

ORIGINAL

Eficacia de un programa de tratamiento en el consumo de drogas en menores infractores desde la psicología positiva

Efficacy of a treatment program based on positive psychology for drug use in juvenile offenders

ÁLVARO FERNÁNDEZ MORENO*, NATALIA REDONDO RODRÍGUEZ**, JOSÉ LUIS GRAÑA GÓMEZ***.

* Universidad Francisco de Vitoria, España.

** Universidad Autónoma de Madrid, España.

*** Universidad Complutense de Madrid, España.

Resumen

Uno de los factores que aumentan en mayor medida la probabilidad de que los adolescentes inicien y consoliden comportamientos antisociales es el consumo de drogas, encontrándose un patrón consistente de consumo de diferentes sustancias en los menores infractores (Aebi, Bessler y Steinhausen, 2021). Para la redacción del presente trabajo se desarrolló y aplicó un programa de tratamiento, de corte cognitivo – conductual e inspirado en el enfoque de la psicología positiva, para el consumo de drogas en menores de edad privados de libertad (grupo experimental). Los resultados se compararon con los de un grupo de adolescentes con la misma tipología de consumo internos en el mismo Centro (grupo control activo) en dos momentos, durante y tras el internamiento. El grupo experimental redujo de manera estadísticamente significativa la tasa de problemas asociados al consumo de drogas en comparación con el grupo control tras el internamiento, siendo el tamaño del efecto de la condición experimental elevado ($\eta^2 = 0,55$), mucho mayor que el del grupo control ($\eta^2 = 0,16$). El programa de tratamiento ha mostrado eficacia para la reducción de problemas asociados al consumo de drogas, siendo especialmente eficaz en la reducción del consumo de alcohol y de cannabis.

Palabras clave: menor infractor, consumo de drogas, tratamiento, cognitivo-conductual, psicología positiva

Abstract

One of the factors that increase the likelihood of adolescents starting to exhibit and consolidate anti-social behavior is drug use, with a consistent pattern of consumption of different substance found in young offenders (Aebi, Bessler & Steinhausen, 2021). A cognitive-behavioral group treatment program inspired by the positive psychology approach was developed and applied to drug use in minors deprived of liberty (experimental group); the results were compared to those of a group of adolescents with the same type of drug use in the same center (active control group) at two points in time: during and after incarceration. The fall in the rate of problems associated with drug use after incarceration in the experimental group was statistically significant compared to the control group, and the effect size of the experimental condition was large ($\eta^2 = 0.55$), much higher than the control group ($\eta^2 = 0.16$). The treatment program has proven to be an effective tool for reducing problems associated with drug use and is especially effective in reducing alcohol and cannabis consumption.

Keywords: young offender, drug use, treatment, cognitive-behavioral, positive psychology

■ Recibido: Noviembre 2021; Aceptado: Junio 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Álvaro Fernández Moreno. Carretera M-515 de Pozuelo a Majadahonda, Km. 1,800, 28223, Pozuelo de Alarcón, Madrid.
E-mail: alvaro.fernandezmor@ufv.es

La comunidad científica ha mostrado en las últimas décadas un especial interés por el estudio de la conducta delictiva juvenil (Bonta y Andrews, 2017; Roncero, Andreu y Peña, 2018). Uno de los objetivos principales en este tipo de investigaciones, ha sido determinar cuáles son los factores que aumentan la probabilidad de que los adolescentes inicien y consoliden comportamientos antisociales. Parece claro que no existe una única explicación para este fenómeno, de forma que son múltiples los factores vinculados a la conducta delictiva, siendo ésta en la mayoría de las ocasiones el resultado de interacciones dinámicas entre diversas variables (Barnert et al., 2021; Pérez y Ruiz, 2017; Simoes, Matos y Batista-Foguet, 2008). Dentro de ellas, una de las que más atención ha recibido es el consumo de drogas, por su posible relación y/o influencia recíproca sobre este tipo de comportamientos. Droga y conducta antisocial en la adolescencia aparecen frecuentemente asociadas (Aebi et al., 2021; López y Rodríguez-Arias, 2012; Mulvey, Schubert y Chassin, 2010), encontrándose un patrón consistente de consumo de diferentes sustancias en los menores infractores (Pérez y Ruiz, 2017). La bibliografía científica parece indicar que existe una clara asociación entre consumo de drogas y conducta antisocial, siendo este consumo más probable si la conducta antisocial se inicia durante la infancia y persiste durante la adolescencia (Brislin et al., 2021).

En España, la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, establece la necesidad de aplicar programas de tratamiento con las mayores garantías posibles de eficacia. De igual modo, dota de diferentes herramientas a los Juzgados de Menores ante el abordaje de la conducta infractora: prestaciones en beneficio de la comunidad, medidas de internamiento, internamiento terapéutico, asistencia a un Centro de día, medidas de libertad vigilada o el tratamiento ambulatorio, entre otras (Bujosa, González, Martín y Reifarh, 2021; Lázaro-Pérez, 2001).

En los últimos 30 años han ganado mucho peso los modelos de intervención alternativos a la privación de libertad en el tratamiento del consumo de drogas en personas que, en paralelo, han desarrollado conductas antisociales (Delen, Zolbanin, Crosby y Wright, 2021), y la población adolescente no ha sido una excepción. En Estados Unidos existe una larga tradición en el abordaje temprano de los problemas asociados al consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras a través de intervenciones ambulatorias y, desde los años 90, existen en ese país tribunales específicos para la intervención en consumo de drogas (Ledgerwood y Cunningham, 2019).

A pesar de que existe un gran volumen de producción científica en torno a este tipo de programas de intervención, siguen existiendo cuestiones por resolver, como por ejemplo el análisis de la eficacia de diferentes tipos de programas que partan de diferentes marcos conceptuales (Ali, Benjamin y Fondacaro, 2022). Tripodi, Bender y Litschge

(2010) realizaron un metaanálisis para evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas con adolescentes con medidas judiciales que presentaban consumo problemático de alcohol. El objetivo del análisis fue comparar la eficacia de las intervenciones basadas en la familia frente a la eficacia de las intervenciones basadas en la persona. Según los resultados de este análisis, todas las intervenciones dirigidas a reducir el consumo de alcohol parecen tener éxito, y las intervenciones con los mayores efectos fueron la Terapia Cognitivo-Conductual, integrada con el método de los 12 pasos (Tomlinson, Brown y Abrantes, 2004), la Entrevista Motivacional Breve (D'Amico, Miles, Stern y Meredith, 2008), el seguimiento tras la intervención combinado con Terapia Cognitivo Conductual (Kaminer, Burleson y Burke, 2008) y la Terapia Familiar Multidimensional (Liddle et al., 2001).

En un metaanálisis similar más reciente, Tripodi y Bender (2011) compararon 10 estudios que evaluaban la eficacia de los tratamientos del consumo de alcohol y marihuana en menores infractores. Este estudio también reveló que los efectos de los tratamientos basados en el individuo son menos eficaces entre los delincuentes juveniles, mientras que los enfoques basados en la familia son más eficaces, acercándose a los datos de eficacia obtenidos en población no delincuente. En la misma línea, Dopp, Borduin, White y Kuppens (2017) afirmaron que los tratamientos basados en la familia pueden reducir las consecuencias sociales y económicas de los delitos cometidos por adolescentes. De igual modo, los efectos de los tratamientos basados en la intervención familiar en menores infractores producen efectos moderados pero duraderos en el tiempo (Dopp et al., 2017).

Algunos estudios recientes y relevantes en este campo son, por ejemplo, el de Tanner-Smith, Steinka-Fry, Hensman Kettrey y Lipsey (2016) quienes no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la eficacia del tratamiento del consumo de drogas en menores infractores entre la Terapia Familiar, Terapia Motivacional o Terapia Cognitivo Conductual, disminuyendo significativamente el consumo de sustancias de los participantes después de la entrada en cualquier condición de tratamiento. Las reducciones medias fueron mayores para consumidores de varias sustancias ($g\bar{g} = 0,63$) y para el consumo de marihuana ($g\bar{g} = 0,36$). Las reducciones medias no fueron significativas para el consumo de alcohol ($g\bar{g} = 0,22$).

En España, los estudios que se han centrado en evaluar la influencia del consumo de drogas en la génesis y mantenimiento de la conducta delictiva han replicado la existencia de un patrón consistente de consumo de diferentes sustancias en los menores infractores (San Juan, Ocariz y Germán 2009; Uceda-Maza, Navarro-Pérez y Pérez-Cosín, 2016; Vega-Cauich y Zumárraga-García, 2019). A pesar de que en España no existe un tribunal independiente, los Juzgados de Menores llevan años aplicando medidas terapéuticas alternativas al internamiento. Tras una búsqueda exhaustiva no se han encontrado estudios que midieran la eficacia de las

citadas intervenciones en medio abierto. En contextos de internamiento, ya sea en régimen abierto, semiabierto o cerrado, también se ha podido constatar una escasez de estudios que evalúen, no solo la eficacia de las intervenciones, sino la caracterización sociodemográfica de los adolescentes que cometen delitos graves y a la par tienen un elevado consumo de drogas. El estudio de mayor relevancia en este campo lo realizó Esteban et al. (2002), en el que se involucró a 26 centros de internamiento, con una muestra final de 251 menores. Contreras, Molina y Cano (2012) realizaron un estudio de la prevalencia del consumo de drogas en menores infractores de la Provincia de Jaén y Uceda-Maza et al. (2016) en la Comunidad Valenciana. De los estudios mencionados se concluye que la prevalencia del consumo de drogas en menores infractores es mayor que en población normal. Además, no solo se puede destacar que la prevalencia sea mayor, sino que la gravedad de los problemas asociados al consumo de drogas en la población infractora es mayor. Por último, se puede concluir que existen diferencias significativas entre los menores infractores y la población normal en la inclinación al abuso de sustancias (Bonta y Andrews, 2017).

En el proceso de búsqueda de evidencia científica sobre eficacia de los programas de tratamiento para el consumo de drogas en menores infractores, no se han encontrado programas basados en el paradigma de la psicología positiva, a pesar de que estos planteamientos han demostrado ser eficaces en la reducción de conductas antisociales (Riffo-Allende, 2021). La psicología positiva es un paradigma general orientado a refocalizar la perspectiva de la investigación, la prevención y la práctica clínica en los recursos y fortalezas generales (Carrea y Mandil, 2011; Fernández-Ríos y Vilariño Vázquez, 2018). Los programas de intervención que se sustentan explícitamente en psicología positiva están orientados a la promoción de emociones positivas y a reforzar los recursos y experiencias de bienestar (Santamaría-Cárdaba, 2018; Toribio, González-Arratía, Van Barneveld y Gil, 2018). De los estudios realizados en psicología positiva se puede concluir que, al fomentar el desarrollo de la adolescencia en un contexto de bienestar, se reducen las posibilidades de generar psicopatología (Bohlmeijer, Bolier, Lamers y Westerhof, 2017). Una estrategia fundamental dentro de las intervenciones basadas en psicología positiva es la génesis de una adecuada orientación hacia el futuro, la cual está definida por la presencia de aspiraciones ajustadas, expectativas adecuadas y fomento de habilidades de planificación. La orientación hacia el futuro ha demostrado ser un factor relevante en la construcción en positivo del desarrollo juvenil, incluso para jóvenes con un amplio historial de comportamientos antisociales graves y elevados consumos de drogas (Brooks, Miller, Abebe y Mulvey, 2018). Por tanto, desde el paradigma de la psicología positiva, urge proponer intervenciones sistematizadas que ofrezcan alternativas a los adolescentes para adquirir un mayor nivel de resiliencia y prevenir de manera más eficiente la aparición de emociones negativas, particu-

larmente, en población que presenta conductas antisociales (Giménez, Vázquez y Hervás, 2010).

Debido a la escasez de estudios sobre la prevalencia del consumo de drogas en menores infractores españoles y la ausencia de estudios que evalúan la eficacia de las intervenciones realizadas en población española, el presente estudio plantea cuatro objetivos. El primero es la descripción sociodemográfica de los adolescentes que se encuentran cumpliendo una medida judicial por la comisión de delitos graves y tienen un elevado patrón de consumo de drogas. El segundo objetivo es el desarrollo de un programa de intervención en el que se adaptan técnicas basadas en la psicología positiva y que han demostrado ser eficaces. El tercer objetivo es evaluar la eficacia de la intervención desarrollada para el tratamiento del consumo de drogas en población adolescente infractora que ha cometido delitos graves. Dicha intervención se ha implementado y desarrollado en el Centro de Ejecución de Medidas Judiciales Teresa de Calcuta (CEMJTC) de la Comunidad de Madrid. Por último, se evalúa la relación entre la aplicación del programa y la reincidencia delictiva ya que, como se ha mencionado anteriormente, existe una relación entre el consumo de drogas y la génesis y mantenimiento de conductas antisociales (Aebi et al., 2021), esperándose encontrar una menor tasa de reincidencia tras la aplicación del programa frente a la condición control.

Método

Participantes

En el presente estudio han participado 92 internos del CEMJTC que fueron internos por la comisión de delitos graves entre 2015 y 2017, finalizando el internamiento entre 2016 y 2019. La edad media de los participantes al inicio del internamiento es de 16,97 años, siendo todos ellos varones, habiéndose eliminado del estudio a 4 mujeres debido al escaso número de la muestra. Más de la mitad de la muestra es de nacionalidad extranjera (60,9%). La mayor parte de los participantes procedían de una familia disfuncional (61,6%); dentro de las familias de carácter disfuncional, la problemática más frecuente son los factores económicos (47,5%), seguido de los problemas relacionales (30,2%), familias multiproblemáticas (29,2%), delincuencia (22,7%) y consumo de sustancias (16,2%). Se ha encontrado una tasa muy amplia de abandono escolar (61,04%), absentismo (75,21%) y fracaso escolar (85,2%). Casi el 90% de los participantes tiene un grupo de relación disocial, siendo frecuente la pertenencia a grupos juveniles de carácter violento.

La mayoría de los delitos cometidos por los participantes fueron de carácter violento con afectación del patrimonio (81,5%). Con anterioridad a su ingreso el 33,7% de los participantes habían cumplido previamente una medida de internamiento y el 65,2% de ellos cometieron más de un delito, hechos que ponen de manifiesto el arraigo de la conducta antisocial en los participantes del estudio.

Medidas

Teen-Addiction Severity Index (T-ASI) (Kaminer, Bukstein y Tarter, 1991)

El T-ASI es una entrevista estructurada breve diseñada para proporcionar información importante sobre aspectos de la vida del paciente que pueden contribuir al abuso de sustancias y/o síndrome de dependencia.

Durante la entrevista, el terapeuta indaga sobre las siete áreas de problemas potenciales durante el mes previo a la evaluación. Estas áreas comprenden: drogas, colegio, empleo/soporte, familia, iguales/social, legal y psiquiátrica. De esta información se van a completar tres escalas, la escala de autoevaluación, la escala de gravedad para el entrevistador y la escala de validez.

En su adaptación española, el T-ASI presenta una excelente validez en su escala de abuso de sustancias. La puntuación obtenida en esta dimensión se correlaciona directamente con el consumo de cualquier tipo de sustancia ($Rho = 0,90$) así como con los problemas generados ($Rho = 0,69$) (Díaz y Castro-Fornieles, 2008). La fiabilidad de la aplicación de la prueba T-ASI en el presente estudio ha sido adecuada, obteniendo un *alfa de Cronbach* de 0,84.

Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) (Hoge, 2010)

En el presente estudio se utilizó la adaptación a población española IGI-J (Garrido, López y Galvis, 2017). El IGI-J consta de 42 ítems agrupados en 8 factores de riesgo/protección denominados historial delictivo, pautas educativas, educación formal/empleo, grupo de iguales, consumo de drogas, ocio y diversión, personalidad y conducta y actitudes, valores y creencias. Estos factores de riesgo/protección son valorados mediante la información obtenida en entrevistas con el menor y la información obtenida de otras fuentes. La adaptación española tiene una fiabilidad adecuada, con un *alfa de Cronbach* de 0,90. El análisis de la validez predictiva ofreció un valor de 0,71, lo que confirma su buena capacidad predictiva, identificando correctamente el 66,7% de los reincidentes y el 68,8% de los no reincidentes en conductas delictivas (Garrido et al, 2017). La fiabilidad de la aplicación de la prueba IGI-J en el presente estudio ha sido adecuada, obteniendo un *alfa de Cronbach* de 0,79.

Consulta del Expediente Judicial

Durante el estudio de los expedientes judiciales se recabó información sobre la reincidencia delictiva durante el periodo de seguimiento e información sociodemográfica de los participantes del estudio.

Procedimiento

El presente estudio evalúa la eficacia de la aplicación del Programa de Intervención Educativa y Terapéutica para el Consumo de Drogas en Menores Infractores (PTCD) a través de un diseño cuasiexperimental longitudinal de medidas repetidas.

La muestra fue dividida en dos grupos, uno experimental y otro de control activo. La selección del diseño cuasiexperimental estuvo determinada por la asignación no aleatoria de cada participante a cada condición experimental. El criterio de asignación a cada grupo fue la posibilidad de cada participante de poder realizar todas las actividades planteadas en el programa diseñado de manera continuada (algunos internos tenían dificultades para ello por la incompatibilidad con el resto de las actividades realizadas durante el internamiento o por la duración de la medida).

El grupo experimental se compone de 52 internos del CEMJTC que han participado en el PTCD y han sido puestos en libertad, con un mínimo de 12 meses de seguimiento. El grupo control activo está compuesto por 40 internos del CEMJTC, que no realizaron el PTCD y fueron derivados a recursos externos para realizar actividades de psicoeducación y terapia cognitivo conductual individual para el tratamiento del consumo de drogas y han sido puestos en libertad, con un seguimiento de al menos 12 meses. Como requisito de inclusión en el estudio todos los participantes, tanto del grupo control como experimental, puntuaron 4 o más en la Escala de gravedad para el entrevistador en el consumo de drogas de prueba T - ASI.

Para poder comprobar la homogeneidad entre el grupo experimental y el control, y controlar el efecto de variables que pudieran contaminar los resultados, se realizaron una serie de análisis estadísticos. En primer lugar, se evaluó la relación entre la pertenencia al grupo experimental o control, y variables sociodemográficas. No se encontraron diferencias significativas en función del nivel de estudios superados al ingreso ($\chi^2_{(4)} = 8,09, p = ,08$), nacionalidad ($\chi^2_{(3)} = 2,06, p = ,63$), tipo de medida judicial ($\chi^2_{(2)} = 2,32, p = ,32$) y tipo de delito cometido ($\chi^2_{(5)} = 5,04, p = ,46$). De igual modo, se evaluaron distintas variables cuantitativas medidas al inicio del internamiento que pudieran tener un efecto sobre los resultados, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las variables edad ($t_{(91)} = -1,74; p = ,085$), consumo de alcohol ($t_{(91)} = -1,31; p = ,19$), consumo de cannabis ($t_{(91)} = 0,03; p = ,97$), consumo de cocaína ($t_{(91)} = 0,41; p = ,67$), consumo de éxtasis ($t_{(91)} = 0,64; p = ,52$), consumo de inhalantes ($t_{(57,39)} = -1,52; p = ,13$), consumo de benzodiazepinas ($t_{(91)} = 0,45; p = ,64$), consumo de heroína ($t_{(51)} = 1,76; p = ,08$), pautas educativas ($t_{(91)} = -1,51; p = ,13$), ocio y diversión ($t_{(91)} = -0,53; p = ,59$), educación y empleo ($t_{(91)} = 1,61; p = ,11$), personalidad y conducta ($t_{(91)} = 1,85; p = ,06$), problemas asociados al consumo de drogas ($t_{(91)} = 0,32; p = ,75$), problemas escolares ($t_{(91)} = -1,50; p = ,13$), problemas sociales ($t_{(91)} = -0,82; p = ,41$) y problemas legales ($t_{(91)} = 0,90; p = ,36$).

Para el presente estudio se planteó un diseño longitudinal de medidas repetidas, ya que se analizaron los datos obtenidos de la aplicación de la YLS/CMI y el T-ASI en dos momentos temporales diferentes, al inicio del internamiento en el CEMJTC y tras la finalizar el internamiento.

Las medidas que evaluaron la reincidencia, a través del estudio de expedientes judiciales, se tomaron un año después de haber finalizado el internamiento de cada interno.

El primer paso del proceso de tratamiento fue la evaluación, la cual se realizó a través de la aplicación de las pruebas T-ASI y YLS/CMI. Una vez el Equipo Técnico hubo evaluado a los internos se les asignó a una condición de tratamiento, control o experimental.

Condición experimental

Una vez se incluyó al menor en el programa se diseñaron los grupos de aplicación, adecuando el número de participantes y el ritmo de las terapias a las características de los menores en tratamiento. Los grupos con más necesidades de apoyo estuvieron compuestos entre 5 y 7 integrantes, y los grupos con un adecuado nivel de lectoescritura y manejo de la lengua castellana estuvieron compuestos entre 8 y 10 adolescentes, siendo la media de participantes por grupo de 8,5 sujetos. El programa grupal consta de 27 sesiones de hora y media de duración, con una periodicidad de dos sesiones semanales. El programa fue aplicado por un psicólogo con amplia formación en el tratamiento de adicciones con adolescentes en conflicto social.

La fundamentación teórica del programa tiene un carácter cognitivo conductual, pero a la hora de la aplicación el terapeuta intervino desde las tesis del paradigma de la psicología positiva, dotando a los participantes de opciones de cambio sustentadas en mensajes positivos y no punitivos. Uno de los objetivos principales de la intervención es generar emociones positivas ligadas al plan de cambio personal, rompiendo con ello la frecuente indefensión aprendida que muestran los participantes, propiciada por fracasos terapéuticos previos. Este modelo de intervención contrae que el terapeuta entienda a cada participante como un ser único y valioso, priorizándose la génesis de opciones de cambio construidas desde los factores de protección y las potencialidades de cada uno de los usuarios. Los factores de riesgo, las conductas delictivas y las de consumo de drogas son abordadas como variables dinámicas que no determinan su comportamiento futuro ni les dotan de una identidad antisocial indisoluble.

El programa de tratamiento se ha estructurado en 8 módulos. El primer módulo, Información, tiene por objetivo generar una vinculación terapéutica con los participantes. A la par, durante las 3 sesiones que componen este módulo, se propicia la reestructuración de creencias irracionales a través de actividades de psicoeducación, abordando los mitos, consecuencias a largo plazo de los consumos de drogas y la relación existente entre el consumo y la escalada en la conducta antisocial. Una vez se ha generado la vinculación terapéutica se inicia el segundo módulo, Tomando conciencia, redacción de mi patrón de consumo. Durante las 3 sesiones de este módulo se redacta un patrón coherente y sincero de la conducta de consumo, identificando

su funcionalidad. De igual manera se aborda el impacto de una baja percepción de riesgo ante el consumo de drogas. Tras ello se inicia el tercer módulo, Reestructuración de mis creencias, las consecuencias de mis consumos, donde los participantes realizan actividades para identificar tanto motivaciones como consecuencias de su anterior patrón de consumo. Este tercer módulo está compuesto por 3 sesiones. El objetivo fundamental de estos tres primeros módulos es que, tras realizar actividades orientadas a la reflexión que eviten el juicio y el reproche, los adolescentes sean capaces de relacionar las variables implicadas en el génesis y mantenimiento de su conducta de consumo.

En el módulo 4, Fases y procesos de cambio, durante sus 3 sesiones, se realizan actividades de psicoeducación con el fin de que los participantes conozcan los estadios de cambio propuestos en el Modelo Transteórico (DiClemente y Prochaska, 1982). Posteriormente se proponen actividades de introspección que permitan integrar los conocimientos a través del estudio de las experiencias vitales de cada participante, generando con ello sensación de control ante el proceso terapéutico.

El módulo 5, Mis opciones de cambio, está compuesto por 3 sesiones donde se fomenta la identificación de emociones experimentadas, especialmente la de apoyo social, alegría, ilusión, fracaso, soledad o culpa. Tras ello se solicita a los participantes que las proyecten en un hipotético futuro en dos escenarios diferentes, éxito terapéutico y mantenimiento de consumos. Para ello se utilizan técnicas narrativas apoyadas por el uso del dibujo. Tras ello se invita a los participantes a que decidan que opción de cambio mantendrán una vez sean puestos en libertad.

Una vez se han realizado las tareas orientadas al afianzamiento de la motivación al cambio se dota a los participantes de las estrategias suficientes para lograr reducir los problemas asociados al consumo de drogas, reforzando una adecuada orientación hacia el futuro, estrategia fundamental dentro del paradigma de la psicología positiva (Brooks et al., 2018). Para ello, en el módulo 6, se entrena a los participantes en la modificación del estilo de vida asociado a los hábitos de consumo. Este módulo está compuesto por 4 sesiones donde se realiza un primer acercamiento al concepto de estilo de vida, tras lo que cada participante identifica factores de riesgo y de protección, placeres y deberes prosociales y antisociales en su anterior estilo de vida. Tras ello se acompaña a cada participante en la redacción de un plan de cambio personal construido y sustentado en sus potencialidades, factores de protección y placeres y deberes prosociales.

Para afianzar el plan de cambio personal, en el módulo 7, Deshabitación psicológica y manejo del deseo, se entrenan estrategias para el manejo del deseo de consumo. Este módulo está compuesto por 5 sesiones, en la primera sesión se realizan técnicas de psicoeducación para la identificación del deseo de consumo. En la segunda sesión, Técnicas con-

ductuales, se entrenan ejercicios de respiración y relajación progresiva. En la tercera sesión, Técnicas cognitivas, se entrenan estrategias de parada de pensamiento, pensamiento alternativo, balance de toma de decisiones y solución de problemas y en la cuarta sesión, Técnicas asertivas, se entrenan estrategias para el manejo de situaciones sociales donde el participante puede tener que sostener su postura de abstinencia delante de un grupo de pares que mantienen conductas de consumo. En la última sesión, Integración de la intervención, a través de técnicas de role play, se trabaja la automatización de las estrategias adquiridas.

Por último, durante las 3 sesiones que componen el módulo 8, Prevención de recaídas, se realiza una definición de facto de riesgo ante la recaída en el consumo, se entrenan estrategias para la identificación de factores y señales de riesgo ante la recaída y se redacta un plan de riesgo personal.

Condición control activo

En este grupo se incluye a aquellos internos que por las dificultades para poder asistir a las actividades diseñadas en la condición experimental (por la incompatibilidad con el resto de las actividades realizadas durante el internamiento o por la duración de la medida) fueron derivados para el tratamiento del consumo de drogas a recursos comunitarios, como los Centros de Atención Integral al Drogodependiente (CAID) o los Centros de Atención al Drogodependiente (CAD), donde participaron en actividades de psicoterapia individual de corte cognitivo conductual.

Análisis de datos

Todos los análisis estadísticos fueron realizados mediante el paquete estadístico *SPSS 21.0*.

Se llevaron a cabo análisis de frecuencias y porcentajes para realizar una descripción de la muestra. Con relación a la eficacia del tratamiento, se comprobó la variación entre el pretratamiento y el postratamiento en aquellas variables dependientes medidas por la prueba T-ASI. Para ello, se realizó con cada una de las variables un ANOVA de 2 factores con medidas repetidas en un factor, siendo el factor inter-grupo el grupo de pertenencia (experimental vs. control), y el factor intra-grupo el momento de la evaluación (pretratamiento vs. postratamiento), obteniendo además para cada grupo el tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) de esas diferencias.

Por último, para analizar los datos sobre reincidencia, se llevaron a cabo pruebas Chi-Cuadrado de Pearson.

Resultados

Tras el análisis de los datos se ha podido constatar una alta presencia de multitud de factores de riesgo ante el consumo de drogas tanto para el grupo control como para el grupo experimental. El 88,2% (n = 81) de los participantes

tenían un problema extremo con el consumo de drogas, el 60,9% (n = 56) tenían un problema extremo en ámbito escolar, el 37% (n = 34) tenían un problema extremo en el ámbito laboral o sustento vital, el 66,3% (n = 61) tenían un problema extremo en ámbito familiar y el 75% (n = 69) tenían un problema extremo con su círculo de amistades más cercano.

Respecto a la tipología de consumo se puede destacar que las dos sustancias que han tenido una mayor tasa de consumo en la muestra han sido el cannabis y el alcohol. El 85,9% de los participantes presentan consumos compulsivos de cannabis y el 64,1% presentan consumos abusivos de alcohol (Véase Tabla 1). La cocaína presenta igualmente una alta tasa de consumo, el 22,8% de los participantes mantenía un consumo abusivo, el 13% un consumo ocasional y el 21,7% habían realizado un consumo experimental.

El objetivo fundamental de la presente investigación es evaluar la posible reducción de los problemas asociados al consumo de drogas en los participantes en el PTCD. Para medir el efecto de la intervención se han comparado los resultados del estudio longitudinal de los participantes de las terapias, grupo experimental, con un grupo de participantes con las mismas características que no han participado de dichas terapias, grupo control.

De los análisis estadísticos realizados se puede concluir que en la escala que mide problemas con el consumo de drogas en la prueba T-ASI, el efecto del factor grupo ($F_{(1,90)} = 11,87$; $p < ,01$; $\eta^2 = 0,11$), factor tiempo ($F_{(1,90)} = 105,16$; $p < ,001$; $\eta^2 = 0,53$) y la interacción entre ambos ($F_{(1,90)} = 14,54$; $p < ,001$; $\eta^2 = 0,13$) fue significativo, como se puede apreciar en la tabla 2.

Posteriormente se evaluó la tasa de cambio que proporcionaban las dos condiciones experimentales, encontrando que en la variable problemas asociados al consumo de drogas se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo control ($F_{(1,90)} = 18,35$; $p < ,001$; $\eta^2 = 0,16$) como para el grupo experimental ($F_{(1,90)} = 113,8$; $p < ,001$; $\eta^2 = 0,55$). Sin embargo, el tamaño del efecto del programa de intervención del grupo experimental fue mucho mayor que el del grupo control ($\eta^2 = 0,55$ Vs $\eta^2 = 0,16$) como se puede apreciar en la tabla 3.

Tabla 1
Prevalencia del consumo de drogas en los participantes (%)

Sustancia	Abstemio	Experimental	Ocasional	Abusivo	Compulsivo
Alcohol	0	5,4	25	64,1	5,4
Cannabis	1,1	3,3	2,2	7,6	85,9
Cocaína	41	21,7	13	22,8	1,1
Éxtasis	78	5,4	7,6	8,7	0
Inhalantes	90	2,2	4,3	1,1	2,2
Benzodiacepinas	96,7	2,2	1,1	0	0
Heroína	96,7	3,3	0	0	0

Tabla 2

Medias de los grupos en índice de gravedad en diferentes áreas medida por la prueba T-ASI en el pretratamiento y en el postratamiento, tamaño del efecto del programa para cada grupo y resultados del ANOVA sobre dichas medias

Grupos	T-ASI Drogas Pre	T-ASI Drogas Post
Control (n = 40)	4,85 ± 0,36	3,93 ± 1,10
Experimental (n = 52)	4,88 ± 0,38	2,88 ± 1,48

Grupo: $F_{(1,90)} = 11,87$; $p = 0,001^{**}$; $\eta^2 = 0,116$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 105,16$; $p = 0,000^{***}$; $\eta^2 = 0,539$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 14,54$; $p = 0,000^{***}$; $\eta^2 = 0,139$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).
 * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$.

Tabla 3

Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes

	Control (n = 40)	Experimental (n = 52)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
T-ASI Drogas	0,92*** $F_{(1,90)} = 18,35^{***}$ $\eta^2 = 0,16$	2*** $F_{(1,90)} = 113,80^{***}$ $\eta^2 = 0,55$

Nota. Los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas. $\eta^2 =$ eta cuadrado parcial. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$.

Tabla 4

Medias de los grupos en consumo de drogas en el pretatamiento y en el postratamiento, tamaño del efecto del programa para cada grupo y resultados del ANOVA sobre dichas medias

Grupos	Consumo alcohol Pre	Consumo alcohol Post
Control (n = 40)	2,85 ± 0,59	2,45 ± 0,65
Experimental (n = 52)	2,59 ± 0,69	1,48 ± 1,15

Grupo: $F_{(1,90)} = 18,63$; $p = 0,000^{***}$; $\eta^2 = 0,172$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 43,57$; $p = 0,000^{***}$; $\eta^2 = 0,326$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 10,74$; $p = 0,001^{**}$; $\eta^2 = 0,107$

Grupos	Consumo cannabis Pre	Consumo cannabis Post
Control (n = 40)	3,72 ± 0,67	2,72 ± 1,41
Experimental (n = 52)	3,75 ± 0,81	1,91 ± 1,62

Grupo: $F_{(1,90)} = 4,49$; $p = 0,037^*$; $\eta^2 = 0,048$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 65,89$; $p = 0,000^{***}$; $\eta^2 = 0,423$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 7,977$; $p = 0,018^*$; $\eta^2 = 0,060$

Grupos	Consumo cocaína Pre	Consumo cocaína Post
Control (n = 40)	1,12 ± 1,13	0,33 ± 0,66
Experimental (n = 52)	1,26 ± 1,31	0,24 ± 0,63

Grupo: $F_{(1,90)} = 0,28$; $p = 0,86$; $\eta^2 = 0,00$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 53,17$; $p = 0,000^{***}$; $\eta^2 = 0,371$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 0,87$; $p = 0,35$; $\eta^2 = 0,010$

Grupos	Consumo éxtasis Pre	Consumo éxtasis Post
Control (n = 40)	0,32 ± 0,76	0,0 ± 0,0
Experimental (n = 52)	0,57 ± 1,09	0,15 ± 0,48

Grupo: $F_{(1,90)} = 2,90$; $p = 0,092$; $\eta^2 = 0,031$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 15,20$; $p = 0,000^{***}$; $\eta^2 = 0,145$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 0,25$; $p = 0,61$; $\eta^2 = 0,003$

El siguiente paso de la investigación fue aclarar para qué sustancias se muestra más efectiva la intervención, realizando análisis estadísticos acerca de la reducción de consumos en función de la sustancia ingerida. En la variable consumo de alcohol, el efecto del factor grupo ($F_{(1,90)} = 18,63; p <,001; \eta^2 = 0,17$) fue significativo, el efecto del factor momento de la evaluación también fue significativo ($F_{(1,90)} = 43,57; p <,001; \eta^2 = 0,32$), así como el efecto de la interacción ($F_{(1,90)} = 10,74; p <,01; \eta^2 = 0,10$), (véase Tabla 4). Del mismo modo, en la variable consumo de cannabis, el efecto del factor grupo fue significativo ($F_{(1,90)} = 4,49; p <,05; \eta^2 = 0,04$), el efecto del factor momento de la evaluación también fue significativo ($F_{(1,90)} = 65,89; p <,001; \eta^2 = 0,42$), así como el efecto de la interacción ($F_{(1,90)} = 7,97; p <,05; \eta^2 = 0,06$) (véase Tabla 4). En la variable consumo de cocaína tan solo fue significativo el efecto del factor momento de la evaluación ($F_{(1,90)} = 53,17; p <,001; \eta^2 = 0,37$), al igual que en la variable consumo de éxtasis ($F_{(1,90)} = 15,20; p <,001; \eta^2 = 0,14$) (véase Tabla 4).

Tras el análisis de los resultados ofrecidos por las pruebas F para los efectos principales de los factores grupo, momento de la evaluación y para el efecto de su interacción, se ha procedido a analizar la interacción entre el grupo y el momento de la evaluación a través de comparaciones post-hoc, habiéndose aplicado la prueba de Bonferroni.

Se observa una reducción estadísticamente significativa en consumo de alcohol, tanto en grupo control ($F_{(1,90)} = 4,88; p <,05; \eta^2 = 0,05$) como en el grupo experimental ($F_{(1,90)} = 56,11; p <,001; \eta^2 = 0,38$), al igual que en el consumo de cannabis, donde la reducción fue estadísticamente significativa en las dos condiciones experimentales, en el grupo control ($F_{(1,90)} = 14,45; p <,001; \eta^2 = 0,13$) y en el grupo experimental ($F_{(1,90)} = 63,61; p <,001; \eta^2 = 0,41$). Lo mismo sucedió en el consumo de cocaína, donde también fue significativa la reducción de su consumo tanto en el grupo control ($F_{(1,90)} = 17,88; p <,001; \eta^2 = 0,16$), como en el grupo experimental ($F_{(1,90)} = 38,90; p <,001; \eta^2 = 0,30$). Por último, se ha de destacar que tanto en el grupo control ($F_{(1,90)} = 5,10; p <,05; \eta^2 = 0,05$) como en el grupo experimental ($F_{(1,90)} = 11,13; p <,01; \eta^2 = 0,11$) la reducción del consumo de éxtasis fue estadísticamente significativa. (véase Tabla 5).

El tamaño del efecto de la condición experimental fue mucho mayor que en la condición control en todas las variables medidas. (En la variable consumo de alcohol $\eta^2 = 0,38$ vs. $\eta^2 = 0,05$, en la variable consumo de cannabis $\eta^2 = 0,41$ vs. $\eta^2 = 0,13$, en la variable consumo de cocaína $\eta^2 = 0,30$ vs. $\eta^2 = 0,16$ y en la variable consumo de éxtasis $\eta^2 = 0,11$ vs. $\eta^2 = 0,05$) (Véase tabla 5).

Por último, se realizó un análisis con el objetivo de encontrar diferencias dentro del grupo control y el experimental en función de la variable reincidencia delictiva. Para realizar los análisis estadísticos se ha realizado una tabla de contingencias y se ha utilizado la prueba de *Chi cuadrado*.

Como se muestra en la Tabla 6 el 28,8% de los participantes del grupo experimental reincide frente al 37,5%

Tabla 5
Cambios en el consumo entre el pretratamiento y el postratamiento en cada grupo de pacientes

	Control (n = 40)	Experimental (n = 52)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
Consumo de alcohol	0,34* $F_{(1,90)} = 4,88^*$ $\eta^2 = 0,05$	1,11*** $F_{(1,90)} = 56,11^{***}$ $\eta^2 = 0,38$
Consumo de cannabis	1*** $F_{(1,90)} = 14,45^{***}$ $\eta^2 = 0,13$	1,84*** $F_{(1,90)} = 63,61^{***}$ $\eta^2 = 0,41$
Consumo de cocaína	0,79*** $F_{(1,90)} = 17,88^{***}$ $\eta^2 = 0,16$	1,27*** $F_{(1,90)} = 38,90^{***}$ $\eta^2 = 0,30$
Consumo de éxtasis	0,32* $F_{(1,90)} = 5,10^*$ $\eta^2 = 0,05$	0,42** $F_{(1,90)} = 11,13^{**}$ $\eta^2 = 0,11$

Nota. Los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas. η^2 = eta cuadrado parcial. * $p <,05$ ** $p <,01$ *** $p <,001$.

Tabla 6
Reincidencia delictiva y grupo

	Grupo control	Grupo experimental	$\chi^2_{(1)}$
Reincidentes (n= 30)	15 37,5% (R.C.= 0,9)	15 28,8% (R.C.= -0,9)	0,77 $p = ,38$
No reincidentes (n= 62)	25 62,5% (R.C.= -0,9)	37 71,2% (R.C.= 0,9)	

Nota. R.C. = residuos corregidos.

del grupo control. A pesar de que el grupo experimental tiene una menor tasa de reincidencia no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de si el participante pertenece al grupo control o al grupo experimental ($\chi^2_{(1)} = 0,77, p = ,38$).

Discusión

El PTCD aplicado en el CEMJTC, bajo el paradigma de la psicología positiva, es una herramienta eficaz para el tratamiento del consumo, abuso y dependencia de drogas en jóvenes que se encuentran cumpliendo una medida judicial, especialmente en los problemas derivados del consumo de alcohol y cannabis. El tamaño del efecto de la intervención para la reducción de los problemas asociados al consumo de drogas medidos por la prueba T-ASI es alto ($\eta^2 = 0,55$),

habiéndose encontrado tamaños del efecto elevados en la reducción del consumo de cannabis ($\eta^2 = 0,41$) y alcohol ($\eta^2 = 0,38$) tras el internamiento.

La gran aportación de este programa es ofrecer un modelo de intervención desde el enfoque de la psicología positiva, el cual ha cristalizado en un modelo de intervención que dota a cada uno de los participantes de opciones de cambio sustentadas en mensajes positivos y no punitivos. Este modelo de intervención conlleva que el terapeuta entienda a cada participante como un ser único y valioso, centrándose en generar opciones de cambio desde factores de protección y las potencialidades de los usuarios, abordando los factores de riesgo, las conductas delictivas y las de consumo de drogas como variables que no determinan su comportamiento futuro ni les dotan de una identidad antisocial indisoluble. Las técnicas utilizadas, principalmente cognitivo-conductuales, han sido adaptadas desde modelos de intervención bien establecidos y consolidados con la intención de consolidar una adecuada orientación hacia el futuro.

Las intervenciones que han demostrado ser eficaces en la población adolescente sin problemas con la justicia no obtienen tan buenos resultados en la población que ha cometido delitos y ha ingresado en el sistema de justicia juvenil, lo que indica que el cambio de la conducta de consumo de drogas en menores infractores es más complejo, al añadirse un factor de riesgo tan potente como es la conducta antisocial (Tripodi y Bender, 2011). Bajo esta premisa, los resultados del estudio adquieren mayor relevancia, ya que no solo se ha obtenido cierta evidencia de la utilidad del PTCD, sino también un buen ajuste de las técnicas a una problemática y a una población tan compleja de abordar. Los resultados del presente estudio sugieren que el PTCD es una herramienta útil para la reducción, tras el internamiento, de los consumos de alcohol, cannabis, cocaína y éxtasis. Del mismo modo, el internamiento en el CEMJTC parece operar como una comunidad terapéutica que, unido a la terapia psicológica cognitivo-conductual individual, reducen de manera estadísticamente significativa las tasas de consumo de alcohol, cannabis, cocaína y éxtasis tras el internamiento.

Para poder evaluar si el PTCD es una herramienta al nivel de las ya utilizadas en otros entornos, se ha comparado con los datos obtenidos por Waldron y Turner (2008) en su metaanálisis, donde examinaron el tamaño del efecto en el pre y el postratamiento en tres tipos de intervención, la terapia cognitivo-conductual individual, la terapia cognitivo-conductual grupal y la terapia familiar en población no delictiva. Los resultados del metaanálisis indicaron que el tamaño del efecto medio de los programas evaluados mediante el estadístico *d* de Cohen fue de 0,45, un tamaño del efecto medio. El tamaño del efecto de la intervención del presente estudio, evaluado a través de la variable problemas asociados al consumo de drogas medida por la prueba T-ASI, fue $\eta^2 = 0,55$, lo que implica que el tamaño del efecto de la intervención fue alto.

Otra aportación importante del PTCD es su especial eficacia en la reducción del consumo de alcohol y cannabis tras el internamiento, sustancias donde el efecto de intervenciones en menores infractores ha sido limitado, como en el caso del cannabis, o incluso no significativo, como en el caso del alcohol (Tanner-Smith et al., 2016).

Por último, se ha de destacar que se aprecia una tendencia descendente en la reincidencia delictiva entre el grupo experimental (28,8%) frente al grupo control (37,7%), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. Estos resultados seguramente estén mediados por el efecto de no haber realizado un estudio aleatorizado con grupo control sin tratamiento, donde se podría haber medido el impacto de la no intervención frente a la nueva propuesta de intervención.

Más allá de las limitaciones propias del modelo cuasiexperimental empleado, encontramos ciertas variables donde, o no se ha podido intervenir, o no se han evaluado y que hubieran sido de interés. Una de ellas son las variables cognitivas implicadas en los procesos de cambio de los participantes del estudio. Haber contado con esta información hubiera permitido no solo hablar de la eficacia del programa, sino de qué procesos cognitivos se han visto más potenciados en los adolescentes durante la intervención.

Otra limitación ha sido la imposibilidad de realizar con la muestra a estudio una intervención familiar sistematizada que acompañara a las dinámicas grupales. La intervención familiar es una de las actuaciones fundamentales realizadas dentro del CEMJTC. A pesar de ello, la gran diversidad de las familias de origen y la imposibilidad de trabajar con un número significativo de las mismas (se encuentran en los países de origen y no manejan la lengua castellana) ha impedido la aplicación de los módulos desarrollados para la intervención en este ámbito. Como se ha comentado previamente, la terapia familiar ha demostrado especial eficacia en el tratamiento de los problemas asociados al consumo de drogas en menores infractores (Dopp et al., 2017; Hartnett, Carr, Hamilton y O'Reilly, 2017; Tanner-Smith et al., 2016; Tripodi y Bender, 2011), por ello sería muy interesante, de cara a futuros estudios, poder contrastar cómo la intervención familiar aporta mayor potencia a los resultados obtenidos por el PTCD.

De igual modo, la metodología cuasiexperimental y el no haber contado con un grupo experimental sin tratamiento, ha impedido contrastar el tamaño del efecto de la intervención. En futuras investigaciones el uso de metodología experimental aumentaría el alcance de las conclusiones. Estas limitaciones son difícilmente salvables en un contexto en el que ha de primar el bienestar del usuario atendido.

Como prospectiva parece de interés que, en próximas investigaciones, se evalúe qué variables han contribuido a obtener los resultados del presente estudio. Sería clave, por tanto, ahondar en el conocimiento de los procesos cognitivos que han hecho posible el impacto del programa, especialmente en la reducción del consumo de alcohol y de

cannabis tras el internamiento. De igual modo, sería muy interesante aplicar el PTCO en medidas de medio abierto, como el cumplimiento de Libertad Vigilada o en las Prestaciones en Beneficio de la Comunidad, para así poder medir el impacto del PTCO en contextos comunitarios, donde aún no se ha cronificado la conducta delictiva.

Reconocimientos

A la Agencia Para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor de la Comunidad de Madrid por su constante lucha por ofrecer oportunidades de cambio a sus usuarios.

A la Asociación GINSO por apostar por el desarrollo de programas innovadores que permiten construir modelos intervención integrales.

Al pleno del equipo técnico del CEMJ Teresa de Calcuta, a sus educadores, celadores, controladores, TAI y a su equipo de coordinación y dirección, por hacer posible con su esfuerzo y confianza esta investigación.

A la Universidad Francisco de Vitoria, con mención especial a Jesús Rodríguez Barroso, por su apoyo durante la redacción del presente artículo.

Conflicto de intereses

A través de la presente se comunica la inexistencia de conflicto de intereses en el artículo enviado con título Efficacy of a treatment program for drug use in juvenile offenders from positive psychology.

Referencias

Aebi, M., Bessler, C. y Steinhilber, H. C. (2021). A cumulative substance use score as a novel measure to predict risk of criminal recidivism in forensic juvenile male outpatients. *Child Psychiatry y Human Development*, 52, 30-40. doi:10.1007/s10578-020-00986-7.

Ali, Y., Benjamin, A. C. y Fondacaro, M. R. (2022). Treatment of juvenile offenders: Toward multisystemic risk and resource management. En E. Jeglic y C. Calkins (Eds.) *Handbook of Issues in Criminal Justice Reform in the United States*. New York: Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-030-77565-0_26.

Barnert, E. S., Perry, R., Shetgiri, R., Steers, N., Dudovitz, R., Heard-Garris, N. J. y Chung P. J. (2021). Adolescent protective and risk factors for incarceration through early adulthood. *Journal of Child and Family Studies*, 30, 1428-1440. doi:10.1007/s10826-021-01954-y.

Bonta, J. y Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). New York, NY: Routledge. doi:10.4324/9781315677187.

Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Lamers, S. M. A. y Westerhof, G. J. (2017). Intervenciones clínicas positivas: ¿Por qué

son importantes y cómo funcionan? *Papeles del Psicólogo*, 38, 34-41. doi:10.23923/pap.psi.2017.2819.

Bujosa, L. M., González, I., Martín, F. y Reifarth, W. (2021). *Menores y justicia Juvenil*. Navarra, España: Editorial Aranzadi.

Brislin, S. J., Clark, D. A., Heitzeg, M. M., Samek, D. R., Iacono, W. G., McGue, M. y Hicks, B. M. (2021). Co-development of alcohol use problems and antisocial peer affiliation from ages 11 to 34: Selection, socialization and genetic and environmental influences. *Addiction*, 116, 1999-2007. doi:10.1111/add.15402.

Brooks, M., Miller, E., Abebe, K. y Mulvey, E. (2018). The observed longitudinal relationship between future orientation and substance use among a cohort of youth with serious criminal offenses. *Substance Use & Misuse*, 53, 1925-1936. doi:10.1080/10826084.2018.1441311.

Carrea, G. y Mandil, J. (2011). Aportes de la psicología positiva a la terapia cognitiva infantojuvenil. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 3, 40-56.

Contreras, L., Molina, V. y Cano, M. C. (2012). Drug abuse in adolescent offenders: Analysis of the psychosocial variables involved Madrid. *Adicciones*, 24, 31-38. doi:10.20882/adicciones.115.

D'Amico, E., Miles, J., Stern, S. y Meredith, L. (2008). Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 53-61. doi:10.1016/j.jsat.2007.08.008.

Delen, D., Zolbanin, H. M., Crosby, D. y Wright, D. (2021). To imprison or not to imprison: An analytics model for drug courts. *Annals of Operations Research*, 303, 101-124. doi:10.1007/s10479-021-03984-7.

Díaz, R. y Castro-Fornieles, J. (2008). Clinical and research utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index (T-ASI). *Addictive Behaviors*, 33, 188-195. doi:10.1016/j.addbeh.2007.06.002.

DiClemente, C. C. y Prochaska, J. O. (1982). Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142. doi:10.1016/0306-4603(82)90038-7.

Dopp, A. R., Borduin, C. M., White, M. H. II y Kuppens, S. (2017). Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 335-354. doi:10.1037/ccp0000183.

Esteban, B., Díaz, A., Gañan, A., García, J., Gordon, B. y Varela, C. (2002). *Menores infractores con consumo de drogas en los centros de reforma*. Madrid, España: Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD).

Fernández-Ríos, L. y Vilariño Vázquez, M. (2018). Historia, investigación y discurso de la Psicología Positiva: Un abordaje crítico. *Terapia psicológica*, 36, 123-133. doi:10.4067/S0718-48082018000200123.

Garrido, V., López, E. y Galvis, M. J. (2017). Predicción de la reincidencia con delincuentes juveniles: Adaptación

- del IGI-J. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 12, 30-41. doi:10.4995/reinad.2017.6484.
- Giménez, M., Vázquez, C. y Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society, y Education*, 2, 97-116. doi:10.25115/psye.v2i2.438.
- Hartnett, D., Carr, A., Hamilton, E. y O'Reilly, G. (2017). The effectiveness of functional family therapy for adolescent behavioral and substance misuse problems: A meta-analysis. *Family Process*, 56, 607-619. doi:10.1111/famp.12256.
- Hoge, R. D. (2010). Youth level of service/case management inventory. En R. K. Otto y K. S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (pp. 81-95). Routledge/Taylor y Francis Group.
- Kaminer, Y., Burlinson, J. y Burke, R. (2008). Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: A randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1405-1412. doi:10.1097/CHI.0b013e318189147c.
- Kaminer, Y., Bukstein, O. y Tarter, R. E. (1991). The teen-addiction severity index: Rationale and reliability. *International Journal on Addiction*, 26, 219-26. doi:10.3109/10826089109053184.
- Lázaro-Pérez, M. C. (2001). Análisis de la Ley Orgánica 5/2000, reguladora de la responsabilidad penal del menor. *Anuario de Psicología Jurídica*, 11, 99-117.
- Ledgerwood, D. M. y Cunningham, P. B. (2019). Juvenile drug treatment court. *Pediatric clinics of North America*, 66, 1193-1202. doi:10.1016/j.pcl.2019.08.011.
- Liddle, H., Dakof, G., Parker, K., Diamond, G., Barrett, K. y Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688. doi:10.1081/ADA-100107661.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2012). Risk and protective factors for drug use and antisocial behavior in Spanish adolescents and young people. *International Journal of Psychological Research*, 5, 25-33. doi:10.21500/20112084.746.
- Mulvey, E. P., Schubert, C. A. y Chassin, L. (2010). *Substance use and delinquent behavior among serious adolescent offenders*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Pérez, E. y Ruiz, S. (2017). El consumo de sustancias como factor de riesgo para la conducta delictiva: Una revisión sistemática. *Acción Psicológica*, 14, 33-50. doi:10.5944/ap.14.2.20748.
- Riffo-Allende, G. (2021). Evaluación de una intervención basada en la psicología positiva, para la disminución de conductas antisociales en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1, 359-370. doi:10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2119.
- Roncero, D., Andreu, J. M. y Peña, M. E. (2018). Efecto de diferentes patrones de agresión sobre la desadaptación institucional y la reiteración delictiva en menores infractores. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 16. doi:10.46381/reic.v16i0.159.
- San Juan, D., Ocáriz, E. y Germán, I. (2009). Menores infractores y consumo de drogas: Perfil psicossocial y delictivo. *Revista Criminalidad*, 51, 147-162.
- Santamaría-Cárdaba, N. (2018). Educando para el desarrollo y la ciudadanía global a través de la psicología positiva. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia Creativa*, 7, 98-109. doi:10.30827/Digibug.50004.
- Simoes, C., Matos, M. y Batista-Foguet, J. M. (2008). Juvenile delinquency: Analysis of risk and protective factors using quantitative and qualitative methods. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 12, 389-408.
- Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., Hensman Kettrey, H. y Lipsey, M. W. (2016). *Adolescent substance use treatment effectiveness: A systematic review and meta-analysis*. Nashville, TN: Peabody Research Institute, Vanderbilt University.
- Tomlinson, K., Brown, S. y Abrantes, A. (2004). Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 160-169. doi:10.1037/0893-164X.18.2.160.
- Toribio, L., González-Arratia, N., Van Barneveld, H. y Gil, M. (2018). Positive mental health in Mexican adolescents: Differences by sex. *Revista Costarricense de Psicología*, 37, 131-143. doi:10.22544/rcps.v37i02.03.
- Tripodi, S. y Bender, K. (2011). Substance abuse treatment for juvenile offenders: A review of quasi-experimental and experimental research. *Journal of Criminal Justice*, 39, 246-252. doi:10.1016/j.jcrimjus.2011.02.007.
- Tripodi, S., Bender, K. y Litschge, C. (2010). Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: A meta-analytic review. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 164, 85-91. doi:10.1001/archpediatrics.2009.235.
- Uceda-Maza, F. X., Navarro-Pérez, J. J. y Pérez-Cosín, J. V. (2016). Adolescentes y drogas: Su relación con la delincuencia. *Revista de Estudios Sociales*, 58, 63-75. doi:10.7440/res58.2016.05.
- Vega-Cauich, J. I. y Zumárraga-García, F. M. (2019). Variables asociadas al inicio y consumo actual de sustancias en adolescentes en conflicto con la ley. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29, 21-29. doi:10.5093/apj2018a13.
- Waldron, H. B. y Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 37, 238-261. doi:10.1080/15374410701820133.

