

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFECTIVOS PARA REDUCIR EL
CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Tesis sometida a la consideración de la comisión del Programa de Estudios de
Posgrado de Psicología Clínica para optar al grado y título de Especialista en
Psicología Clínica**

SUSTENTANTE

LICDA. VERÓNICA OVARES FALLAS

CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO, COSTA RICA

2018

DEDICATORIA

A mis maestras y maestros,
las y los usuarios
que sin ustedes no sería,
la profesional quien soy.

AGRADECIMIENTOS

Quiero primeramente agradecer a Dios y a la Virgen por la fortaleza que me dan cada día para afrontar los retos de la vida.

También quiero agradecer a mi papá, Johnny, y mi mamá, Marlene, que me han apoyado incondicionalmente en todas las decisiones que he tomado en mi vida y que me han impulsado a conseguir mis sueños. A Martin, Natalia y David, por estar ahí, pacientemente apoyándome durante la residencia.

Además, quiero agradecer a Nathy, Marlon, Lady, Luis y María José, mis compañeros de residencia, sin ustedes no hubiese disfrutado tanto este proceso, no solo fueron mis compañeros, sino que se convirtieron en mis amigos.

A Karol y Esteban por motivante a entrar a la residencia, y apoyarme durante todo el proceso. También a Elías y Jessica, grandes amigos que han estado siempre conmigo. A Gaby por su apoyo incondicional.

A Don Roberto, que durante la residencia ha sido un pilar no solo para mi formación sino también de este trabajo, que me ha apoyado incansablemente para que el conocimiento en este tema pudiese ser enriquecido, un maestro desde luego.

A mis supervisoras y supervisores, de quienes aprendí muchísimo y a quien realmente admiro por su entrega y compromiso por los y las usuarias; que a pesar de las dificultades dan esa milla extra continuamente.

Finalmente quiero agradecer a todas las personas que durante todas las rotaciones me enseñaron que cada uno tiene un conocimiento único y que me recuerdan trabajar por ser una versión de mi misma cada día.

Hoja de aprobación

“Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrados en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de Especialista en Psicología Clínica”

Licda. Karen Quesada Retana

Coordinadora Nacional

Sistema de Estudios de Posgrado en la Especialidad de Psicología Clínica

MSc. Alfonso Villalobos Pérez

Director de Tesis

Licda. Verónica Ovares Fallas

Candidata

Tabla de contenidos

Lista de Tablas	vii
Lista de Figuras	viii
Lista de Gráficos	viii
Resumen.....	ix
CAPITULO I: Introducción	1
1.1. Introducción.....	2
CAPÍTULO II: Marco Teórico	5
2.1. Caracterización de la Adolescencia	6
2.1.1. Factores Protectores y de Riesgo durante la adolescencia	7
2.2 Consumo de drogas	8
2.2.1. Caracterización de los efectos de las dos principales drogas	8
2.2.2. Consecuencias a nivel integral del consumo de drogas	12
2.2.3 Principales abordajes para el manejo de las adicciones	13
2.3. Aspectos principales de la Ley de Justicia Penal Juvenil de Costa Rica (N.7576)	16
CAPÍTULO III: Problema y Objetivos	19
3.1 Pregunta de investigación	20
3.2 Objetivo general	20
3.3. Objetivos específicos.....	20
CAPÍTULO IV: Metodología	21
4.1 Estrategia metodológica	22
4.2. Población y muestra	22
4.3. Criterios de inclusión y exclusión	23
4.4 Procedimientos para la sistematización y análisis de resultados.....	23
CAPÍTULO V: Resultados	26
5.1. Descripción general de resultados obtenidos.....	27
5.2 Principales resultados de las investigaciones.....	32

5.3. Características sociodemográficas de las muestras utilizadas	40
5.3. Procesos de intervención implementados	43
CAPÍTULO VI: Discusión	50
6.1 Discusión	51
CAPÍTULO VII: Consideraciones finales	59
7.1 Conclusiones	60
7.2. Limitaciones	62
7.3. Recomendaciones	63
CAPÍTULO VIII: Referencias Bibliográficas	64
8.1 Referencias Bibliográficas	65

Lista de Tablas

Tabla 1: Criterios diagnósticos según el CIE-10.....	10
Tabla 2: Criterios Diagnósticos según DSM-V para el Trastorno por consumo de sustancias.....	11
Tabla 3: Sanciones de la Ley de Justicia Penal Juvenil.....	17
Tabla 4: Plantilla para presentación de artículos seleccionados.....	25
Tabla 5: Plantilla para la presentación de los principales componentes de los artículos.....	25
Tabla 6: Principales características del tratamiento.....	25
Tabla 7: Artículos pre-seleccionados en la primera etapa según palabras clave utilizadas y base de datos.....	27
Tabla 8: Artículos pre-seleccionados en la primera etapa por base de datos.....	28
Tabla 9: Artículos contemplados para la revisión sistemática.....	30
Tabla 10: Artículos seleccionados según base de datos.....	31
Tabla 11: Origen de los artículos seleccionados.....	32
Tabla 12: Descripción de los principales componentes de los artículos.....	33
Tabla 13: Principales características de la muestra.....	40
Tabla 14: Principales características del tratamiento	43

Lista de Figuras

Figura 1: Formulación preguntas PICO.....	20
---	----

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Criterios de exclusión aplicados en la tercera etapa.....	29
--	----

Resumen

El consumo de sustancias a nivel mundial se ha desarrollado a través de la historia de la humanidad, sin embargo, debido a la inmadurez psicológica y neurobiológica, los adolescentes son mucho más sensibles a los efectos de las sustancias psicoactivas, que conllevan a consecuencias graves a corto, mediano y largo plazo.

Además, la conceptualización de la problemática del consumo de drogas se ha realizado desde un punto de vista lineal, es decir, se visualiza como resultado directo o indirecto de ciertas particularidades o características propias del sujeto, su familia o el contexto social, dejando de lado las complejas interrelaciones que se dan a nivel de múltiples sistemas de los cuales forma parte el sujeto recibiendo su influencia, pero al mismo tiempo influyendo en ellos

Cuando a la problemática del consumo de sustancias se le suman elementos legales, la intervención se vuelve aún más específica. En Costa Rica, la cantidad de infracciones a la Ley de Justicia Penal Juvenil han venido en aumento y de los delitos cometidos por menores de edad se evidencia una relación con el tema de psicotrópicos.

El presente trabajo, tuvo como objetivo el realizar una revisión sistemática sobre los aspectos que caracterizan los tratamientos psicológicos efectivos en la reducción del consumo de drogas en adolescentes infractores de la ley

En cuanto a la estrategia metodológica se planteó realizar una revisión sistemática. Las revisiones sistemáticas consisten en una investigación científica objetiva y metódica donde se sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias sobre una temática y población en específico, donde se utilizan diferentes estrategias para así reducir sesgos y errores de azar.

La población total de este estudio contempla todos los posibles artículos de investigación relacionados con distintos tratamientos focalizados en reducir el consumo de drogas en adolescentes que han infringido la ley.

A través de cinco etapas metodológicas se extraen un total de 8 artículos científicos de diferentes bases de datos que cuentan con los criterios de inclusión establecidos a priori.

Los tratamientos que demostraron eficacia, en la reducción del consumo de drogas en esta población, toman en cuenta el componente familiar incorporando a los miembros como sujetos activos dentro de la terapia. Siendo la Terapia Familiar Multidimensional, la Terapia Multisistémica y la Terapia Breve Estratégica Familiar las que mayores resultados obtuvieron. Sin embargo, no es posible concluir debido a la cantidad de artículos cuál de ellas tiene mayor impacto con relación a las otras. Algunas de las sesiones fueron en el consultorio y otras más en el propio hogar.

Por otro lado, los estudios que lograron mayor eficacia muestran similitud en que durante las primeras sesiones buscan establecer y fortalecer la alianza terapéutica no solo con el adolescente sino con sus familias. En cuanto mejor sea la relación terapéutica, mayores serán los beneficios esperables en el tratamiento.

Además, las investigaciones plantearon que el consumo de sustancias y conductas delictivas no son solo un reflejo de las dificultades irresueltas de la familia, sino que son a su vez un reflejo del macrosistema social, cultural, histórico, político, económico en el que se desenvuelve. Por lo que, otro de los elementos que caracterizaron las intervenciones exitosas fue el hecho de centrar la mirada terapéutica a los contextos, dimensiones o sistemas en los que está involucrado el (la) adolescente.

De igual forma, otro elemento en que coinciden varias de las investigaciones es en la incorporación de una fase post tratamiento con el fin de valorar el mantenimiento de los cambios y mejoras obtenidas a lo largo del proceso terapéutico.

Para finalizar se plantea una propuesta para la creación de un centro especializado para la atención a menores de edad con problemas de consumo de sustancias y que presente una medida judicial. El centro es de carácter ambulatorio, anclado a la comunidad, interdisciplinar, interinstitucional y donde se desarrollen estrategias y tratamientos basados en la evidencia cuyos roles y competencias de parte del profesional en psicología son específicas.

CAPITULO I: Introducción

1.1. Introducción

La adolescencia es un periodo de la vida donde se viven muchos cambios de manera muy rápida y que los recursos personales, así como la red de apoyo y el contexto juegan un papel fundamental en el desarrollo óptimo del individuo. Sin embargo, existen elementos de la historia y del contexto de muchos adolescentes que propician el desarrollo de conductas de riesgo, como el consumo de sustancia psicoactivas tanto legales como ilegales.

El consumo de sustancias a nivel mundial se ha desarrollado a través de la historia de la humanidad, sin embargo, debido a la inmadurez psicológica y neurobiológica, los adolescentes son mucho más sensibles a los efectos de las sustancias psicoactivas, que conllevan a consecuencias graves a corto, mediano y largo plazo (Volkow, Morales, 2015; Weinberg, Rahdert, Colliver, Glantz, 1998; Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Bes, 2000).

En esta problemática confluyen factores de riesgo individuales (como impulsividad y/o agresión antisocial), familiares (como uso de drogas por padres o hermanos) y culturales o sociales (como una alta disponibilidad de drogas y alcohol y falta de normativas). Es decir, el rol de la familia, del grupo de pares, de la sociedad en general, de los medios de comunicación, etc., cada uno influye en menor o mayor medida en que los adolescentes inicien y perpetúen el uso de las drogas.

A nivel nacional, el alcohol es la droga más consumida por los adolescentes, seguida por la marihuana y en tercer lugar el tabaco. (Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, 2015). Según este estudio, más de la mitad de los adolescentes en secundaria han ingerido alcohol alguna vez en la vida. Lo anterior es preocupante ya que es un producto que legalmente no debería ser consumido por personas menores de edad, pero también porque la ingesta de bebidas alcohólicas conlleva a problemas individuales y sociales. Por otro lado, en la población menor de edad costarricense ha habido un ligero aumento en el consumo de cocaína, éxtasis, plantas alucinógenas, ketamina, heroína, “chino” y “bazuco”, en comparación la encuesta del 2012. Aunque porcentualmente este consumo todavía se considera muy bajo. (Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, 2015)

Además, la conceptualización de la problemática del consumo de drogas se ha realizado desde un punto de vista lineal, es decir, se visualiza como resultado directo o indirecto de ciertas particularidades o características propias del sujeto, su familia o el contexto social, dejando de lado las complejas interrelaciones que se dan a nivel de múltiples sistemas de los cuales forma parte el sujeto recibiendo su influencia, pero al mismo tiempo influyendo en ellos.

Dentro del contexto social, donde la problemática del consumo opera, existen ciertas normas y lineamientos que todos como individuos estamos en la obligación de seguir, sin embargo, cuando una conducta traspasa esas normas, las medidas judiciales son interpuestas. En Costa Rica, la cantidad de infracciones a la Ley de Justicia Penal Juvenil han venido en aumento y de los delitos cometidos por menores de edad, se evidencia una relación con tema de psicotrópicos. El más reciente diagnóstico del Sistema Penal Juvenil (2012), reveló que, del total de 15259 delitos, los tipos más representativas son: tenencia de drogas (25,77%), robo simple (16,66%), infracción a la ley de psicotrópicos (6,31%), seguidos por agresión y sustracción de menor. Así mismo, señala que menos un 80% de la población de jóvenes que ha ingresado al Centro de Formación Juvenil Zurquí presenta problemas de drogas, y de los menores de edad con una sanción alternativa se estima que un 30% lo tienen.

Evidencia de esto es la alta demanda que tienen los programas que maneja el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) así como el Programa Nuevos Horizontes del Hospital Nacional Psiquiátrico, cuya capacidad instalada hace que los adolescentes deban permanecer en el Servicio de Observación hasta que se desocupe una cama contradiciendo lo que la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia Costa Rica 2009-2021, que establece “el Estado desarrollará acciones interinstitucionales que aseguren la provisión y el acceso a las diferentes modalidades de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social a la población afectada por el consumo de drogas, para que se recuperen y estimulen la definición de su proyecto de vida.” (p.76).

Estas estadísticas reflejan la necesidad, que los profesionales en general, de capacitarse y adoptar estrategias para un abordaje integral. El desarrollar planes terapéuticos en función de la familia, y ya no solo alrededor del paciente, no solo lograrían reducir el fracaso terapéutico, las recaídas tempranas sino aumentar el compromiso terapéutico tanto

del paciente como su familiar, disminuyendo las conductas delictivas y favoreciendo el funcionamiento personal, familiar y social.

Además, se evidencia la necesidad de generar alternativas de intervención que sean de forma integral y que involucre de forma articulada las diferentes instituciones del estado, así como las organizaciones no gubernamentales y la empresa privada.

Dado la urgencia de la temática, el presente trabajo, tiene como objetivo el realizar una revisión sistemática sobre los aspectos que caracterizan a los tratamientos psicológicos efectivos en la reducción del consumo de drogas en adolescentes infractores de la ley. A partir del análisis de los hallazgos obtenidos se plantean los principales elementos a considerar para la creación de un centro especializado de atención integral para esta población en particular.

CAPÍTULO II: Marco Teórico

2. Marco Teórico

2.1. Caracterización de la Adolescencia

La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud es el periodo comprendido después de la niñez y antes de la adultez y que va de los 10 a los 19 años de edad. Además, como señala Krauskoff (2014) “entendemos la adolescencia como el periodo crucial del curso vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para si las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un sentido de vida propio” (p. 10). Durante esta etapa, los cambios que viven los y las adolescentes se viven multidireccionalmente, no solo hay cambios a nivel biológico, sino también a nivel cognitivo, emocional y social.

Por otro lado, al ser un periodo largo con muchos cambios intrínsecos, la adolescencia se puede dividir en tres etapas o estadios, la adolescencia temprana, la media y la tardía. La adolescencia temprana (entre los 10 a los 13 años) está caracterizado por el rápido crecimiento físico con la aparición de los caracteres secundarios que conlleva a una gran preocupación e inestabilidad que van a repercutir en el autoconcepto y autoestima, lo que muchas veces los lleva a un mayor aislamiento social (Papalia, 2010; Casas et al, 2005).

En la adolescencia media (entre los 13 a los 16 años) los cambios que se producen son más lentos, casi se ha alcanzado la talla adulta, la necesidad de pertenecer a un grupo de pares se vuelve necesaria y esto hace que muchas veces prefieran pertenecer a un grupo, aunque éste realice conductas de riesgo a estar aislado. Por otro lado, las relaciones con el sexo opuesto se intensifican y las primeras experiencias sexuales se incrementan. A nivel cognitivo la corteza prefrontal aun no desarrollada hace que se genere una sensación de omnipotencia y de pensamiento mágico donde no toman en cuenta los riesgos y peligros de las actividades les van a ocurrir a ellos, esto hace que se faciliten los comportamientos de riesgo que conlleva a la morbilidad (consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo, conducción temeraria, etc.) (Papalia, 2010; Casas Rivero, et al, 2005; Krauskoff, 2014).

Por último, la adolescencia tardía (entre los 16 y los 19 años) está caracterizada por una estabilidad en ese crecimiento y el desarrollo completo del pensamiento abstracto lo que les permite orientarse al futuro y ser capaces de actuar según las implicaciones de sus actos. La preocupación por incorporarse al mundo adulto hace que se cuestionen y planteen un proyecto de vida para así participar productivamente en sociedad. Pertenecer a un grupo deja de ser tan importante y se centran en privilegiar relaciones más estables y de amistad (Papalia, 2010; Casas Rivero, et al, 2005; Krauskoff, 2014).

2.1.1. Factores Protectores y de Riesgo durante la adolescencia

2.1.1.1 Factores Protectores durante la adolescencia

Los factores protectores son aquellos que constituyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o afectación en alguna área de la salud. Entre los factores protectores en la adolescencia contra el consumo de drogas están: “relación emocional estable al menos con un padre u otro adulto significativo; redes sociales existentes tanto dentro como fuera de la familia; clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas y valores claros; modelos sociales que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas; equilibrio entre responsabilidades sociales y expectativas de lograr una meta (rendimiento escolar); competencias cognitivas (destrezas de comunicación, empatía); características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, capacidad de reflexionar y controlar impulsos, habilidades para comunicarse); experiencias de auto eficacia, confianza en sí mismo y auto concepto positivo; actitud proactiva frente a situaciones estresantes; y, experiencia de sentido y significado de la propia vida” (Cid-Monckton y Pedrao, 2011, p.741). Además de la incorporación del adolescente en actividades deportivas, artísticas y hasta religiosas.

Es por esta razón que entre mayor sea el énfasis a nivel preventivo en los factores de protección menor será la probabilidad que los adolescentes presenten comportamientos inadecuados asociados al abuso y dependencia de sustancias. Muchos de los tratamientos que se mencionarán posteriormente hacen énfasis en el aumento de dichos elementos.

2.1.1.2 Factores de Riesgo durante la adolescencia

Según Haquin et al (2004), los factores de riesgo para un deterioro en la salud mental durante la adolescencia son la “falta de destrezas sociales y pertenencia al grupo, bajo auto concepto/autoestima y situación familiar irregular” (p.431) y los factores de riesgo de la ideación y el intento suicida son la “falta de expectativas a futuro, conductas de riesgo social, conductas de riesgo asociada al consumo de alcohol y drogas, bajo auto concepto/autoestima, situación familiar irregular y presencia de maltrato (físico y psicológico) (p.432).

Sin embargo, cuando se habla de consumo de drogas se deben tomar en cuenta los factores de riesgo a los que están expuestas las personas; la presencia de estos factores incrementa la vulnerabilidad del joven, así como las posibilidades de ceder ante las presiones de la sociedad. Algunos de los problemas que enfrentan los adolescentes son problemas familiares, antecedentes heredofamiliares, falta de espacios de esparcimiento, presencia de pares que consumen drogas, exclusión escolar, situaciones traumagénicas vividas en la niñez y en la adolescencia (violencia intrafamiliar, abuso sexual, accidentes, muertes súbitas de familiares, etc.). Además, otros factores de riesgo son las dificultades económicas, así como la presencia de trastornos afectivos o del comportamiento o ansiosos, siempre y cuando éstos no estén debidamente compensados (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2010).

2.2 Consumo de drogas

2.2.1. Caracterización de los efectos de las dos principales drogas

De acuerdo la IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria publicada por el IAFA en el 2015, las drogas más comúnmente probadas y utilizadas de forma recurrente por los adolescentes corresponden al alcohol y la marihuana (IAFA, 2015)

Ambas sustancias tienen un potencial de abuso y dependencia. El mecanismo de acción por el cual esto ocurre involucra a varias áreas cerebrales cuyo funcionamiento se modifica y moldea de forma progresiva en ocasiones de formas irreversibles (he ahí las

razones por las cuales las recaídas son tan frecuentes en la enfermedad por consumo de sustancias).

A grandes rasgos, cuando estas sustancias se consumen, activan el sistema de recompensa del cerebro, provocando una gran liberación de dopamina a nivel del núcleo accumbens y la activación de receptores de dopamina D1. La exposición continúa provoca posteriormente cambios a nivel de la corteza prefrontal, generando una respuesta condicionada para buscar la sustancia y producir la sensación placentera que la misma genera. En algún momento, ocurre una regulación a la baja de receptores de dopamina, lo cual induce a la persona con adicción a requerir una mayor dosis o drogas “más fuertes” con el fin de obtener el mismo efecto. Las conductas de búsqueda (relacionadas con neuroplasticidad) facilitan las recaídas las cuales suelen llegar hasta un 50% o más (Volkow, Morales, 2015).

En adolescentes, ciertos genotipos y fenotipos pueden permitir que con mayor facilidad ocurra esta transición del uso a la dependencia (ej., aquellos con historia de trastornos mentales desde la niñez y que pueden presentar una neurofisiología distinta al de otros jóvenes sanos tales como los trastornos depresivos y ansiosos) (Clark, 2004).

Cabe entonces revisar cuáles son, según la Organización Mundial de la Salud (con la Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE 10) y según la Asociación Americana de Psiquiatría (en el DSM-V, en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), los criterios para definir que una persona presente un trastorno relacionado con el consumo de sustancias (*Tabla 1 y 2*). Se hace la acotación de que, debido a la naturaleza de este trabajo, no se ahondarán en los criterios de otros trastornos mentales inducidos por sustancias tales como psicosis.

Tabla 1

Criterios diagnósticos según el CIE-10

<i>Categoría</i>	<i>Criterios</i>
Consumo perjudicial (también, abuso de sustancias psicoactivas)	<p>Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud.</p> <p>El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral) o mental (por ejemplo, episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol).</p> <ul style="list-style-type: none">A. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.B. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificada).C. La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de doce meses.D. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo período de tiempo (excepto para la intoxicación aguda)
Síndrome de dependencia	<p>Un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir la droga; dificultades para controlar el consumo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física.</p> <ul style="list-style-type: none">A. Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses:<ul style="list-style-type: none">1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.

Tabla 1***Criterios diagnósticos según el CIE-10***

<i>Categoría</i>	<i>Criterios</i>
Síndrome de dependencia (continuación)	<ol style="list-style-type: none">3. Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.5. Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1992.

Tabla 2***Criterios Diagnósticos según DSM-V para el Trastorno por consumo de sustancias***

A. Un modelo problemático de consumo de la sustancia que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia psicoactiva.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia psicoactiva, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia psicoactiva.
 5. Consumo recurrente de la sustancia psicoactiva que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado de la sustancia psicoactiva a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia psicoactiva.
-

Tabla 2***Criterios Diagnósticos según DSM-V para el Trastorno por consumo de sustancias***

7. El consumo de la sustancia psicoactiva provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de la sustancia psicoactiva en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de la sustancia psicoactiva a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia psicoactiva.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia psicoactiva para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia psicoactiva.
 11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia psicoactiva
 - b. Se consume alguna sustancia similar para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
-

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

2.2.2. Consecuencias a nivel integral del consumo de drogas

Como se puede observar, para hablar de un trastorno por consumo de sustancias, más que el uso como tal, debe existir una disfunción en una o varias áreas de la vida asociada a dicho consumo. En adolescentes, las consecuencias suelen ser variadas y afectan casi todas las dimensiones de su existencia:

- El consumo de drogas puede asociarse al inicio de otras conductas de riesgo tales como inicio de una vida sexual activa a edades más temprana, contagio de enfermedades de transmisión sexual, embarazo y mayor exposición a sufrir (y cometer) un abuso sexual (Clark, 2004; Weinberg et al, 1998).
- También puede ocurrir el inicio o empeoramiento de condiciones comórbidas tales como trastornos afectivos, ansiosos, de conductas, déficit atencional y comportamientos autolesivos, entre otros. De hecho, los adolescentes que consumen sustancias utilizan un 18-55% más de antidepresivos a lo largo de los estudios que aquellos que no consumen. Por sí solo, el consumo de drogas es un factor de riesgo para suicidio en la población (Clark, 2004; Weinberg et al, 1998).

- A nivel académico suele haber disminución del rendimiento escolar, menor participación en actividades extracurriculares y en general peor desempeño, deserción y menores oportunidades para continuar estudiando. (Clark, 2004; Weinberg et al, 1998).
- A largo plazo, el consumo de sustancias como alcohol y marihuana se asocian con un pobre desarrollo neurocognitivo, afectando múltiples dominios tales como memoria, habilidades visoespaciales, lenguaje, atención y resolución de problemas (Clark, 2004).
- Puede observarse mayor asociación con actos delictivos, accidentes de tránsito, y general situaciones que puedan terminar generando una privación de su libertad (Clark, 2004; Weinberg et al, 1998).
- A nivel familiar la situación es compleja. Por un lado, se ha observado que existen adolescentes quienes viven y presencian violencia dentro de sus hogares por lo cual el consumo se vuelve otro factor que perpetúa estas agresiones. En otros casos, el consumo conlleva a conflictos dentro del holón parental y entre los padres y los hijos, generando discusiones, desconfianza, distanciamiento afectivo (Kilpatrick et al, 2000).

2.2.3 Principales abordajes para el manejo de las adicciones

2.2.3.1. Prevención en atención primaria y sistemas educativos

Una vez que existe un trastorno por consumo de sustancias, el pronóstico se oscurece un poco debido a que siempre existirá el riesgo de una recaída. Es por ello que se deben seguir enfatizando las estrategias para la prevención de su uso en todas las poblaciones.

Estudios han demostrado que educar acerca de los potenciales peligros del consumo de drogas a los jóvenes desde que se encuentran en la escuela (desde primer y segundo grado continuando con dicha educación cuando están en el colegio) sí logra cambiar la actitud que estos van a tener con respecto al probar y continuar utilizando sustancias. El uso de materiales audiovisuales y el aprendizaje social tienen un impacto positivo en ellos (Espada et al, 2015) (Kellam et al, 2014).

Los programas que involucran además a las familias presentan un impacto positivo en la disminución de las tasas de consumo (Van Rysin et al, 2016).

Los profesores que tienen contacto por más tiempo con los adolescentes pueden ser vigilantes de conductas o cambios de comportamiento sospechosos, reportarlos y velar porque se le de algún seguimiento.

Por otra parte, en atención primaria en salud, se debe continuar tamizando a todos los jóvenes (aún a aquellos que no impresionen a primera vista estar en riesgo de estar consumiendo sustancias). Existe algunas herramientas de tamizaje que pueden aplicarse en este nivel (varias validadas para población hispana), por ejemplo:

- AUDIT, en español “Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol” que consta de 10 preguntas rápidas. (Babor et al, 2001; Boubeta et al, 2017)
- CRAFFT: consiste en 10 preguntas divididas en dos partes y que pueden pasarse brevemente (Rial et al, 2017)

2.2.3.1. Entrevista motivacional

La terapia de mejoramiento motivacional se basa en la llamada entrevista motivacional la cual es una “intervención directiva, con un estilo centrado en el paciente, para suscitar el cambio de comportamiento, al ayudarlo a explorar y resolver la ambivalencia que le genera su problema” (Torres, 2010, pp173). Incluye una sesión inicial en la cual se valora la motivación que tiene el adolescente para participar de alguna forma de tratamiento seguido de 1-3 sesiones en las cuales se busca desarrollar en conjunto el deseo de recibir ayuda (todo bajo un sistema de retroalimentación no confrontativa). De forma directiva pero no empática se intentan evocar frases o declaraciones auto motivacionales (NIH, 2014; Winters, 2014)

Esto no constituye una forma de tratamiento por sí mismo, pero facilita el continuar con otros modelos terapéuticos tales como la terapia cognitivo conductual, la terapia de

facilitación de 12 pasos, la terapia breve estratégica y la terapia familiar sistémica (NIH, 2014).

2.2.3.3. Aproximación de Abordaje comunitario para adolescentes (A-CRA)

A-CRA (en inglés “Adolescent Community Reinforcement Approach”) es un tipo de intervención que busca ayudar a los adolescentes a alcanzar y mantenerse en abstinencia de drogas al reemplazar las influencias que refuerzan el consumo con reforzadores familiares, sociales, educativos y vocacionales. Existen 17 procedimientos en el A-CRA que involucran resolución de problemas, afrontamiento, habilidades de comunicación y motivación para una participación activa en actividades recreacionales y constructivas sociales (NIH, 2014; Winters, 2014). Hay evidencia de que este tipo de abordaje aumenta el número de días de abstinencia y la recuperación durante al menos los primeros doce meses del tratamiento (Dennis et al, 2002).

2.2.3.4. Modelo de reducción del daño

Este modelo ha sido controversial por el dilema ético que representa. Brevemente, la reducción de daños hace alusión a la creación de políticas, programas y prácticas cuyo objetivo es reducir las consecuencias sociales, económicas y en salud relacionadas al uso de sustancias psicoactivas sin necesariamente reducir el consumo. Se ha planteado este abordaje debido al creciente número de personas que no desean cesar del todo el consumo o que tienen grandes dificultades para dejar el uso de sustancias. Involucra estrategias para disminuir los riesgos de sobredosis, buscar espacios menos peligrosos para consumir, uso más controlado de sustancias (ej. el no compartir agujas) y mantener a los jóvenes dentro del sistema educativo. (IAFA, 2017; Winters, 2014)

2.2.3.5. Terapia Multidimensional

La Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) fue diseñada específicamente para adolescentes con consumo de drogas. Plantea que los problemas de conducta de jóvenes son producto de interacciones familiares y que en la medida que se generen cambios en las dinámicas familiares el comportamiento mejorará. Además, el trabajo está basado en incorporar a la familia y enfocarse en áreas de interés y significado para ellos. Por otro lado, la MDFT toma mucho en cuenta la alianza terapéutica para el éxito del proceso terapéutico.

También se realizan controles de laboratorios periódicos para verificar la abstinencia a las drogas.

Las áreas de trabajo que se contemplan dentro de la MDFT son, según Redondo (2017):

- ❖ Funcionamiento interpersonal y personal del adolescente
- ❖ Funcionamiento interpersonal y personal de los padres de familia
- ❖ Interacciones paterno-filial
- ❖ Interacciones de la familia con el contexto externo (barrio, escuela, sociedad en general)

2.3. Aspectos principales de la Ley de Justicia Penal Juvenil de Costa Rica (N.7576)

A nivel nacional, la Ley de Justicia Penal Juvenil fue creada el 1 de mayo de 1996. Esta legislación en su artículo 1 establece que “Serán sujetos de esta ley todas las personas que tengan una edad comprendida entre los doce años y menos de dieciocho años al momento de la comisión de un hecho tipificado como delito o contravención en el Código Penal o leyes especiales”. Por lo que todo adolescente que infrinja una ley deberá asumir la responsabilidad de sus actos y serán sometidos a una sanción en específico.

Por lo que en este trabajo de investigación se hará referencia a adolescentes infractores o menores infractores de la ley para hablar sobre este tipo de población en particular, es decir que cuenten con alguna medida dictada por un juez de la república costarricense.

Los órganos encargados de impartir justicia son el Juzgado Penal Juvenil, el Tribunal Juvenil, y el Tribunal Superior Juvenil. Y participan del proceso las personas menores de edad, los padres, madres o encargados, el ofendido(a), defensores(as), el Ministerio Público, la Policía Judicial Juvenil (órgano especializado del Organismo de Investigación Judicial) y el Patronato Nacional de la Infancia.

Existen diferencias respecto a la ley penal dirigida a población adulta, principalmente, en el hecho que el uso de las sanciones es de carácter educativo y que se rigen por una serie de derechos procesales propios de la presente ley tales como:

- La protección a la intimidad
- La necesidad de una justicia penal especializada
- Investigación sobre el medio social
- La participación de la familia o encargados del menor
- Resolución de las sentencias de forma pronta
- Prisión preventiva como último recurso y debe durar el menor tiempo posible.

Respecto a las sanciones que se establecen en la Ley de Justicia Pena Juvenil éstas se dividen tres tipos que se resumen a continuación en la *Tabla 3*

Tabla 3
Sanciones de la Ley de Justicia Penal Juvenil

Sanciones Educativas		Sanciones privativas de libertad
<i>Sanciones socio educativas</i>	<i>Ordenes de Orientación y Supervisión</i>	
1.- Amonestación y advertencia.	1.- Instalarse en un lugar de residencia determinado o cambiarse de él.	1.- Internamiento domiciliario.
2.- Libertad asistida.	2.- Abandonar el trato con determinadas personas.	2.- Internamiento durante tiempo libre.
3.- Prestación de servicios a la comunidad.	3.- Eliminar la visita a bares y discotecas o centros de diversión determinados.	3.- Internamiento en centros especializados (PME 12 a 15 años de edad el máximo será por 10 años y PME de 15 a 18 años de edad será de máximo 15 de internamiento)
4.- Reparación de los daños a la víctima.	4.- Matricularse en un centro de educación formal o en otro cuyo objetivo sea enseñarle alguna profesión u oficio.	
	5.- Adquirir trabajo.	
	6.- Abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas, sustancias alucinógenas, enervantes, estupefacientes o tóxicos que produzcan adicción o hábito.	

7.- Ordenar el internamiento del menor de edad o el tratamiento ambulatorio en un centro de salud, público o privado, para desintoxicarlo o eliminar su adicción a las drogas antes mencionadas.

Fuente: Elaboración propia en base al Capítulo IV de la Ley Penal Juvenil, 2018

Finalmente, para determinar la sanción, se debe de tomar en cuenta en primer lugar la vida de la persona menor de edad antes que la conducta realizada, además se debe comprobar que evidentemente ésta haya participado de la conducta delictiva, también se debe valorar la capacidad del menor para cumplir con la sanción, qué tan proporcional es la misma y los esfuerzos por reparar los daños por parte del adolescente (Ley de Justicia Penal Juvenil,1996).

CAPÍTULO III: Problema y Objetivos

3.1 Pregunta de investigación

Formulación del problema de investigación por medio de preguntas PICO:

P	Adolescentes (entre los 12 y 18 años) infractores de la ley con problemas de consumo de drogas
I	Tratamientos o intervenciones psicológicas efectivas en consumo de drogas
C	Ninguna intervención aplicada
O	Disminución del consumo de drogas en general

Figura 1: Formulación preguntas PICO, elaboración propia.

En la población adolescente que ha infringido la ley ¿Cuáles son los aspectos que caracterizan a los tratamientos psicológicos efectivos para reducir el consumo de drogas en esta población?

3.2 Objetivo general

Realizar una revisión sistemática sobre los aspectos que caracterizan a los tratamientos psicológicos efectivos en la reducción del consumo de drogas en adolescentes infractores de la ley

3.3. Objetivos específicos

3.3.1. Revisar literatura científica nacional e internacional sobre la temática.

3.3.2. Comparar las investigaciones que cumplan con evidencia sobre la efectividad de tratamientos.

3.3.3. Analizar las fortalezas de los tratamientos descritos como efectivos para el consumo de drogas en adolescentes infractores de la ley.

CAPÍTULO IV: Metodología

4.1 Estrategia metodológica

Para esta investigación se plantea realizar una estrategia metodológica conocida como revisión sistemática. Esta metodología, como señala Urra y Barría (2010), es una “revisión de la literatura de interés para la práctica, realizando la búsqueda y extracción de lo más relevante acorde a criterios que han sido evaluados y respetados por otros” (p.2). Las revisiones sistemáticas consisten en una investigación científica objetiva y metódica donde se sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias sobre una temática y población en específico, donde se utilizan diferentes estrategias para así reducir sesgos y errores de azar. Esta metodología busca responder una pregunta de investigación que el investigador predefine antes del estudio.

Sin embargo, para poder sistematizar grandes volúmenes de información es necesario definir una adecuada pregunta de investigación. La mnemotecnía PICO, utilizada en esta revisión sistemática, ayuda al investigador a estructurar los componentes esenciales de la misma que son: población o problema de interés, intervención principal a considerar, comparación de las intervenciones (si es de interés) y los efectos o resultados que interesa valorar (Rubio, 2013; Beltrán, 2005)

4.2. Población y muestra

La población total de este estudio contempla todos los posibles artículos de investigación relacionados con distintos tratamientos focalizados en reducir el consumo de drogas en adolescentes que han infringido la ley, que estuvieran incluidos en las siguientes bases de datos:

- ❖ Annual Reviews,
- ❖ Pubmed
- ❖ Sage Premier,
- ❖ Science Direct,
- ❖ Scielo,
- ❖ Springer
- ❖ The Cochrane Controlled Trials Register

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se utilizaron como criterios de **inclusión** los siguientes:

- ❖ Artículos científicos, revisiones sistemáticas o meta-análisis.
- ❖ Estudios controlados y aleatorizados
- ❖ Publicados entre el 2007 y 2017.
- ❖ Que sean escritos en idioma español o inglés.
- ❖ Estudios de tipo cualitativo o cuantitativo con acceso a texto completo.
- ❖ Temática relacionada a los tratamientos enfocados a la reducción del consumo de drogas en adolescentes entre los 12 y los 18 años, que sean infractores de la ley.

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de **exclusión**:

- ❖ Artículos no científicos o material divulgado en otras fuentes de información como libros, capítulos de libros o conferencias, aunque la fecha de publicación cumpla con los rangos establecidos.
- ❖ Artículos científicos, revisiones sistemáticas o meta-análisis que no sean de acceso completo.
- ❖ Artículos científicos, revisiones sistemáticas o meta-análisis que hayan sido publicados antes del 2007
- ❖ Artículos científicos, revisiones sistemáticas o meta-análisis no indexadas, en proceso de revisión o propuestas de intervención que todavía no se hayan llevado a cabo.
- ❖ Estudios que no trabajen directamente con adolescentes
- ❖ Trabajos que no tengan como objetivo reducir el consumo de drogas en adolescentes infractores de la ley.

4.4 Procedimientos para la sistematización y análisis de resultados

En el presente trabajo se planteó realizar la búsqueda de información utilizando ocho distintas bases de datos científicas: Annual Reviews, Pubmed, Sage Premier, Science Direct, Scielo, Springer, The Cochrane Controlled Trials Register.

Para las búsquedas se utilizaron las siguientes palabras claves para artículos en español: Drogas, adolescentes, medidas judiciales, menores infractores, menores ofensores, tratamiento, intervención, RCT (siglas en inglés para random control trials), meta-análisis. Además, para las búsquedas en idioma inglés se utilizaron estas palabras clave: Drugs, adolescents, teenagers, judicial measures, juvenile offenders, juvenile delinquency, treatment, intervention, RCT (random control trials), meta-analysis.

La búsqueda se realizó durante los meses de mayo y julio del año 2018. Constó de tres etapas para poder definir los artículos, revisiones sistemáticas y meta-análisis que cumplieran con todos los criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se describen las etapas que se siguieron:

1. *Primera etapa:* Consistió en utilizar diferentes combinaciones de las palabras claves en las ocho bases de datos. Luego se descartaron aquellos estudios que estaban repetidos, para que a los restantes se le aplicaron los criterios de inclusión.
2. *Segunda Etapa:* Esta etapa consistió en leer todos los títulos de los artículos restantes y descartar todos aquellos que no estuvieran relacionados de manera directa al trabajo con adolescentes.
3. *Tercera etapa:* Lectura de los resúmenes de los artículos restantes y descartar aquellos que no se relacionaron con tratamientos o intervenciones psicológicas enfocados en la reducción o disminución del consumo de drogas, o que fueran propuestas de intervenciones aun sin ejecutar.
4. *Cuarta etapa:* Los artículos obtenidos, luego de los diferentes filtros, se presentan una serie de tablas donde se resumen los principales componentes de este (*Tabla 4, 5 y 6*).
5. *Quinta etapa:* Se analizaron e integraron los resultados según los objetivos específicos de la presente revisión sistemática (Objetivos 3.3.2 y 3.3.3)

Tabla 4

Plantilla para presentación de artículos seleccionados

Nombre del artículo	Autores	Año

Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla 5

Plantilla para la presentación de los principales componentes de los artículos.

Autores/año	Cantidad de estudios/ Tipo de intervención/ Número de sesiones	Tratamiento /Intervención	Palabras claves utilizadas	Resultados

Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla 6

Principales características del tratamiento

Autores	Características del tratamiento implementado

Fuente: Elaboración propia, 2018

CAPÍTULO V: Resultados

Resultados.

5.1. Descripción general de resultados obtenidos

A continuación, se describen los resultados obtenidos de la metodología planteada. En la primera etapa de búsqueda se obtiene una población de artículos total de 2114. Luego de aplicar los criterios de exclusión (año, palabras claves) para la primera etapa se extraen un total de 101 artículos preseleccionados, de los cuales 14 eran repetidos. En la *Tabla 7* se sistematizan por base de datos:

Tabla 7:
Artículos pre-seleccionados en la primera etapa según palabras clave utilizadas y base de datos

Base de datos	Palabras claves.	Número de artículos	Luego de aplicar Criterios de Inclusión	Cantidad de artículos repetidos que se eliminaron
PubMed	Drug and Juvenile offenders and RCT	1	1	0
	Droga and Juveniles ofender	365	6	1
	Droga- Juveniles delincuencia	952	25	6
	Drug- juvenile delinquency and treatment	430	0	28
Anual Review	Droga and Juvenile offenders	109	3	0
Science Direct	Drug and Juvenile offenders and RCT	46	22	
Scielo	Sustancias and adolescentes infractores	3	0	3
	Drogas and menores infractores	4	1	
Sage Premier	Drug and Juvenile offenders and RCT	86	17	1
Springer Link	Drug and Juvenile offenders and RCT	96	4	0
Cochrane	Drug and Juvenile offenders and RCT	22	8	3
	TOTAL	2114	87	14

Fuente: Elaboración Propia, 2018

En la *Tabla 7* se observa que los descriptores o palabras claves que obtuvieron mayor cantidad de artículos (N= 52) fue la combinación de “Drug” “Juvenile Offenders” y “RCT”. Esto demuestra como la comunidad científica ha ido denominando esta problemática con dichos descriptores.

Por otro lado, de los 87 artículos pre-seleccionados solo se obtuvo uno en español, a pesar que se aplicaron las mismas palabras claves en las demás bases de datos.

Tabla 8
Artículos pre-seleccionados en la primera etapa por base de datos

Base de Datos	Cantidad
Anual Reviews	3
Cochrane	11
Scielo	1
Springer Link	4
Science Direct	22
PubMed	32
Sage Premier	17
TOTAL	87

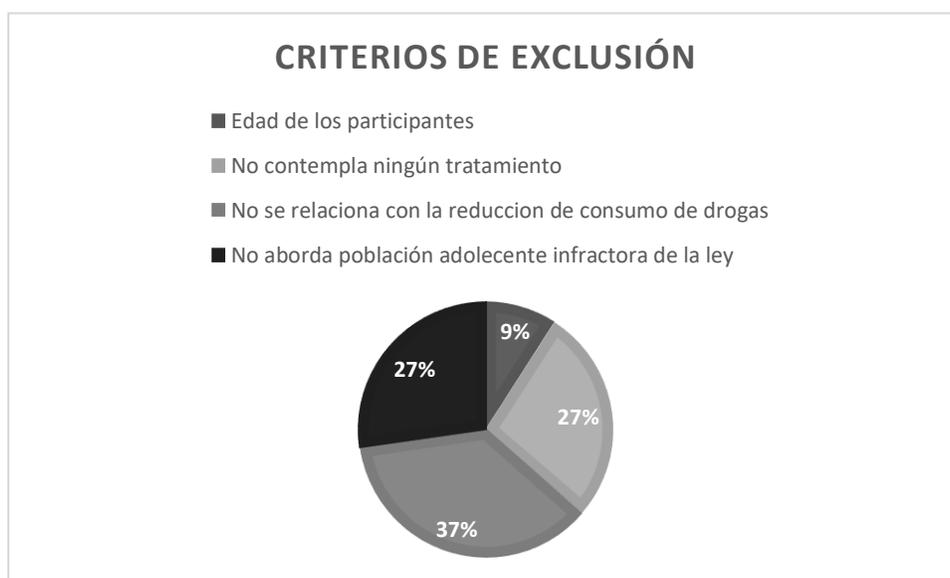
Fuente: Elaboración propia, 2018

En la *Tabla 8* se observa que base de datos con la que contaba con mayor cantidad de artículos fue PubMed (N=32, 36%) seguida de Science Direct (N=22, 24%). Scielo (N=1, 1%), una base de datos latinoamericana solo contaba con un artículo pre-seleccionado.

Posteriormente, se implementó la segunda etapa metodológica donde se eliminaron aquellos artículos que no estuvieran relacionados con el trabajo con adolescentes, de los cuales quedaron 19 artículos preseleccionados

Luego de leer los abstract o resúmenes de los artículos restantes se descartaron aquellos que no se relacionaron con tratamientos o intervenciones psicológicas enfocados en la reducción o disminución del consumo de drogas, o que fueran propuestas de intervenciones aun sin ejecutar.

Gráfico 1: *Criterios de exclusión aplicados en la tercera etapa*



Fuente: Elaboración propia, 2018

En el *Gráfico 1* se puede observar que dentro del principal criterio por las que finalmente se excluyeron los artículos, en la tercera etapa, se encuentra que el 37% de los artículos no tenían por objetivo la reducción de consumo de drogas; el 27% no cumplían con la edad establecida (12-17 años) ya que contemplaban a jóvenes hasta los 25 años de edad y el 27% de los artículos dentro de su muestra no contemplaban a adolescentes infractores de la ley. Por otro lado, el 9% de los artículos científicos no contemplaba la aplicación de ningún tratamiento por lo que se descartaron.

Finalmente, los artículos seleccionados para la revisión sistemática fueron ocho los cuales se desglosan en la *Tabla 9*. La misma hace referencia a cada uno de los estudios contemplados, señalando el autor o los autores, el año de publicación y el título del mismo.

Tabla 9

Artículos contemplados para la revisión sistemática

#	Título	Autor/Autores	Año
1	Enhancing the effectiveness of juvenile drug courts by integrating evidence-based practices	McCart, MR.; Cunningham, PB.; Chapman, JE.	2012
2	Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy- Detention to Community: a reintegration program for drug-using juvenile detainees	Liddle, HA.; Dakof, GA.; Henderson, C.; Rowe, C.	2011
3	Predicting nonresponse to juvenile drug court interventions	Halliday-Boykins, CA.; Schaeffer, CM.; Henggeler, SW.; Chapman, JE.; Cunningham, PB.; Randall, J.; Shapiro, SB.	2010
4	Predictive validity of an observer-rated adherence protocol for multisystemic therapy with juvenile drug offenders	Gillespie, ML.; Huey, SJ.; Cunningham, PB.	2017
5	A Family Intervention to Reduce Sexual Risk Behavior, Substance Use, and Delinquency Among Newly Homeless Youth	Milburn, N.; Iribarren, F.; Rice, E.; Lightfoot, M.; Solorio, R.; Rotheram-Borus, MJ.; Desmond, K.; Lee, A.; Alexander, K.; Maresca, K.; Eastmen, K.; Mayfield Arnold, E.; Duan, N.	2012

6	A Randomized Clinical Trial of Family Therapy in Juvenile Drug Court	Dakof, G.; Henderson, C.; Rowe, C.; Boustani, M.; Reenbaum, P.; Wang, W.; Hawes, S.; Linares, C.; Liddle, H.	2015
7	A Randomized Controlled Trial of a Group Motivational Interviewing Intervention for Adolescents with a First Time Alcohol or Drug Offense	Elizabeth J. D’Amico, E.; Hunter, S.; Miles, J.; Ewing,B.; Chan, K.	2013
8	Brief strategic family therapy™ for adolescent drug abusers: A multi-site effectiveness study	Robbinsa, M. Szapocznika, J.; Horigiana, V.; Feastera, D.; Puccinellia, M.; Jacobsb, P.; Burlew, K., Werstleind, R.; Bachrache, K.; Brighamf, G.	2009

Fuente: Elaboración propia, 2018

Una vez que se aplicaron todos los criterios de inclusión se destaca que los artículos anteriores provienen de dos bases de datos, Crochrane y PubMed en igual proporción, 1:1, tal y como se muestra en la *Tabla 10*

Tabla 10:
Artículos seleccionados según base de datos

#	Base de Datos	Cantidad
1-4	Crochrane	4
5-8	PubMed	4
	TOTAL	8

Fuente: Elaboración propia, 2018

Dentro de los criterios de inclusión, se planteaba la opción de incorporar estudios tanto en idioma inglés como en español, sin embargo, el 100% de los artículos seleccionados fueron en inglés ya que éstos cumplían con todos los criterios de inclusión establecidos.

Por otro lado, a pesar de que se estableció como periodo de inclusión entre el 2007 y 2017, dentro de la lista de artículos para esta revisión sistemática se tomaron en cuenta con artículos a partir de 2009, siendo en 2012 cuando más se publicaron estudios específicos a la temática presente.

Con respecto a los países donde se encontró mayor número de publicaciones respecto al tema de interés, sobresale que el 100% de los estudios se desarrollaron en Estados Unidos, específicamente en Carolina del Sur, Florida y California, tal como se muestra en la *Tabla 11*. En Costa Rica no se encontró ningún artículo que cumpliera con los criterios establecidos.

Tabla 11	
<i>Origen de los artículos seleccionados</i>	
Estado, país	%
California, EEUU	(30%)
Carolina del Sur, EEUU	(30%)
Florida, EEUU	(20%)

Fuente: Elaboración propia, 2018

5.2 Principales resultados de las investigaciones

A continuación, se describen los principales componentes de los ocho artículos resultantes de proceso de selección. Se detalla la muestra utilizada, así como el tipo de intervención el número de sesiones, el tratamiento implementada, las palabras claves utilizadas y los principales resultados obtenidos (*Tabla 12*).

Tabla 12**Descripción de los principales componentes de los artículos.**

Autores/año	Muestra/ Tipo de intervención/ Número de sesiones	Tratamiento /Intervención	Palabras claves utilizadas	Resultados
Henggeler, McCart, Cunningham, Chapman, 2012	N= 6 Comités Mixtos de Disciplina. 104 participantes. (83% hombres/ 17% mujeres) T= Grupos de adolescentes y Grupos familiares #S= 9 meses	Aplicación del Manejo de Contingencia (CM) en combinación con estrategias familiares de acoplamiento (CM-FAM)	Juvenile drug court; contingency management; substance abuse; adolescents	Los resultados sugieren que el uso de la CM-FAM es eficaz para reducir el consumo de marihuana y la incidencia en delitos contra las personas y contra la propiedad.
Liddle, Dakof, Henderson, Rowe, 2011	N= 154 jóvenes (82% hombres/18% mujeres) T= Grupales e Individuales #S= 9 meses	Terapia Familiar Multidimensional (MDFT)	Multidimensional Family Therapy– Detention to Community, implementation outcomes, juvenile detainees	La MDFT demostró una amplia inscripción al tratamiento y adherencia al mismo. Se logró visualizar una disminución de la delincuencia, y el uso de sustancias ilícitas.
Halliday-Boykins, Schaeffer, Henggeler, Chapman, Cunningham, Randall, Shapiro, 2010	N= 118 jóvenes (84% hombres/ 12% mujeres) T= Grupales e individuales #S= 18 meses	Terapia Multisistémica (MST) y la Contingencia de Gestión (CM)	Juvenile drug court; adolescent substance abuse; trajectory outcomes; treatment non-response	Los principales hallazgos indican que las técnicas de modelado estadístico riguroso identificaron dos grupos distintos de los jóvenes participantes. El primer grupo, que comprende 51% de la muestra, mostró una disminución sustancial en el uso de la marihuana de más de 12 meses y además lograron mantener sus bajas tasas de consumo de durante todo el seguimiento. En contraste, el segundo grupo compuesto por 49% de la muestra no tuvo resultados tan positivos y aunque en ocasiones

Tabla 12**Descripción de los principales componentes de los artículos.**

					daban negativo no lograban mantener a conducta.
Gillespie, Huey, Cunningham, 2017	N= 40 jóvenes (78% hombres/ 22% mujeres) T= Grupales e individuales #S= 12 meses	Terapia Multisistémica (MST) con los jóvenes y sus familias.	Multisystemic therapy; treatment adherence; independent raters; substance use		Gran adherencia a MST durante el primera mes de tratamiento predijo una disminución en la exteriorización de comportamiento en el post-reclutamiento y disminuciones en el consumo de alcohol entre los jóvenes a los 12 meses de seguimiento
Milburn, Iribarren, Rice, Lightfoot, Solorio, Rotheram Borus, Desmond, Lee, Alexander, Maresca, Eastmen, Mayfield Arnold, Duan, 2012	N= 68 jóvenes (15 hombres/ 53 mujeres) T= Grupales #S= 5 sesiones y 12 meses	Las familias fueron asignados aleatoriamente a una condición de intervención con cinco sesiones basadas en visitas semanales al hogar o una condición de control (atención estándar).	Delinquency; HIV; homelessness; intervention		Según los datos recabados durante el estudio, parte de los resultados señalan que las conductas sexuales de riesgo, el uso de alcohol, uso de drogas “duras” y el comportamiento transgresor disminuyó significativamente durante un periodo de más de 12 meses en la condición de intervención en comparación con la condición control. sin embargo, el uso de la marihuana, aumentó significativamente en la condición de intervención en comparación con la condición de control.
Dakof, Henderson, Rowe, Boustani, Reenbaum, Wang, Hawes, Linares, Liddle, 2015	N= 112 jóvenes (88% hombres/ 12% mujeres) T= Grupales e individuales #S= 24 meses	Tratamiento basado en la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) y la Terapia de Grupo Adolescente (AGT)	Family therapy; multidimensional family therapy; juvenile drug court; adolescents; delinquency		Parte de los resultados sugieren que la terapia familiar mejora los resultados de los tribunales de drogas juveniles más allá de lo que puede lograrse con un tratamiento que no incluya a la familia, especialmente con respecto a lo que es posiblemente el principal objetivo de los tribunales de drogas

Tabla 12**Descripción de los principales componentes de los artículos.**

				juveniles: reducción de la delincuencia y nuevas detenciones.
Elizabeth, D'Amico, Hunter, Miles, Ewing, Chan, 2013	N= 193 (67% hombres/ 33% mujeres) T= Grupales #S= 6 en 9 meses	Terapia de Entrevista Motivacional de Grupo (MI) dividido en dos sub grupos: MI Hablar Librementemente y un grupo de atención habitual.	Adolescents, therapy; juvenile drug court; delinquency	Según los datos arrojados por el estudio, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para el uso y consecuencias. También se logró visualizar una importante disminución en la delincuencia para ambos grupos.
Robbinsa, Szapocznika, Horigiana, Feastera, Puccinellia, Jacobsb, Burlewc, Werstleind, Bachrache, Brighamf, 2009	N= 480 jóvenes (377 hombres/103mujeres) T= Grupales e individuales #S= 12 a 16 sesiones	Terapia Breve Estratégica Familiar (BSFT) y Tratamiento Habitual (TAU)	BSFT™; Effectiveness trial; Adolescent; Drug abuse; Manualized	El análisis de resultados refuerza la hipótesis de que BSFT será significativamente más eficaz que el TAU para reducir el consumo de drogas en adolescentes. La familia será un elemento básico para el alcance de objetivos y la persistencia de conductas deseables.

Fuente: Elaboración propia, 2018

Seguidamente, se expondrán los principales hallazgos obtenidos en cada uno de los mismos, lo cual se encuentra resumido en la *Tabla 12*. Dichos datos serán integrados en los posteriores apartados, de acuerdo con cada uno de los objetivos que guiaron la investigación.

Henggeler et al (2012) realizaron un estudio que buscaba probar una estrategia relativamente eficiente para mejorar la capacidad de los tribunales de drogas juveniles (JDC) para reducir en los (as) jóvenes el consumo de sustancias y el comportamiento criminal, mediante la incorporación de componentes de los tratamientos basados en la evidencia en sus servicios existentes.

Los resultados señalaron que CM-FAM (Manejo de Contingencia-Familia) fue significativamente más eficaz en reducir el consumo de marihuana en los (as) participantes, estos datos se obtuvieron basados en los análisis de drogas en orina, y en la reducción de ambos delitos contra las personas y los delitos contra la propiedad que eran recurrentes para la población participante del estudio.

Concluyendo que el CM-FAM es una alternativa positiva para hacer frente a las necesidades de tratamiento clave de jóvenes que abusan de sustancias en el sistema de justicia juvenil.

Liddle et al (2011), llevaron a cabo un análisis de los resultados de implementación de Terapia Familiar Multidimensional-Detención de la Comunidad, con menores detenidos y que además presentaban problemas por consumo de drogas.

Dentro de sus principales conclusiones resalta el hecho de que aún en la actualidad el Sistema de Justicia Penal Juvenil con frecuencia ignora el papel fundamental de la familia en la resolución de la delincuencia y este proceso deja en evidencia que, si no se cuenta con el apoyo de los (as) cuidadores, las personas jóvenes tienden a abandonar los procesos y recaer con mayor frecuencia en situaciones de riesgo. Además, se enfatiza en la gran necesidad de que las instituciones, asuman un compromiso en la colaboración, para que procesos como estos logren ser efectivos y tengan una mayor sostenibilidad del programa basados en la evidencia.

Halliday-Boykins et al (2010), realizaron un estudio con el objetivo primordial de identificar grupos de trayectoria para los (as) delincuentes juveniles que abusan de sustancias y que participan en la Corte Juvenil de Drogas (JDC). Los resultados señalaron que un 25% de la muestra se incluyó en el grupo de jóvenes “resistentes” que continuaron con un alto consumo de marihuana, sin mostrar ninguna reducción a lo largo del periodo de estudio, mientras que otro 25% de los (as) jóvenes del grupo demostró mejoras durante los primeros 4 meses, pero luego se deterioró, ubicándose así en una trayectoria de recaída.

Los autores hacen hincapié en señalar que cuando al menos uno de los (as) cuidadores es consumidor de alguna droga ilegal, las probabilidades de que un tratamiento como este tenga resultados positivos son muy escasas, pues los (as) jóvenes no encuentran apoyo real primario y terminan desistiendo del proceso, por lo que se sugiere optimizar la eficacia de los programas de la JDC para que puedan tener la capacidad de hacer frente a los problemas familiares que impiden el éxito de los (as) participantes, pues la participación de las familias en Comités Mixtos de Disciplina es un importante contribuyente para el éxito o al fracaso del tratamiento.

Gillespie, et al. (2017), presentaron un estudio que evaluó la fiabilidad y validez predictiva que puede tener un protocolo de observación para la calificar la adherencia a la Terapia Multisistémica (MST). Como parte de sus principales resultados señalan que la MST proporciona soporte independiente para el enlace entre la fidelidad al tratamiento y resultados del comportamiento en el contexto del MST, demostrando además que el uso de la herramienta no requiere de un conocimiento avanzado en su aplicación y que inclusive personas novatas en su aplicación podrían obtener resultados favorables.

Sin embargo, hacen énfasis en el hecho de que las futuras versiones de este protocolo deben centrarse en la mejora de la formación de codificación del proceso, al abordar los desacuerdos sobre principios más complejos del MST, sin dejar de lado el hecho de que aunque es una herramienta sencilla de utilizar, los terapeutas podrían ser mejor capacitados para llegar a un cierto umbral o nivel de adherencia la MST y de esa manera monitorear la fidelidad en el tiempo, con el fin de asegurar resultados óptimos en configuraciones ajenas a la investigación. Cabe destacar que los hallazgos pautados por dicho estudio refuerzan los

beneficios de implementar la MTS como herramienta útil para trabajar con población joven en situaciones de abuso de sustancias.

Milburn, et al (2012) elaboraron un estudio que tenía como objetivo general evaluar la eficacia de una intervención corta de familia para reducir el comportamiento sexual de alto riesgo, el consumo de drogas y los comportamientos delictivos de los (as) jóvenes sin hogar.

Este proceso demostró que la intervención redujo significativamente el número de parejas sexuales y el uso de las drogas “duras” y alcohol en los (as) participantes, sin embargo, los (as) jóvenes en la condición de intervención aumentaron su consumo de marihuana en relación con la juventud en la condición de control, lo que denota una diferencia marcada en la aplicación de ambos métodos, resaltando como más eficiente los procesos de intervención. Otro de los logros que se obtuvo de esta aplicación fue que se visualizó una reducción de las conductas delictivas, lo cual refuerza el hecho de considerar como una herramienta factible la aplicación de este tipo de intervenciones.

Los autores lograron concluir que, aunque las intervenciones con jóvenes sin hogar pueden dar resultados positivos, un programa basado en la familia también puede resultar en una reducción significativa de los comportamientos de riesgo, problemas de antecedentes y conflictos familiares que en algunos casos conducen a la huida.

Por otra parte, Dakof, et al. (2015) plantearon un estudio que tenía como objetivo examinar la eficacia de dos tratamientos teóricamente diferentes: La terapia familiar multidimensional (MDFT) y el tratamiento basado en el grupo representado por la terapia de grupo adolescente (AGT) en la delincuencia y el consumo de sustancias.

Posterior al estudio lograron determinar que, durante la fase de seguimiento, la AGT no tuvo resultados más significativos que la MDFT, los (as) jóvenes en ambos tratamientos mostraron un aumento en el consumo de sustancias en la fase de seguimiento, en comparación con la el momento donde se detuvo el consumo de la droga, pero se mantuvo muy por debajo de los niveles de referencia; sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos en el consumo de sustancias. Durante la fase de seguimiento, MDFT produjo resultados significativamente mejores que la

AGT sobre la juventud las situaciones de delincuencia y los síntomas de externalización. De manera que se refuerza el hecho de que la terapia que incluye el apoyo familiar como parte del proceso de intervención puede obtener resultados más positivos y duraderos a largo plazo.

Elizabeth et al (2013) enfocaron su estudio en la atención terapéutica que incorpora como base la Entrevista Motivacional de grupo (MI) para los (as) adolescentes en situación de riesgo por consumo de alcohol y otras drogas, donde los (as) participantes fueron asignados (as) en dos grupos, uno de ellos recibió una intervención MI “Hablar Librementemente” y el segundo grupo recibió una intervención habitual (UC) basada en atenciones breves y más enfocadas en la abstinencia, las consecuencias por consumo y videos educativos.

Parte de los resultados ponen de manifiesto que es factible llevar a cabo MI de grupo, ya que tiene mayor aceptación por parte de los (as) adolescentes, quienes señalan sentir que la calidad de la MI de grupo es superior en comparación con los grupos de atención habitual (UC) indicando que son espacios más interactivos que implican su participación durante todo el proceso.

Los (as) participantes que formaron parte del espacio MI Hablar Librementemente, recalcaron que sienten gran respeto por parte del líder del grupo, lo que les motiva para dar sus opiniones respecto a los temas tratados de una manera más abierta, además de percibir que su opinión era valorada a lo largo del proceso sin sentirse censurados.

Este análisis señala que para los (as) jóvenes es más satisfactoria una experiencia de terapia en la que se les dé la oportunidad de expresar sus opiniones, sin que las mismas sean desvalorizadas, lo que se logra con el enfoque de MI de grupo, donde se les dio la oportunidad de discutir con seguridad sus puntos de vista sobre lo que el cambio podría parecer para ellos (as) y sentir que su voz era escuchada.

Robbinsa, et al. (2009), analizaron la eficacia de BSFT en el tratamiento de los toxicómanos adolescentes, en comparación con el tratamiento habitual (TAU).

Los resultados de dicho estudio señalan que los (as) participantes de BSFT presentaron el consumo de drogas más bajo inmediatamente después de la intervención en comparación con los (as) participantes TAU. Además, un valor estadísticamente significativo

durante este estudio fue que los (as) participantes BSFT tendrían disminución en el consumo de drogas en relación con los (as) participantes TAU inmediatamente después de la intervención a 12 meses después de la aleatorización, lo que demuestra que aunque TAU no es un método erróneo en el tratamiento de población con características de consumo, BSFT podría arrojar mejores resultados, siendo más eficaz en lo logros alcanzados en un determinado periodo de tiempo.

5.3. Características sociodemográficas de las muestras utilizadas

Por otro lado, dentro de la sistematización se contemplan las características de las muestras de los estudios seleccionados, donde se visualizan el sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, medidas judiciales y el uso de sustancias de los mismos. Dentro de los resultados presentados en la *Tabla 13* se destacan que de los 1269 participantes 962 eran hombres (76%) y 307 mujeres (24%), las edades comprendieron entre los 12 17 años, el 100% de los participantes estaban solteros, las medidas implementadas mayoritariamente fue la libertad condicional y que las drogas que utilizaban los adolescentes eran el alcohol y la marihuana, principalmente.

Tabla 13

Principales características de la muestra

Autores	Características de la muestra
Henggeler, SW; McCart, MR.; Cunningham, PB.; Chapman, JE. 2012.	Sexo: Mayor prevalencia de hombres (83%) Edad: Las edades comprenden entre los 12 y 17 años Estado Civil: Solteros Nivel Educativo: Se resalta el promedio de los cuidadores primarios con un 12° grado como máximo. Se omite el dato de los (as) jóvenes Medidas Judiciales: Libertad condicional Uso de sustancias: 86% cumplieron los criterios para al menos una sustancia.

Tabla 13***Principales características de la muestra***

Liddle, HA.; Dakof, GA.;	Sexo: Mayor prevalencia de hombres (82%)
Henderson, C.; Rowe, C. 2011	Edad: 15 años en promedio. Estado Civil: Solteros Nivel Educativo: No se reporta Medidas Judiciales: Detención y Libertad condicional. Uso de sustancias: Los (as) participantes eran usuarios de cannabis principalmente.
Halliday-Boykins, CA.;	Sexo: Hubo mayor participación de hombres (84%)
Schaeffer. CM.; Henggeler. SW.;	Edad: De 12 a 17 años
Chapman, JE.;	Estado Civil: Solteros
Cunningham, PB.; Randall, J.;	Nivel Educativo: Se menciona únicamente el nivel académico de los (as) cuidadores primarios, con un 12° grado en educación media.
Shapiro, SB. 2010	Medidas Judiciales: Detención y Libertad condicional. Uso de sustancias: Un 97,5% de los (as) jóvenes participantes cumplieron con los criterios para un trastorno diagnóstico por uso de cannabis. Mientras que el consumo de otras sustancias fue en menor promedio.
Gillespie, ML.; Huey, SJ.;	Sexo: La mayoría eran varones (77,5%)
Cunningham, PB. 2017	Edad: La edad de los (as) jóvenes en esta submuestra fue de 15,4 años Estado Civil: Solteros Nivel Educativo: No se reporta Medidas Judiciales: Libertad condicional Uso de sustancias: Alcohol y drogas
Milburn, N.; Iribarren, F.;	Sexo: Hubo más participación de mujeres con un 78%
Rice, E.; Lightfoot, M.;	Edad: Entre los 12 y 17 años
Solorio, R.; Rotheram-Borus,	Estado Civil: Soltero

Tabla 13***Principales características de la muestra***

MJ.; Desmond, K.; Lee, A.; Alexander, K.; Maresca, K.; Eastmen, K.; Mayfield Arnold, E.; Duan, N. 2012	Nivel Educativo: No se contempló como una categoría de análisis. Medidas Judiciales: No se especifican Uso de sustancias: Se reporta consumo de alcohol, marihuana y otras drogas
Dakof, G.; Henderson, C.; Rowe, C.; Boustani, M.; Reenbaum, P.; Wang, W.; Hawes, S.; Linares, C.; Liddle, H. 2015	Sexo: Hubo mayor representación masculina con un 88% de hombres y solo un 12% de mujeres Edad: Entre los 13 y los 18 años Estado Civil: Solteros Nivel Educativo: No se reporta Medidas Judiciales: Libertad condicional Uso de sustancias: Consumo de drogas ilícitas y alcohol
Elizabeth J. D'Amico, E.; Hunter, S.; Miles, J.; Ewing, B.; Chan, K. 2013	Sexo: Prevalencia de varones con un 67% Edad: Jóvenes entre los 14 y 18 años Estado Civil: Solteros Nivel Educativo: No se reportan Medidas Judiciales: Libertad condicional Uso de sustancias: alcohol y otras drogas
Robbinsa, M. Szapocznika, J.; Horigiana, V.; Feastera, D.; Puccinellia, M.; Jacobsb, P.; Burlew, K., Werstleind, R.; Bachrache, K.; Brighamf, G. 2009	Sexo: Prevalencia de varones, 377 en total. Edad: Entre los 12 y 17 años Estado Civil: Solteros (as) Nivel Educativo: No especificado Medidas Judiciales: Libertada condicional Uso de sustancias: drogas ilícitas excluyendo alcohol y marihuana

Fuente: Elaboración propia, 2018

5.3. Procesos de intervención implementados

Cada uno de los estudios realizados en población adolescentes contempla a nivel metodológico y de intervención una serie de características específicas que se resaltan en la *Tabla 14*. Se destaca la incorporación de la familia, el uso de tratamientos basados en la conducta, así como en el seguimiento post-tratamiento

Tabla 14

Principales características del tratamiento

Autores	Características del tratamiento implementado
Henggeler, SW; McCart, MR.; Cunningham, PB.; Chapman, JE. 2012.	El proceso de la intervención incluye una serie de componentes clave para el alcance de resultados, inicialmente los (as) participantes pasan por un proceso de evaluación y entrevistas clínicas que se utilizan para determinar si el uso de sustancias de la juventud es en gran medida de naturaleza experimental o reflejaba abuso o dependencia. Se evaluaba si el uso de sustancias es problemático, posterior a esto el (a) terapeuta introduce el CM a los (as) jóvenes y sus cuidadores con la intención de motivarles a participar en el tratamiento. El terapeuta lleva a cabo un análisis funcional de uso de sustancias de los (as) jóvenes en colaboración con los (as) jóvenes y los cuidadores y en base a los resultados del análisis funcional, se realiza una planificación de autogestión y entrenamiento de habilidades para rechazar las drogas. De manera simultánea se establece un contrato de contingencia con el que se proporcionan recompensas y privilegios deseados para las pruebas negativas de drogas y alcohol y falta de incentivos. Por último, el terapeuta colabora con los (as) cuidadores y jóvenes para desarrollar planes para el mantenimiento de la abstinencia después de terminado el tratamiento.

Tabla 14***Principales características del tratamiento***

Liddle, HA.; Dakof, GA.; Henderson, C.; Rowe, C. 2011	Cada participante junto a su familia asiste a una entrevista de admisión, donde además dan su aprobación para participar en el estudio, una vez incluidos MDFT se proporciona a los (as) jóvenes y sus familias en entornos de detención juvenil a corto plazo. En este trabajo se construye una plataforma para post-detención e intervenciones multisistémicas con el adolescente y la familia en la comunidad. En una segunda etapa los (as) participantes regresaban a su casa, con la familia y recibían asesoramiento individual tanto el (a) adolescente como el padre (s), se trabajaba sobre la prevención del VIH / ETS y manejo de casos durante 4 meses más, como medida de acompañamiento.
Halliday-Boykins, CA.; Schaeffer. CM.; Henggeler. SW.; Chapman, JE.; Cunningham, PB.; Randall, J.; Shapiro, SB. 2010	Se llevaron a cabo evaluaciones entre los (as) jóvenes y su cuidador (a) en tres momentos en el tiempo: dentro de las 72 horas de reclutamiento en el estudio (pretratamiento); 4 meses post-reclutamiento correspondientes al extremo media del tratamiento MST / MST-CM; y 12 meses posteriores a la finalización del tratamiento, correspondiente al final de JDC. Los (as) asistentes de la investigación administraron la batería de evaluación a las familias en sus hogares o en centros de detención para jóvenes en custodia de justicia de menores. Todas las familias de los (as) jóvenes que cumplieron los criterios de inclusión fueron reclutados para participar en el estudio por un (a) investigador (a) que obtuvo el consentimiento informado y asentimiento; además de JDC, la juventud en la condición DC recibió servicios de abuso de alcohol y drogas para pacientes externos y de las instalaciones de tratamiento de alcohol y drogas financiada por el estado local, terapia familiar, terapia cognitiva-conductual y tanto los (as) jóvenes como sus familias en la

Tabla 14***Principales características del tratamiento***

	condición MST-CM, recibieron tratamiento MST completo más CM.
Gillespie, ML.; Huey, SJ.; Cunningham, PB. 2017	<p>Los (as) jóvenes y sus familias fueron seleccionados a partir del primer mes del MST, los (as) terapeutas proporcionan servicios de atención al hogar y estaban disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana, e interactuaron con las familias de 2 a 15 horas a la semana, según fuera necesario. Cada sesión fue grabada y se entrenó a estudiantes universitarios en la adhesión terapéutica para que codificaran toda la información obtenida.</p> <p>El marco de garantía de calidad MST también se llevó a cabo; esto incluyó evaluaciones de sitios, terapeuta en curso, la formación y la consulta, revisión de sesiones de audio grabado en la supervisión semanal de los equipos MST y la evaluación cualitativa y cuantitativa de la adhesión terapeuta.</p>
Milburn, N.; Iribarren, F.; Rice, E.; Lightfoot, M.; Solorio,R.; Rotheram-Borus, MJ.; Desmond, K.; Lee, A.; Alexander, K.; Maresca, K.; Eastmen, K.; Mayfield Arnold, E.; Duan,N. 2012	<p>Después de que tanto el (a) adolescente como sus padres consintieron participar del estudio y completaron las evaluaciones iniciales, fueron asignados (as) aleatoriamente a uno de dos condiciones de tratamiento, intervención o control. Las familias en el grupo de control recibieron la “atención estándar” que estaban recibiendo por parte de las agencias que los habían referido; Si ellos (as) no estaban recibiendo activamente cualquier tipo de servicios, las familias recibieron las referencias apropiadas en función de sus necesidades.</p> <p>Las familias en la condición de intervención recibieron el STRIVE que consistió en cinco sesiones administradas a los (as) jóvenes y los padres unidos por un (a) facilitador (a) capacitado en un sitio seleccionado por la familia (por lo general su casa,</p>

Tabla 14***Principales características del tratamiento***

donde los (as) jóvenes se encontraran a pesar de existir episodios de huida). Cinco sesiones se determinaron como el número mínimo de sesiones necesarias para el cambio de comportamiento y el número máximo de sesiones previsto para ser replicable (24, 25). El contenido de la sesión se basa en las teorías cognitivo-conductuales, diseñado para mejorar las habilidades de resolución de problemas y conflictos de las familias.

Dakof, G.; Henderson, C.; MDFT y AGT se llevaron a cabo por dos agencias de tratamiento
Rowe, C.; Boustani, M.; en dos comunidades separadas para evitar la contaminación de
Reenbaum, P.; Wang, W.; las intervenciones. La terapia se ofrece a los (as) jóvenes de
Hawes, S.; Linares, C.; Liddle, ambos tratamientos, duró 4 a 6 meses, con dos sesiones por
H. 2015 semana con MDFT y tres sesiones por semana con la AGT.

El tratamiento basado en AGT fue una intervención manual guiada en base a terapia cognitivo-conductual y entrevista motivacional. Las características y el formato fueron guiados por los principios y procedimientos de investigación-apoyados y combina la educación, la formación profesional y el apoyo social. Cada sesión se estructuró, comenzando por la fijación de objetivos / auto seguimiento de la consecución de objetivos, y seguido de actividades experimentales / didácticas, procesamiento de grupo / reflexión y de cierre. Un terapeuta llevó cada sesión, con entre cuatro a seis adolescentes varones y mujeres participantes. Los grupos eran “abierto” (frente a “cerrado”) en que los nuevos miembros fueron admitidos de forma continua.

Tabla 14***Principales características del tratamiento***

El tratamiento MDFT se basa en el fundamento de la terapia familiar establecida por Salvador Minuchin en la que los (as) terapeutas trabajan individualmente con cada familia.

Se trabaja simultáneamente en cuatro dominios de la interdependencia de tratamiento de los (as) adolescentes, los padres, la familia y la comunidad. En varios puntos a lo largo del tratamiento, los (as) terapeutas se reúnen a solas con el (a) adolescente, a solas con el padre (s), o juntamente con el (a) adolescente y el padre (s), en función del ámbito de tratamiento y problema específico que se trate.

Dicho tratamiento se divide en tres etapas: Etapa I: construir los cimientos para el cambio: la alianza y la motivación; Etapa II: promover el cambio en las cogniciones, emociones y conducta; y Etapa III: reforzar el cambio y la puesta en marcha de la terapia. Al final del tratamiento, los (as) terapeutas ayudan a los padres y adolescentes a fortalecer sus logros en el tratamiento para facilitar un cambio duradero, crear planes concretos, abordar cómo va cada uno a responder a futuros problemas, y refuerzan las fortalezas y competencias necesarias para un lanzamiento exitoso de tratamiento.

Elizabeth J. D'Amico, E.; Hunter, S.; Miles, J.; Ewing, B.; Chan, K. 2013
Las personas interesadas en participar del estudio debían firmar su consentimiento y asentimiento de ser tomados en cuenta, se aplicaron encuestas completas y se asignaron al azar a un grupo de intervención MI (Hablar libremente) o el grupo de atención habitual (UC) basado en un procedimiento de bloqueo de la asignación al azar permutada. Cada grupo de cinco participantes

Tabla 14***Principales características del tratamiento***

fue aleatorio con 3 adolescentes asignados a la Hablar libremente en un grupo y dos adolescentes a los del grupo de control.

MI consistía en seis sesiones en las que se utilizó un enfoque basado en etapas que involucró una prueba interactiva en cada sesión para determinar la viabilidad y la aceptabilidad del contenido de la intervención A partir de esta prueba, se desarrolló un protocolo para cada una de las seis sesiones. Cada sesión cubría un contenido diferente sobre el consumo de alcohol y otras drogas (AOD) y algunas se centraron también en la comunicación y el uso de AOD, utilizando preguntas abiertas para determinar las ideas de los (as) adolescentes sobre cómo comunicarse con mayor eficacia.

El grupo UC también consistió en seis sesiones dirigidas por un facilitador. El plan de estudios seguido un enfoque Alcohólicos Anónimos basado en la abstinencia. Los temas incluyeron grupo de registro / discusión de los factores desencadenantes personales, las consecuencias del uso de AOD, videos educativos, análisis de experiencias personales con el uso de AOD, y los mitos sobre el consumo de AOD

Robbinsa, M. Szapocznika, J.; Horigiana, V.; Feastera, D.; Puccinellia, M.; Jacobsb, P.; Burlew, K., Werstleind, R.; Bachrache, K.; Brighamf, G. 2009

BSFT es una forma estructurada, centrada en los problemas, directiva, y el enfoque práctico, siguiendo un formato de proceso prescrito. El primer paso en BSFT, la adhesión, es establecer una alianza terapéutica con cada miembro de la familia y con la familia en su conjunto. El segundo paso implica la identificación de los síntomas y las relaciones familiares que lo rodean. A partir de las observaciones realizadas en este paso, el terapeuta es capaz de proceder con los siguientes dos pasos de diagnóstico de los puntos fuertes de la familia y las relaciones problemáticas. Se

Tabla 14***Principales características del tratamiento***

hace hincapié en las relaciones problemáticas de los familiares que están vinculados a los problemas de comportamiento de la juventud, o que interfieren con la capacidad figuras parentales para corregir los problemas de comportamiento del (a) joven y el paso cinco es desarrollar un plan de tratamiento que de forma sistemática trabaje los problemas que están directamente vinculados a los comportamientos negativos del (a) joven.

Por otro lado, TAU incluye terapia individual y / o grupal, grupos de formación de pares, la terapia familiar no estructurada y manejo de casos. Por lo menos una sesión de intervención por semana es común, así como la participación en los servicios auxiliares, es un proceso más estándar y por ello se busca realizar una comparación entre ambas técnicas para determinar cuál arroja mejores resultados con la población de estudio.

Fuente: Elaboración propia, 2018

CAPÍTULO VI: Discusión

6.1 Discusión

El consumo de sustancias lícitas e ilícitas en la población mundial ha ido en aumento tal como lo plantea el Informe Mundial sobre las Drogas 2018 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018). Siendo la población adolescente una de las más vulnerables y con múltiples factores de riesgo que hacen que las consecuencias del consumo sean perjudiciales a su calidad de vida. Además, la problemática del consumo de drogas trae consigo una serie de situaciones económicas, sociales y familiares que requieren de una intervención integral. Una de las problemáticas asociadas al consumo de drogas es la implicación de conductas de carácter delictivo o que va en contra de las leyes establecidas a nivel nacional.

En el caso de los menores de edad costarricenses, la Ley de Justicia Penal Juvenil establece las sentencias y alternativas judiciales en caso que se cometa una infracción y las pautas que se deben de tomar. Sin embargo, cuando un adolescente cumple las dos condiciones, consumo de sustancias e infracción a la ley, existen dificultades en el abordaje del menor. Dentro de las dificultades que se presentan en nuestro país se encuentran los pocos espacios a nivel interinstitucional para un abordaje adecuado que vele por los derechos de los adolescentes. Por otro lado, existen dificultades en cuando al personal que atiende a esta población, dígase personal técnico o judicial. En este sentido la dificultad principal es la sensibilización sobre las necesidades y abordaje específico que requiere esta población ya que muchas de las circunstancias del contexto, así como una acentuación de los factores de riesgo en el adolescente lo llevaron a la situación actual.

Tal como se observa en la presente revisión sistemática existe a nivel internacional una carencia a nivel de la comunidad científica en generar investigación en esta temática siendo Estados Unidos los que lideran el abordaje de la población juvenil que consumen alguna sustancia. En Estados Unidos, dentro del sistema judicial, existen cortes específicas en la atención a infracciones en relación con las drogas y cuyas intervenciones están dirigidas al abordaje y reducción del consumo de drogas, conductas delictivas y otras de riesgo.

A pesar de que a nivel latinoamericano la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y las conductas delictivas asociadas ha venido en aumento, esta revisión sistemática señala un vacío a nivel de producción de material científico. Esta situación no

quiere decir que a nivel regional no existan estrategias de implementación local que aborden dicha problemática o medidas institucionales que busquen la reducción del consumo de drogas en población adolescente que haya infringido la ley. No obstante, la sistematización de dichas estrategias e implementación en grupos experimentales no ha podido ser evidenciada en el presente trabajo por carecer de los criterios de inclusión, principalmente por no ser estudios científicos controlados y aleatorizados enfocados en la disminución del consumo de sustancias en la población en específico. En Costa Rica, por ejemplo, con la Ley Reguladora de Investigación Biomédica (N. 9234), desde el 2014, se han implementado nuevas disposiciones que regulan la investigación en seres humanos, lo que ha implicado que los profesionales deban cumplir con ciertos requisitos (cursos, conformación de comités de bioética, protocolos, trámites administrativos, etc.) que hacen que de cierta forma se haya visto limitada la producción científica, y más si es un estudio de tipo experimental.

Dentro de los estudios que se incluyeron finalmente en la presente revisión sistemática, cabe resaltar un elemento que coincide con las estadísticas a nivel nacional. El Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (2015) en su más reciente informe sobre la población adolescente señala que a nivel nacional el consumo de drogas es realizado principalmente por los hombres, lo cual concuerda con las muestras utilizadas en los artículos seleccionado, ya que el 76% de la muestra fueron varones.

Este dato podría responder a varios factores (biológicos, familiares, personales) y entre ellos los roles patriarcales construidos en nuestra sociedad, donde se refuerzan de manera constante representaciones sociales ligadas a la rudeza, violencia y liderazgo que debe ejercer el varón al responder a un mandato social claramente establecido del cómo ser hombre de manera aceptable para una sociedad hetero-patriarcal y que quizás podrían haber influido en la toma de decisiones que los llevaron a verse envueltos en situaciones delictivas. Además, como dificultades en la socialización donde se le limita a los varones a la externalización de sus emociones haciendo que deban buscar otras fuentes externas y socialmente validadas para la solución de sus problemas.

El consumo de drogas y conductas delictivas son solo dos síntomas de la situación actual de la sociedad. Dificultades en la vinculación afectiva desde las primeras experiencias con figuras de protección, manejo de límites en el hogar, limitaciones económicas,

dificultades en la comunicación, carencia de espacios públicos que favorezcan la recreación, estilos de vida estresantes y enfocados a la búsqueda del “éxito” y el dinero, leyes desactualizadas son algunas de las situaciones actuales que hacen a la población adolescente mucho más vulnerable a tomar decisiones desfavorables en su vida.

Aunado a lo anterior, es necesario tomar en cuenta que la problemática del consumo de sustancias no es algo de carácter individual y tal como lo plantean las terapias de carácter familiar el problema de uno es el problema de todos. Desde una perspectiva sistémica, lo que en apariencia es una situación individual en relación con el consumo de sustancias o una conducta delictiva, en realidad es una representación de la disfunción a nivel familiar. En este sentido, el individuo pertenece a un sistema familiar en el que creció y se ha ido desarrollando. Ambos se reflejan mutuamente: el sujeto es reflejo de las dinámicas y conflictivos familiares, como la familia es un reflejo de cada uno de sus miembros.

Al ser la familia el primer laboratorio social, le modela al individuo, en este caso a las adolescentes formas características de interactuar, comunicarse, resolver problemas, entre otros. Sin embargo, como familia forma parte a su vez de un macrosistema que permea e influye su realidad. Así las cosas, el consumo de sustancias y conductas delictivas no son solo un reflejo de las dificultades irresueltas de la familia, sino que son a su vez un reflejo del macrosistema social, cultural, histórico, político, económico en el que se desenvuelve.

El poder conceptualizar el consumo de drogas no como un asunto individual, sino como síntoma de un malestar asociado no solo a un sistema familiar con dificultades sino también a un sistema sociopolítico conflictivo, ha permitido incorporar a otros actores que igualmente se encontraban afectados por la conflictiva, pero que quedaban a la sombra del consumo de sustancias. No es de extrañar entonces que esta situación llegara a ocupar la primera plana y que los esfuerzos terapéuticos actuales estén empezando a enfocarse en la incorporación de la familia para lograr el cese en el consumo, siendo ese el objetivo terapéutico y el mayor referente de éxito de la intervención.

Esta situación coincide con los resultados obtenidos en la mayoría de las intervenciones de los estudios de la presente revisión sistemática ya que aquellos en los que se abordó al sistema familiar obtuvieron resultados positivos en la reducción de consumo de drogas y en el mantenimiento de la abstinencia, principalmente de la marihuana. Siendo la

Terapia Familiar Multidimensional, la Terapia Multisistémica y la Terapia Breve Estratégica Familiar las que mayores resultados obtuvieron. Sin embargo, no es posible concluir debido a la cantidad de artículos, cuál de ellas tiene mayor impacto en relación a las otras.

Las intervenciones que mostraron evidencia de eficacia en la reducción del consumo de drogas en esta población en particular tienen características en común. En primer lugar, tal como se viene comentando, la incorporación de la familia en la intervención jugó un papel fundamental. Al comienzo del proceso se busca identificar el problema familiar, así como las relaciones entre los miembros, para posteriormente iniciar con la aplicación del tratamiento en sí. El manejo de las contingencias, la promoción de las fortalezas familiares, la modificación de las pautas comunicacionales, la practica en la resolución alternativas de los problemas, son algunas de las estrategias que se implementaron durante las sesiones. Otro elemento, presente es que muchas de las sesiones realizadas por el terapeuta fueron en su hogar, donde se permitió no solo fomentar la alianza terapéutica sino conocer el contexto en el que se desarrollaba el adolescente.

En Costa Rica, si bien es cierto que se toma en cuenta a la familia en el proceso, no llega a ser más que un medio de información para el profesional sobre el paciente identificado, en este caso el adolescente. En la búsqueda de resultados positivos es necesario que el equipo interdisciplinario incorpore a la familia en un papel mucho más activo, donde se vea el problema del consumo de drogas de dicho adolescente como un síntoma de una estructura familiar con dificultades y con una influencia del contexto que ha estado presente. En la medida que se pueda tener mayor apertura y generar los mecanismos a nivel administrativo (más recurso humano, facilidades con el transporte, apoyo interinstitucional) para permitir eso, los resultados serán más estables durante el tiempo.

Por otro lado, los estudios que lograron mayor eficacia muestran similitud en que durante las primeras sesiones buscan establecer y fortalecer la alianza terapéutica no solo con el adolescente sino con sus familias. En cuanto mejor sea la relación terapéutica, mayores serán los beneficios esperables en el tratamiento. La calidad de la relación plantea Redondo (2017) depende de varias características, sin embargo, en el caso de la población adolescente con medidas judiciales, es fundamental la empatía, la aceptación positiva del usuario, la

calidez de las intervenciones, la autenticidad y la congruencia. Dichas condiciones facilitaron la intervención terapéutica implementada.

De igual forma, al mostrar una postura abierta y sin juzgar por parte del terapeuta hace que se logren generar los espacios de dialogo dentro de la terapia, que les permiten a los adolescentes mostrarse menos defensivos y más anuentes a recibir la intervención. De ahí que el estudio de Elizabeth et al (2013), mostrara resultados positivos en la modalidad grupal, donde los jóvenes indicaban sentir que sus opiniones eran valoradas y no censuradas.

Asimismo, otro de los elementos que caracterizaron las intervenciones exitosas fue el hecho de centrar la mirada terapéutica en los contextos, dimensiones o sistemas en los que está involucrado el (la) adolescente. Dentro de los procesos terapéuticos se incluyó visitas domiciliarias para conocer la comunidad en donde vivía el joven, para conocer los lugares donde se desarrolla, así como los grupos sociales con que se vincula. Este elemento no solo fortalece la alianza terapéutica en la medida en que como profesional en psicología muestre un interés genuino en el joven, sino que ayuda a comprender de una forma más amplia todo el panorama de la situación conflictiva y generar estrategias mucho más acertadas en la intervención terapéutica.

Este elemento en particular sigue siendo un reto en Costa Rica. La falta de recurso humano, las listas de espera en aumento, los pocos recursos económicos y de transporte hacen que realizar visitas domiciliarias sea en muchas ocasiones excluido del tratamiento. Es fundamental que como profesionales en salud mental podamos comprender la importancia de conocer el entorno donde se desarrolla el paciente, conocer su comunidad, las organizaciones o posibles redes de apoyo comunitarias existentes y poder justificar a la parte administrativa la importancia y el impacto a nivel económico que estas medidas podrían tener en la institución. El abordaje integral del conflicto hace que los niveles de recaída en los adolescentes sean menores, tal y como fue expuesto en las investigaciones seleccionadas (Robbinsa, et al., 2009; Dakof, et al., 2015; Liddle et al, 2011)

De igual forma, otro elemento en que coinciden varias de las investigaciones es la incorporación de una fase post tratamiento. Con el fin de valorar el mantenimiento de los cambios y mejoras obtenidas a lo largo del proceso terapéutico, se realizaron sesiones de seguimiento algunas domiciliarias y otras no. Con relación a este aspecto en particular, a nivel

nacional, el seguimiento se realiza cuando los usuarios son derivados a las áreas de salud. Sin embargo, en un inicio se podría hacer un par de sesiones con el mismo equipo tratante para facilitar la transición terapéutica y para coordinar entre profesionales. Estas estrategias garantizarían en mayor medida la reducción de consumo de drogas y el fortalecimiento de los factores protectores.

Por último, dentro de las investigaciones no se hace hincapié en un elemento que resulta ser importante en la vida de todo adolescente y es el aspecto académico. Ninguno de los estudios escogidos incorporó el área académica dentro de las intervenciones. Esto se podría deber a aspectos metodológicos o al hecho que muchos de los y las adolescentes que tiene un consumo activo y presentan conductas delictivas han sido excluidos del sistema de educación. Sin embargo, en una etapa de crecimiento y preparación para la vida adulta resulta importante que se puedan coordinar con otros profesionales e instituciones la inspiración a programas educativos, vocacionales y formativos cuyo objetivo sea el aprendizaje de nuevas tareas y hasta algún oficio. Por ejemplo, en España, en los Centro de Atención a Menores Infractores dentro de la programación semanal, los y las jóvenes están obligados a asistir a talleres pre-vocacionales donde se les enseña desde la jardinería hasta la reparación de sistemas de refrigeración. No es necesario que el adolescente este internado para que tenga acceso a estos talleres, sino que se dan en modalidad ambulatoria, en centros insertos en la comunidad, de manera que la población adolescente puede asistir durante la semana.

A nivel nacional, se podrían desarrollar estrategias similares. La creación de un centro especializado para la población adolescente son problemas de consumo de drogas en remisión y que cuya medida judicial este asociado, de carácter ambulatorio, interdisciplinario, e inserto en la comunidad. Dentro de las disciplinas que podrían incorporar los equipos serian profesionales de psicología, psiquiatría comunitaria, trabajo social, terapia ocupacional, docentes y de derecho que brinden asesoría legal, así como personal administrativo. Además, debería de contar con una unidad vehicular para las visitas domiciliarias con su respectivo chofer.

En cuanto a los criterios de inclusión de los usuarios se podría contemplar a personas de 12 a 17 años 11 meses, con remisión en su consumo de sustancias, medida judicial asociada al consumo de drogas, red de apoyo familiar presente, disponibilidad para trasladarse al

centro, compromiso con el proceso terapéutico. Los criterios de exclusión serían: usuarios fuera del rango etario (menor a 12 años y mayor de 18 años), red de apoyo familiar inexistente, intoxicación por sustancias psicoactivas, medida judicial no asociada al problema de consumo de drogas, domicilio fuera del área de adscripción, resistencia explícita con el proceso terapéutico.

Simultáneamente en relación a la infraestructura del centro, serían necesarios espacios acondicionados para la atención familiar y otro para sesiones grupales, un espacio común donde se desarrollen actividades de carpintería, soldadura, reparación, electricidad, así como un espacio al aire libre donde se pueda desarrollar la jardinería y se puedan realizar actividades físicas. El trabajo de este centro estaría coordinado con otras instituciones aparte de la Caja Costarricense del Seguro Social como el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, el Patronato Nacional de la Infancia, el Poder Judicial, el Instituto Nacional de Aprendizaje, el Ministerio de Educación Pública, el Ministerio de Cultura y Juventud, un representante de las fuerzas vivas de la comunidad y por supuesto un representante del Ministerio de Trabajo, quienes integrarían una comisión y cada cierto tiempo se realizarían sesiones para la coordinación de las estrategias institucionales.

Dentro del rol de psicología clínica en dicho centro estaría el diagnóstico en caso de comorbilidad con otros trastornos mentales, el proceso psicoterapéutico a nivel familiar desde alguna de las terapias que han mostrado evidencia científica, MST o MDFT, con sus respectivas visitas en campo, la capacitación al personal y sensibilización con los representantes de las diferentes instituciones, la implementación de espacios grupales entre los adolescentes donde se trabajen diferentes áreas de interés (habilidades sociales, manejo de emociones, resolución alternativa de conflictos, temas de sexualidad, proyecto de vida y psicoeducación en general). De igual forma tendría un rol de investigador, junto al resto del equipo, donde cada seis meses o mínimo una vez al año se sistematice el trabajo realizado y se pueda compartir la experiencia ya sea en congresos o en sesiones clínicas.

Por último, las competencias necesarias de los profesionales que integren el equipo se encuentran: conocimiento sobre las dinámicas de la conducta adictiva y de la legislación, experiencia en el trabajo con adolescentes, afinidad con el trabajo familiar, empatía hacia la población adolescente, capacidad para el trabajo en equipo de manera horizontal, disposición

a realizar giras de campo, interés en la investigación, capacidad para la autogestión y coordinación tanto con las diferentes organizaciones instituciones y comunitarias.

CAPÍTULO VII: Consideraciones finales

7.1 Conclusiones

El consumo de drogas es una problemática que ha estado presente a lo largo de las décadas a nivel nacional e internacional. Sin embargo, la prevalencia y el inicio temprano en adolescentes es mayor. Siendo el alcohol y la marihuana las sustancias más consumidas en Costa Rica, según las recientes estadísticas del IAFA.

El consumo de sustancias en población adolescente trae consigo una serie de repercusiones en diferentes áreas de la vida, a nivel personal trae implicaciones de salud, legales, educativas, recreacionales, psicoemocionales. También conlleva consecuencias a nivel del macrosistema, principalmente en el ámbito familiar y social.

Dentro de las implicaciones o situaciones asociadas al consumo de sustancias se encuentran las implicaciones legales ya que las conductas disruptivas que muchas veces infringe la ley penal juvenil son frecuentes. Esto lleva a que se deban implementar medidas judiciales que, si está asociado el consumo de sustancia, incluyan la incorporación del menor de edad a un proceso de rehabilitación.

Las investigaciones seleccionadas, luego de una revisión sistemáticas en las bases de datos, muestran evidencia en la disminución del consumo de drogas en la población adolescente infractora de la ley. A pesar de que no es posible identificar cual es más efectiva que otra, las terapias psicológicas familiares (Terapia Familiar Multisistémica, Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Breve Estratégica Familiar) mostraron obtener mayores resultados tanto a corto como a largo plazo.

Las investigaciones respaldan que el lograr desarrollar un plan terapéutico que incorpore a la familia, no solo ofrece un abordaje integral, sino que ayuda de manera importante en la prevención de recaídas al lograr identificar patrones de relación que facilitaban y perpetuaban el consumo. Este tipo de abordaje ofrece estrategias adaptativas y funcionales, desculpabiliza al sujeto y la familia, reestructura jerarquías, reparte responsabilidades de acuerdo con su posición y rol en la familia y fomenta vínculos e interacciones más sanas.

Además, las investigaciones concluyen que el establecimiento de una alianza terapéutica al inicio del proceso es fundamental para la adherencia al tratamiento de esta población. Asimismo, tiene en común la apertura de espacios para la expresión de ideas y sentimientos de manera grupal dentro de grupos terapéuticos, donde el o la adolescente perciba que sus opiniones son tomadas en cuenta y son respetadas.

De igual manera, es necesario ampliar el panorama en la búsqueda de una mayor comprensión de la situación del adolescente y la familia, por lo que se vuelve necesario tomar en cuenta el contexto en el que se desarrollan. Visitas familiares, sesiones en casa, recorridos en la comunidad han mostrado ser efectivos para el ajuste de las intervenciones sino en la disminución del consumo de sustancia y conductas delictivas.

A nivel latinoamericano y nacional, a pesar de que se han desarrollado esfuerzos por atender a esta población particular, existen retos en el ámbito de la investigación que le permitan conocer a la comunidad científica las buenas prácticas y la capacidad de replicación de los tratamientos.

Por último, debido a que la problemática va en aumento se vuelve urgente tomar medidas y generar estrategias a nivel interinstitucional para el abordaje basado en la evidencia. Se propone la creación de un centro especializado, de carácter ambulatorio, anclado a la comunidad y de abordaje interdisciplinario con apoyo interinstitucional. Donde los y las profesionales cuenten con competencias específicas que favorezcan el abordaje terapéutico integral de la población.

7.2. Limitaciones

Dentro de las principales limitaciones encontradas en el proceso de realización de la presente revisión sistemática, se encuentran:

- Escaso número de estudios enfocados principalmente en el tratamiento para la reducción del consumo de drogas en población adolescente infractora de la ley.
- Además, debido a que no hubo artículos en idioma español con los criterios de inclusión, hizo que no se pudieran explorar como se encuentra la situación en las comunidades de hispanoparlantes.
- También a pasar que se encontraron algunos artículos en bases de datos que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, algunos no eran de acceso libre, lo que imposibilitó su debido análisis e inclusión en el presente estudio
- Otra de las limitaciones fue el hecho de no haber podido encontrar estudios de origen latinoamericano, mucho menos costarricense, lo cual hace que sea un reto poder ajustar el tratamiento a nuestro contexto.
- El hecho que solo se hayan podido incluir ocho investigaciones cuya metodología, tratamientos y conclusiones fueron en algunos aspectos heterogéneas, limita la posibilidad de llegar a generalizaciones.

7.3. Recomendaciones

A partir de esta revisión, y con base a los resultados obtenidos, para futuras investigaciones se podrían considerar las siguientes recomendaciones:

- Ampliar los criterios de inclusión donde se incluyan estudios en otros idiomas como alemán o portugués donde se encontraron también investigaciones.
- Además, en futuras investigaciones se podría tomar en cuenta una población joven de hasta los 20 años, tal y como la Organización Mundial de la Salud establece como parámetro de edad para la adolescencia.
- En el caso específico del contexto latinoamericano se recomienda iniciar con las sistematizaciones de las experiencias locales para posteriormente realizar estudios aleatorizados donde se implementen los tratamientos para evaluar la eficacia de estos. En Costa Rica se recomienda iniciar con la sistematización de experiencias como la del Programa de Nuevos Horizontes del Hospital Nacional Psiquiátrico
- Incorporar dentro del Programa de Nuevos Horizontes un mayor involucramiento de las familias en el tratamiento de los adolescentes con consumo de drogas y que poseen una medida judicial. Además de coordinar sesiones de seguimiento una vez egresen los usuarios.
- Generar las estrategias necesarias a nivel de políticas públicas donde se desarrollen programas a nivel ambulatorio y anclados a la comunidad para la prevención, atención y seguimiento de adolescentes que hayan infringido la ley por primera vez.
- Favorecer espacios de dialogo donde se aborden aspectos relacionados al consumo de las drogas en los centros educativos y sanitarios donde puedan los adolescentes acercarse y generar propuestas en beneficio de sus pares.

CAPÍTULO VIII: Referencias Bibliográficas

8.1 Referencias Bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM V. Madrid: Editorial Panamericana.
- Babor, T. Higgins-Biddle, J. Saunders, J. Monteiro, M. (2013). AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. Valencia, España.
- Beltrán, O. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*; 20 (1); 60-69.
- Boubeta, A., Golpe, S., Araujo, M., Braña, T., Varela, J. (2017). Validación Del “Test De Identificación De Trastornos Por Consumo De Alcohol” (Audit) En Población Adolescente Española. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*,25(2), 371-386.
- Casas, J y Ceñal, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, IX (1):20-24.
- Cid- Monckton y Pedrao (2011). Actores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*; 19, 738-45.
- Clark, D. (2004). The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*, 2, 5–22.
- Dakof, G.; Henderson, C.; Rowe, C.; Boustani, M.; Reenbaum, P.; Wang, W.; Hawes, S.; Linares, C.; Liddle, H. (2015). A Randomized Clinical Trial of Family Therapy in Juvenile Drug Court. *Journal of Family Psychology*29(2): 232–241.
- Dennis, M. Titus, J. Diamond, G. Donaldson, J. Godley, S. Tims, F. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design, and analysis plans. *Addiction*, 97 (1),16-34.

- Elizabeth J. D'Amico, E.; Hunter, S.; Miles, J.; Ewing, B.; Chan, K. (2013). A Randomized Controlled Trial of a Group Motivational Interviewing Intervention for Adolescents with a First Time Alcohol or Drug Offense. *Journal of Substance Abuse Treatment* 45 (5):1-24.
- Espada, J. González, M. Orgilés, M. Lloret, D. Guillén-Riquelme (2015). A Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema* 27(1), 5-12.
- Halliday-Boykins, CA.; Schaeffer, CM.; Henggeler, SW.; Chapman, JE.; Cunningham, PB.; Randall, J.; Shapiro, SB. (2010). Predicting nonresponse to juvenile drug court interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(4): 318–328.
- Harris, S., Knight, J., Araujo, M., Gomez, P., Braña, T., Varela, J. y Golpe, S. (2017). Empirical validation of the CRAFFT Abuse Screening Test in a Spanish sample - Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles Rial, *Adicciones*, 20(10) 390-410.
- Haquin, C., Larraguibel, M. & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de pediatría*, 75(5), 425-433.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2015). Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria. San José, Costa Rica.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2010). Distribución geográfica del consumo de drogas en Costa Rica 2006, San José, Costa Rica.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2017). Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica. San José, Costa Rica
- Liddle, HA.; Dakof, GA.; Henderson, C.; Rowe, C. (2010). Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy-Detention to Community: a reintegration program for drug-using juvenile detainees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(4) 587–604.

- Kellam, S.G., Wang, W., Mackenzie, A.C.L. (2014). The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. *Prevention Science*, 15(1): S6-18.
- Kilpatrick, D. Acierno, R. Saunders, B., Resnick, H. Bes, C. (2000). Risk Factors for Adolescent Substance Abuse and Dependence: Data From a National Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19-30.
- Krauskoff, D.(2014). Adolescencia y Educación. Editorial UNED. Costa Rica
- McCart, MR.; Cunningham, PB.; Chapman, JE. (2012). Enhancing the effectiveness of juvenile drug courts by integrating evidence-based practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 80(2): 264–275.
- Milburn, N.; Iribarren, F.; Rice, E.; Lightfoot, M.; Solorio,R.; Rotheram-Borus, MJ.; Desmond, K.; Lee, A.; Alexander, K.; Maresca, K.; Eastmen, K.; Mayfield Arnold, E.; Duan,N. (2012). A Family Intervention to Reduce Sexual Risk Behavior, Substance Use, and Delinquency Among Newly Homeless Youth. *Journal of Adolescent Health*, 50(4): 358–364.
- NIH Publication (2014). Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide. National Institute of Drug Abuse. 14(7953).
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018) Informe Mundial sobre las Drogas 2018. Publicación de las Naciones Unidas, VienaPANI-UNICEF (2009). Política Nacional para la niñez y la adolescencia Costa Rica 2009-2021. San José, Costa Rica.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.
- Papalia, D. (2010). Desarrollo Humano. McGrawHill, España.

- Redondo, S. (2017). Evaluación y tratamiento de delincuentes. Editorial Pirámide, Madrid
- Robbinsa, M. Szapocznika, J.; Horigiana, V.; Feastera, D.; Puccinellia, M.; Jacobsb, P.; Burlew, K., Werstleind, R.; Bachrache, K.; Brighamf, G. (2009). Brief strategic family therapy™ for adolescent drug abusers: A multi-site effectiveness study. *Contemporary Clinical Trials*, 30(3): 269–278.
- Rubio, S. (2013). La pregunta de investigación: el pilar de la excelencia de la enfermería basada en la evidencia. *Enferm Cardiol*, XX (58-59), 23-26.
- Torres, G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39.
- Urra, E. (2010). La revisión sistemática y su relación con la práctica basada en la evidencia en salud. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18(4), 1-8.
- Van Ryzin, M. Roseth, C. Fosco, G. Lee, Y. Chen, C. (2016). A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*, 45-60
- Volkow, N. Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Clinical Psychology Review* 162-180
- Weinberg, N. Rahdert, E. Colliver, Glantz, M. (1998). Adolescent Substance Abuse: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37(3), 278-290.