vida libre de drogas y de delitos después del tratamiento.
Servicios integrados	La organización y gestión de los servicios sanitarios para que las personas reciban la atención que necesitan, cuando la necesitan, de forma que sean fáciles de usar, consigan los resultados deseados y ofrezcan una buena relación calidad-precio.
Gestión	Un proceso de trabajo con otros para lograr los objetivos de la organización de una manera eficiente, legal y ética.
Tratamiento asistido con medicamentos	El uso de medicamentos para ayudar a restablecer el funcionamiento normal del cerebro y disminuir los episodios de ansiedad. Existen medicamentos para el tratamiento de TCS a los opioides (heroína, analgésicos con receta), al tabaco (nicotina) y al alcohol.
Entrevista motivacional	Modelo diseñado para ayudar a las personas a aumentar su motivación para realizar cambios en su vida.
Tratamiento conductual ambulatorio	Incluye una amplia variedad de programas para los pacientes que visitan a un consejero de salud conductual en un horario regular. La mayoría de los programas incluyen asesoría (counseling) individual o grupal sobre drogas, o ambos. Estos programas suelen ofrecer varias formas de terapia conductual.
Personas con trastorno por consumo de sustancias (TCS)	Personas cuyo consumo de sustancias es perjudicial hasta el punto de poder experimentar adicción a sustancias y/o requerir tratamiento.
Postratamiento/continuidad de la atención	Se denomina postratamiento y es el periodo de transición de la persona participante a la vida en la comunidad.

Derivación previa a la detención	Iniciativas de derivación llevadas a cabo por las fuerzas de seguridad con el fin de mantener a las personas de bajo riesgo fuera del sistema judicial, a menudo mediante la derivación directa a servicios de tratamiento de base comunitaria.
Derivación previa al juicio	Una opción voluntaria que proporciona un proceso penal alternativo para un acusado de un delito que, idealmente, al completar con éxito un plan de programa individualizado, da lugar a la desestimación de los cargos.
Proporcionalidad	El equilibrio entre la gravedad del delito y la severidad del castigo.
Reincidencia	La recaída de una persona en el comportamiento delictivo, a menudo después de que la persona reciba sanciones o se someta a una intervención por un delito anterior.
Sistema de atención orientado a la recuperación	Un proceso de cambio a través del cual los individuos mejoran su salud y bienestar, viven una vida autodirigida y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial.
Derivación	Un proceso para facilitar la utilización por parte de la persona participante de los sistemas de apoyo disponibles y de los recursos comunitarios para satisfacer las necesidades identificadas en la evaluación clínica y/o en la planificación del tratamiento.
Recaída	Un episodio prolongado de consumo de sustancias durante el cual la persona participante no está abierto a la intervención terapéutica o al aprendizaje. A menudo una recaída puede llevar al abandono e indica una lucha continua de la persona participante con su enfermedad.
Detección	Un proceso para evaluar la posible presencia de un problema concreto. El resultado es normalmente un simple sí o no.
Coordinación de servicios	Se trata de las actividades administrativas, clínicas y de evaluación que reúnen a la persona participante, a los servicios de tratamiento, a las agencias comunitarias y a otros recursos para centrarse en los problemas y necesidades identificados en el plan de tratamiento.
Plan de servicio	Un documento que se basa en las evaluaciones clínicas y de Gestión de Caso y Atención Integral y que describe las metas y los objetivos para hacer realidad la necesidad de recursos comunitarios de la persona participante. Los resultados de la evaluación —incluidos los déficits de habilidades específicas, las necesidades básicas de apoyo, el nivel de funcionamiento y el estado de riesgo— definen el alcance y el enfoque del plan de servicio.
Tribunales especiales	Sesiones judiciales especializadas que ofrecen un programa intensivo de libertad condicional para personas con trastornos de salud mental y/o de consumo de sustancias. Los tribunales especializados pretenden abordar los problemas subyacentes que pueden causar el comportamiento delictivo.
Gestión especializada de casos	Incluye la evaluación clínica, la colocación en servicios de base comunitaria, la defensa la persona participante y el seguimiento y apoyo continuos para aumentar el éxito de las personas participantes.
Trastornos por consumo de sustancias (TCS)	El consumo recurrente de alcohol y/o drogas que provoca un deterioro clínicamente significativo, incluyendo problemas de salud, discapacidad y el incumplimiento de las principales responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar. Medido a lo largo de una escala continua de leve a grave utilizando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés).

Supervisión	Es el intercambio intencionado y sistemático de conocimientos, habilidades y actitudes por parte de un profesional veterano a un miembro o miembros junior a través de una relación definida.
Parte interesada	Persona que tiene interés o preocupación por algo o que está involucrada o afectada por una acción.
Cambio técnico	Solo requiere los conocimientos, habilidades y destrezas existentes.
Alianza terapéutica	Una relación de trabajo entre la persona participante y el personal clínico. En ella, la persona tiene la capacidad de progresar en el tratamiento apoyándose en el vínculo emocional que establece con su terapeuta, la comprensión y empatía del/la terapeuta hacia la persona participante y el acuerdo entre ellos sobre los objetivos y las tareas del tratamiento.
Cambio transformador	No tiene que ver con los conocimientos, habilidades y destrezas, sino con el cambio de la cultura, el contexto y el entorno del sistema en el que se trabaja.
Trauma	Una herida o choque emocional que crea un daño sustancial y duradero en el desarrollo psicológico de una persona, que a menudo conduce a la neurosis. Además, es un acontecimiento o situación que provoca una gran angustia o perturbación.
Plan de tratamiento	Un plan clínico diseñado mutuamente por el personal clínico y la persona participante que se completa con metas y objetivos centrados en la adicción, logrando y manteniendo la abstinencia a largo plazo.
Tratamiento/atención primaria	Se trata de un término amplio que puede entenderse como la fase del tratamiento en la que las personas con TCS examinan el impacto de estas en sus vidas.

APÉNDICE C - Recursos

Estadísticas mundiales sobre el consumo de drogas

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019). *Informe mundial sobre las drogas 2019*. Nueva York: Naciones Unidas. Extraído de <https://wdr.unodc.org/wdr2019/> el 6 de enero de 2020

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud. (2018). *Tratamiento y atención de las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas que están en contacto con el sistema de justicia penal: medidas sustitutivas de la condena o la pena*. Viena: Naciones Unidas. Extraído de https://www.unodc.org/documents/UNODC_WHO_Alternatives_to_conviction_or_punishment_SP.pdf el 12 de mayo de 2019

Organización Mundial de la Salud. (2012). *ATLAS 2010: First global report on substance use disorders launched*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Extraído de http://www.who.int/substance_abuse/publications/Media/en el 19 de julio de 2019.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Management of substance abuse: The global burden*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Extraído de http://www.who.int/substance_abuse/facts/global_burden/en/index.html el 10 de diciembre de 2019

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Management of substance abuse: Facts and figures*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Extraído de http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/ el 10 de diciembre de 2019

Trastornos por consumo de sustancias e involucramiento en la justicia

McLellan A.T., Arndt I., Metzger D.S., Woody G.E., y O'Brien C.P. (1993) *The effects of psychosocial services in substance abuse treatment*. *Journal of the American Medical Association* 269:1953-1959

McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P., Woody G.E., y Druley K.A. (1982) *Is treatment for substance abuse effective?* *Journal of the American Medical Association* 247:1423-1428

Gestión de Caso y Atención Integral

Case Management Standards Work Group. (1992) *National Association of Social Workers Standards for Social Work Case Management*. Washington, DC:

Case Management Society of America. (2006). *Case Management Adherence Guidelines*

Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias. (1998) *Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice. Technical Assistance Protocol (TAP) Series, Number 21*. HHS Pub. Nº (SMA) 98-3171. Washington, DC: Oficina de Grabado e Impresión del Gobierno de los Estados Unidos

Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias. (2009) *Substance abuse treatment: Addressing the specific needs of women*. Rockville (MD): Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA).

Programa de Asesoramiento sobre Drogas del Plan Colombo. (2019) *Alternatives to Incarceration, Trainer Manual*, desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos.

Serie de formación del Centro Asiático de Certificación y Educación de Profesionales de la Adicción del Plan Colombo (2012) *Case Management for Addiction Professionals, Trainer Manual* desarrollada para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos.

Serie de formación del Centro Asiático de Certificación y Educación de Profesionales de la Adicción del Plan Colombo. (2017). *Case Management Skills and Practice, Trainer Manual* desarrollado para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos.

Asociación Nacional de Trabajadores Sociales. (1992) *Case management's cost, benefits eyed*. *National Association of Social Workers News*. Washington, DC: NASW Press.

Moore S.T. (1990) *A social work practice model of case management: The case management grid*. *Social Work* 5(5):444-448

Asociación Nacional de Trabajadores Sociales. (1992) *NASW Standards for Social Work Case Management*. Washington, DC: NASW.

Ogborne A.C., and Rush B.R. (1983) *The coordination of treatment services for problem drinkers: Problems and prospects*. *British Journal of Addiction* 78:131138.

Rapp R.C., Siegal, H.A., y Fisher J.H. (1992) *A strengths-based model of case management/ advocacy: Adapting a mental health model to practice work with persons who have substance abuse problems*. En: Ashery, R.S., ed. *Progress and Issues in Case Management*. NIDA Research Monograph Series, no. 127. HHS Pub. Nº (ADM) 92-1946. Rockville, MD: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.

Vanderplasschen, W. (2006). *Implementation and evaluation of case management for substance abusers with complex and multiple problems*. *European Journal of Social Work*, 9(2), 259-261.

Vanderplasschen W. PhD, Wolf J. Ph.D., Rapp R.C. M.S.W y Broekaert E. Ph.D. (2007) *Effectiveness of Different Models of Case Management for Substance Abusing Populations*. HHS Public Access, publicado en forma definitiva como *J Psychoactive Drugs*.

Herramientas profesionales para la Gestión de Caso y Atención Integral

Organización Mundial de la Salud. (2010) *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Extraído de https://www.who.int/substance_abuse/publications/assist/en/ el 6 de enero de 2020

Addiction Technology Transfer Centers (ATTC) (1998) *Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice*, SAMHSA Publications.

Bellack A.S., Mueser K.T., Gingerich S. y Agresta J. *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide*. Nueva York: Guilford Press.

(The) Kenyan Certification and Educational Manual for Addiction Professionals (2010) Departamento de Estado de los Estados Unidos, Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos & Aplicación de la Ley (INL).

(The) Kenyan Clinical Supervision Manual. (2009). Departamento de Estado de EE.UU., Oficina de Asuntos Internacionales contra el Narcotráfico y Aplicación de la Ley (INL).

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) (2012) *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment*, (TIP Series 27) Rockville.



OEASICAD

