



## Evidencias de fiabilidad y validez del MAYSI-2 en una muestra española de menores con medidas judiciales terapéuticas

Antonella Pugliese<sup>1</sup>, Stephany Hess-Medler<sup>2</sup>, y Ana M. Martín<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional. Universidad de La Laguna, España

<sup>2</sup> Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología. Universidad de La Laguna, España

**Resumen:** El sistema de justicia juvenil español prevé la asignación de medidas de internamiento terapéutico y tratamiento ambulatorio para los casos con necesidades de salud mental. El propósito de este estudio es aportar evidencias de consistencia interna y validez del Massachusetts Youth Screening Instrument: Second version (MAYSI-2), un instrumento de cribado de necesidades de salud mental diseñado para ser utilizado en justicia juvenil y traducido a diversos idiomas, incluido el español. La muestra estuvo compuesta por 126 adolescentes españoles, mayoritariamente de sexo masculino, de entre 15 y 21 años, que cumplían medidas judiciales terapéuticas. Además de la traducción al español del MAYSI-2 se aplicaron las adaptaciones españolas del MACI y del YLS/CMI. Los resultados obtenidos respaldan el uso de la traducción del MAYSI-2 en el sistema de justicia juvenil español, ya que la estructura original de siete factores se replica en la muestra objeto de estudio. También se constataron evidencias de validez convergente, respecto a las escalas conceptualmente relacionadas del MACI, y de validez divergente, relativas a los factores de riesgo del YLS/CMI. Finalmente, se obtuvieron evidencias de validez discriminante, referidas al tipo de medida judicial terapéutica, a la existencia de un diagnóstico psicopatológico y al riesgo de reincidencia.

**Palabras clave:** MAYSI-2. Cribados de salud mental. Sistema de justicia juvenil. Medidas judiciales terapéuticas. Modelo RNR. Factores de riesgo de reincidencia. Necesidades de salud mental. Principio de capacidad de respuesta. YLS/CMI.

**Title:** Evidence of the reliability and validity of the MAYSI-2 in a Spanish sample of minors serving therapeutic judicial measures.

**Abstract:** The Spanish juvenile justice system provides for the assignment of therapeutic internment and outpatient treatment measures for cases with mental health needs. The purpose of this study is to provide evidences of the internal consistency and validity of the Massachusetts Youth Screening Instrument, second version (MAYSI-2). This is a screening instrument for mental health needs designed for juvenile offenders and translated into several languages, including Spanish. The sample consisted of 126 Spanish adolescents, mostly male, between 15 and 21 years old, who were serving therapeutic judicial measures. In addition to the Spanish translation of the MAYSI-2, the Spanish adaptations of the MACI and the YLS/CMI were applied. The results obtained support the use of the MAYSI-2 translation in the Spanish juvenile justice system, since the original seven-factor structure is replicated in the sample under study. Evidence was also found of convergent validity, regarding the conceptually related scales of the MACI, and of divergent validity for the risk factors of the YLS/CMI. Finally, evidence of discriminant validity was obtained regarding the type of judicial therapeutic measure, the existence of a psychopathological diagnosis and the risk of recidivism.

**Keywords:** MAYSI-2. Mental health screening. Juvenile justice system. Therapeutic judicial measures. RNR model. Recidivism risk factors. Mental health needs. Responsivity principle. YLS/CMI.

## Introducción

Las conductas especialmente violentas o crueles llevadas a cabo por adolescentes con frecuencia suscitan la idea de que consumen drogas o “están locos”. Los medios de comunicación reflejan esta creencia y muchos profesionales terminan por considerarla una evidencia científica. Sin embargo, la relación entre salud mental y delincuencia juvenil es compleja y requiere un abordaje especializado, tanto a nivel de investigación como de prevención y tratamiento (Martín et al., 2025).

En primer lugar, es preciso tener en cuenta que se trata de un vínculo espurio, en ningún caso causal. Muchos de los adolescentes que delinquen carecen de necesidades en salud mental y muchos de los que tienen estas necesidades jamás delinquen. Las necesidades en salud mental no son la causa de la conducta delictiva de la mayoría de los delincuentes juveniles, ni siquiera de aquellos que tienen enfermedades mentales importantes. De hecho, la conducta delictiva de los adolescentes con y sin necesidades en salud mental suele

responder a las mismas causas y motivaciones (Grisso, 2008).

En segundo lugar, que la prevalencia de necesidades en salud mental entre los adolescentes en el sistema de justicia juvenil sea mayor que en la comunidad (Nagel et al., 2016; Underwood y Washington, 2016), y que esta prevalencia haya ido en aumento en los últimos años (Brown y Rojas, 2024), puede tener más que ver con factores estructurales (políticos, económicos, sociales, ambientales, ...) que con la evolución temporal de su perfil delincuencial (Grisso, 2004, 2008). Esto es así en la medida en que en las últimas décadas las políticas sociales han estado dirigidas más a garantizar la seguridad ciudadana y a reducir la alarma social que a la reeducación de los infractores. Por esta razón, como desde las administraciones se teme que quienes tienen necesidades en salud mental sean un riesgo para la sociedad más que para sí mismos, se ha incrementado la probabilidad de que la intervención implique derivarlos al sistema de justicia juvenil en lugar de al sanitario (Brown y Rojas, 2024; Grisso, 2004, 2008; Nagel et al., 2016; Underwood y Washington, 2016).

En tercer lugar, dada la crisis asistencial que experimentan los servicios públicos de salud en general, y de salud mental en particular, muchos padres con recursos limitados piden voluntariamente que la administración asuma la guarda de sus hijos con la esperanza de que se dé respuesta a este tipo de necesidades. Y cuando los servicios comunitarios y/o de protección no lo hacen, terminan acudiendo al sistema de

\* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:

Ana M. Martín. Departamento de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional. Uni-versidad de La Laguna. Apartado Postal 456. 38200-San Cristóbal de La Laguna (España). E-mail: [ammartin@ull.edu.es](mailto:ammartin@ull.edu.es)  
(Artículo recibido: 26-05-2025; revisado: 28-05-2025; aceptado: 10-06-2025)

justicia juvenil en busca de ayuda, aunque esto suponga denunciar a sus propios hijos e hijas. Esta situación se da con frecuencia en casos como los de violencia filioparental que, aunque no suelen estar causados por necesidades en salud mental, empujan a los padres a acudir a la justicia para obtener, no solo medidas de protección para ellos, sino la asistencia que sus hijos no obtendrían de otro modo (Grissó, 2008; Martín et al., 2022; Nagel et al., 2016). Independientemente de cuál sea el origen de la alta prevalencia de las necesidades en salud mental en el sistema de justicia juvenil, lo que está comprobado es que, si no se diagnostican y tratan, reducen la eficacia de los programas de reeducación (McCormick et al., 2017).

Para llevar a cabo el diagnóstico y el tratamiento de las necesidades en salud mental en el sistema de justicia juvenil es preciso tener presente que los adolescentes se encuentran en un período de transición evolutivo normal. Es importante destacar que, aunque casi todas sus conductas y emociones problemáticas podrían considerarse síntomas de trastornos mentales en otras etapas vitales, en este punto de su desarrollo son muy frecuentes y no se consideran patológicas (Grissó, 2004). Por eso, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), funciona peor, si cabe, como instrumento de diagnóstico psicopatológico de jóvenes que de adultos (Leverso et al., 2023; Nagel et al., 2016). Sin embargo, la alternativa al uso del DSM-V no debería ser que las juezas de menores tomaran decisiones sobre a quién imponer una medida judicial terapéutica, y de qué tipo ha de ser esta medida, a partir de primeras impresiones y sin una valoración sistemática de las necesidades en salud mental de los inculpados.

Las medidas judiciales terapéuticas establecidas en la Ley Orgánica 5/2000, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, son el internamiento terapéutico (IT) y el tratamiento ambulatorio (TA). El IT se define como “una atención educativa especializada o tratamiento específico” que se prevé para adolescentes con “adicción al alcohol o a otras drogas” o con “disfunciones significativas en su psiquismo”, con la finalidad de proporcionarles “un contexto estructurado en el que poder realizar una programación terapéutica”. También el TA está indicado para los mismos problemas que el IT, pero en la comunidad, ya que se asume que a quienes se le aplica “disponen de las condiciones adecuadas en su vida”. En el TA se proporcionan diferentes tipos de “asistencia médica y psicológica”, pero “también puede entenderse como una tarea socio-educativa muy específica para un problema bien definido” e implica “asistir al centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que (...) atiendan [a los menores], así como “seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento”. La ley deja al juez la elección del tipo de medida a imponer, y a los técnicos que la ejecutan el tipo de evaluación e intervención que llevarán a cabo.

Una de las propuestas más interesantes para la intervención con adolescentes con necesidades en salud mental en el sistema de justicia juvenil, desarrollada a partir de la evidencia científica, es la de Thomas Grissó (2008; ver también

Underwood y Washington, 2016). Desde este enfoque se diferencian cuatro etapas en la evaluación e intervención durante la ejecución de la medida judicial. En la primera etapa es preciso hacer uso de instrumentos de cribado, para identificar si el menor requiere alguna intervención inmediata y/o una evaluación posterior más profunda (ver Grissó, 2008 y Underwood y Washington, 2016, para una descripción detallada de las otras tres etapas). Esta intervención inmediata es crucial cuando existe un alto riesgo de suicidio o el adolescente está fuera de control por el abuso de alcohol y/o drogas.

El instrumento de cribado más utilizado y con más evidencias de fiabilidad y validez en justicia juvenil es el Massachusetts Youth Screening Instrument: Second version (MAYSI-2) (Grissó et al., 2001). El MAYSI-2 es una lista breve de comprobación que se administra en el primer contacto con el adolescente para identificar posibles necesidades en salud mental que requieran el uso posterior de herramientas de evaluación más exhaustivas. Por lo tanto, su objetivo no es diagnosticar psicopatologías, sino detectar estados de ánimo, síntomas y pensamientos que pueden estar asociados a varios trastornos mentales pero que también pueden presentar adolescentes sin patología alguna (Collins et al., 2015).

El MAYSI-2 fue diseñado para atender las necesidades de los juzgados de menores norteamericanos especializados en salud mental y drogas (Archer et al., 2010). Posteriormente, dada su rapidez de aplicación y su elevada capacidad predictiva, se evaluaron sus propiedades psicométricas y su aplicabilidad en juzgados de menores en general (Grissó et al., 2012). La estructura de siete factores se estableció en el estudio original de Grissó et al. (2001) y se confirmó en otras investigaciones, tanto dentro como fuera del país (Döllitzsch et al., 2017; Grissó et al., 2012; Leenarts et al., 2016; Russell et al., 2017; Williams et al., 2019). La validez convergente y divergente del MAYSI-2 se constató comparando sus escalas con las conceptualmente relacionadas y no relacionadas del Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI; Millon, 1993) y del Youth Self Report (YSR; Achenbach, 1991), en los estudios de Grissó et al. (2001) y de Grissó y Barnum (2006), respectivamente. Las evidencias de validez de criterio se obtuvieron teniendo en cuenta el internamiento en centros cerrados y el tratamiento antes y durante la medida (Aalsma et al., 2015; Grissó y Barnum, 2006; Grissó et al., 2005), mientras que para las de validez predictiva se consideró la reincidencia (Collins y Grissó, 2019) y la intención de suicidio y autolesiones (Shaffer et al., 2018). Varios estudios también han aportado datos sobre la consistencia interna y test-retest del instrumento (Grissó y Barnum, 2006; Grissó et al., 2012; Williams et al., 2019).

A pesar de que las propiedades psicométricas del MAYSI-2 son buenas, se ha recomendado ponerlo a prueba con distintos subgrupos en función del género (Grissó et al., 2001; Williams et al., 2019) y la etnia (Zannella et al., 2018). Respecto al género, se ha comprobado que las adolescentes puntúan más alto en todas las escalas que los adolescentes (Coker et al., 2014; Gouwy et al., 2024). En relación con la

etnia, los norteamericanos de origen anglosajón puntúan más alto que los de otros orígenes en todas las escalas, excepto en las de enfadado-irritado y consumo de sustancias, en las que puntúan más alto los de origen latino (Vincent et al., 2008). Louden et al. (2017) ha argumentado que estas diferencias se deben a que el MAYSI-2 es menos sensible para detectar psicopatología en adolescentes de origen latino. A medida que el MAYSI-2 se ha ido traduciendo a otros idiomas y utilizando fuera de Estados Unidos, se ha planteado que los puntos de corte podrían variar de unos países a otros (Collins et al., 2015; Döllitzsch et al. 2017; Leenarts et al., 2016). Döllitzsch et al. (2017), por ejemplo, constataron diferencias entre suizos y norteamericanos, en interacción con el idioma en el que se administró el instrumento y el género de los adolescentes. En este caso, las diferencias se referían a las escalas enfadado-irritado e ideación suicida, en las que los puntos de corte fueron más elevados para los suizos que para los norteamericanos, sobre todo si contestaban en francés e italiano y si eran chicas.

En nuestro país, Moreno y Andrés-Pueyo (2014) tradujeron el MAYSI-2 al castellano y al catalán, entre otros idiomas, y lo aplicaron a una muestra de adolescentes que se encontraban en el sistema catalán, bien de protección o bien de justicia juvenil. Constataron que los adolescentes de los centros de internamiento eran los que presentaban puntuaciones más altas en todas las escalas, en comparación con los de otros recursos, especialmente en lo que se refiere al consumo de drogas.

Para el sistema de justicia juvenil español es importante que los profesionales dispongan de instrumentos y guías de buenas prácticas que, como el MAYSI-2, estén basados en la evidencia. Sin embargo, si estos instrumentos han sido elaborados en otro país no basta con traducirlos, sino que es necesario adaptarlos al contexto psicológico-forense y a los usuarios a los que se va a aplicar (Puente-López et al., 2024). En este trabajo se intenta dar un paso más en el proceso de adaptación del MAYSI-2, iniciado por Moreno y Andrés-Pueyo (2014), aportando evidencias de validez y de consistencia interna de la traducción española del instrumento (InForSANA, 2012) en una muestra de menores con medidas judiciales terapéuticas. Siguiendo el estudio original de Grisso et al. (2001), se analizarán evidencias de validez de constructo y de consistencia interna del instrumento, así como de validez convergente y divergente respecto a la versión castellana del MACI (Millon, 2004). También se explorará la relación de las escalas del MAYSI-2 con los factores de riesgo de la traducción al español del Youth Level of Service/Case Management Inventory de Hoge et al. (2002) (Inventario de Gestión e Intervención para Jóvenes; Garrido et al., 2006).

## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 126 adolescentes españoles de entre 15 y 21 años ( $M = 18.12$ ;  $DT = 1.24$ ), el

84.9% de género masculino. Cumplían medidas judiciales con contenido terapéutico por delitos de maltrato familiar (34.9%), delitos contra la propiedad sin violencia (19%), o con violencia (18.3%), entre otros. El 54.8% tenía una medida de TA y el resto de IT. Su nivel educativo era en la mitad de los casos de primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) (20.5%) o Formación Profesional Básica (29.5%). La otra mitad cursaba segundo ciclo de ESO (13.9%), Escuela de adultos (12.3%) y, en menor medida, Bachillerato (8.2%), formación no reglada (7.4%) o programas para mejorar el aprendizaje y el rendimiento (2.5%).

### Instrumentos

En esta investigación se utilizaron tres fuentes de datos:

*MAYSI-2 (Grisso y Barnumm, 2006)*

Se administró la adaptación española de Moreno y Andrés-Pueyo (InForSANA, 2012). Consta de 52 ítems que hacen referencia a síntomas o conductas relacionadas con alteraciones emocionales, conductuales y psicológicas. Estos ítems tienen formato de respuesta dicotómica (Sí/No) y se agrupan en siete escalas, de las cuales seis se aplican a ambos sexos: Uso de alcohol/drogas (8 ítems), Enfadado-irritado (9 ítems), Deprimido-ansioso (9 ítems), Quejas somáticas (6 ítems), Ideación suicida (5 ítems) y Experiencias traumáticas (5 ítems). La escala Alteraciones del pensamiento (5 ítems) se recomienda sólo para chicos.

Las puntuaciones en todas estas escalas, excepto la de Experiencias traumáticas, se valoran en relación con dos puntos de corte desarrollados empíricamente: *Precaución* y *Advertencia*. Cuando la puntuación es superior a la de Precaución significa que es necesario realizar una evaluación clínica posterior y, en el caso de que se trate de la escala de Ideación suicida, activar inmediatamente el protocolo de prevención correspondiente. Una puntuación superior a la de Advertencia indica que la persona evaluada está en el 10% superior de la muestra normativa, por lo que es imprescindible llevar a cabo una valoración exhaustiva de sus necesidades en salud mental y una intervención clínica posterior. No hay puntos de corte para la escala de Experiencias traumáticas ya que se usa únicamente para alertar sobre experiencias tempranas adversas, sin especificar síntomas ni el grado de malestar experimentado. La aplicación del instrumento oscila entre 10 y los 15 minutos. La corrección es gratuita, una vez adquirido el manual y realizado el registro ante el distribuidor europeo. La versión original se puede presentar a los participantes en formato de papel y lápiz o mediante un software específico. Grisso et al. (2012) informan que la consistencia interna de las escalas medidas con el alfa de Cronbach oscila entre .70 y .90, excepto para la escala de Trastornos del pensamiento que fue de .54.

### *MACI (Millon, 1993)*

Se administró la adaptación española (Millon, 2004). Consta de 160 ítems con formato de respuesta dicotómica (Verdadero/Falso) referidos a conductas clínicamente inadaptadas en adolescentes, de acuerdo con la descripción del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) y de los esquemas teóricos de Millon (1990). Estos ítems se agrupan en 31 escalas que hacen referencia a patrones de personalidad, preocupaciones y problemas clínicos. En este estudio solo se utilizan cuatro de las escalas de síndromes clínicos: Abuso de sustancias, Afecto depresivo, Tendencia al suicidio y Propensión a la impulsividad. Se han usado las puntuaciones tasa base (TB), transformadas y ajustadas a partir del baremo español. La corrección del cuestionario se realiza con un software que se compra con las hojas de respuesta. La consistencia interna de las escalas calculadas en la versión española tiene valores muy parecidos a los de la muestra original norteamericana, oscilando entre .65 y .91 (Millon, 2004).

### *Expedientes de los menores*

A partir de los expedientes de los menores archivados por la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Familia (DGPIF) del Gobierno de Canarias, entidad pública encargada de la dirección técnica de la ejecución de las medidas judiciales, se obtuvo información sobre: (1) características demográficas, como edad, sexo y nivel académico; (2) características criminológicas, como fecha de comisión del primer delito, tipo de delito actual, antecedentes, tipos y duración de las medidas y conducta violenta durante la ejecución de la medida; (3) tipo de medida terapéutica (Internamiento terapéutico o Tratamiento ambulatorio) y su contenido (control de tóxicos, tratamiento psiquiátrico, tratamiento psicológico y programa de intervención familiar); (4) diagnóstico psicopatológico antes o durante la medida, recurso que realizó el diagnóstico, tratamiento farmacológico, así como frecuencia y tipo de drogas consumidas; y (5) las puntuaciones del Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) de Hoge et al. (2002), en la traducción realizada por Garrido et al. (2006) como inventario de Gestión e Intervención para Jóvenes (IGI-J). El YLS/CMI es un inventario de elección (presencia/ausencia) que se utiliza para medir el riesgo de reincidencia con 42 ítems agrupados por Andrews et al. (2006) en ocho factores de riesgo: Historia delictiva (5 ítems), Pautas educativas (6 ítems), Educación/empleo (7 ítems), Grupo de iguales (4 ítems), Consumo de sustancias (5 ítems), Ocio y diversión (3 ítems), Personalidad (7 ítems) y Actitudes (5 ítems).

### **Procedimiento**

Este estudio formaba parte de un proyecto de investigación más amplio sobre salud mental y justicia juvenil encargado a la Universidad de La Laguna desde la DGPIF. Para

llevarlo a cabo, dicha entidad autorizó a dos investigadoras a acceder a los expedientes de los adolescentes con medidas judiciales, en el marco de la legislación vigente en ese momento sobre protección de datos de carácter personal, y de protección a la infancia y a la adolescencia. A partir de estos expedientes se obtuvo la información demográfica, criminológica y las puntuaciones del IGI-J, descritos en el apartado anterior.

El equipo de investigación presentó a la DGPIF un proyecto en el que se describía la naturaleza del estudio, los instrumentos a utilizar y el procedimiento a seguir. Posteriormente se contactó con los responsables de los recursos en los que los adolescentes cumplían su medida judicial para consensuar el procedimiento a seguir para la administración de cuestionarios. Los técnicos de ejecución de las medidas informaron a los tutores legales de los adolescentes sobre la naturaleza de la investigación y solicitaron que firmaran un consentimiento informado autorizando su participación en el estudio. Entonces se informó a los menores del carácter del estudio, del compromiso de confidencialidad y anonimato de sus respuestas, y se solicitó también que firmaran un consentimiento informado. Se les explicó que los cuestionarios contenían preguntas acerca de sus sentimientos y pensamientos, que los entrevistadores no formaban parte del sistema de justicia juvenil y que sus respuestas no podían influir en la ejecución de su medida judicial.

Los cuestionarios fueron administrados individualmente por colaboradores entrenados en espacios facilitados por las entidades colaboradoras en formato papel. Para comprobar la capacidad y comprensión lectora de los participantes, por si precisaban ayuda, se les pidió que leyieran la primera pregunta del MAYSI-2 en voz alta. En el caso del MACI, las preguntas fueron leídas por el colaborador y el adolescente contestó en la hoja de respuesta. A cada participante se le asignó un código para poder emparejar sus respuestas a los cuestionarios y la información extraída de su expediente preservando su anonimato.

### **Análisis de datos**

Los datos obtenidos fueron analizados con los paquetes estadísticos IBM SPSS Statistics 26 y Jamovi 2.3.28. En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de las características criminológicas y terapéuticas de la muestra. A continuación, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio con las respuestas a los 52 ítems del MAYSI-2, para comprobar que la estructura original de siete factores (Grisso y Barnumm, 2006; Grisso et al., 2001) se replicaba en la muestra objeto de estudio. Dado que el formato de respuesta a los ítems es dicotómico se optó por el método Robust Weighted Least Squares. Como índices de ajuste del modelo se utilizaron el Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), el Comparative Fit Index (CFI), el Tucker-Lewis Index (TLI), y el Nonnormal Fit Index (NNFI) (López-Pina y Veas, 2024). Se prefirieron estos índices al  $\chi^2$  ya que son menos sensibles al tamaño de la muestra. El criterio de refe-

rencia para considerar que el ajuste del modelo era aceptable fue  $\geq .90$  para todos los índices excepto para el CFI que fue  $\leq .06$  (Gaskin et al., 2025; Hu y Bentler, 1999). También se calculó la consistencia interna de las escalas, el sumatorio de las respuestas positivas a cada uno de los ítems de cada escala, los estadísticos descriptivos correspondientes y las correlaciones entre las puntuaciones en las escalas del MAYSI-2 y las puntuaciones Tasa de Base (TB) de las escalas de síndromes clínicos conceptualmente relacionadas del MACI.

Posteriormente se estimaron las curvas ROC (Receiver Operating Characteristic) de las escalas del MAYSI-2 en relación con las puntuaciones TB de las escalas de síndromes clínicos conceptualmente relacionadas del MACI. La representación de las curvas ROC se utilizó para calcular la probabilidad de clasificar correctamente con las escalas del MAYSI-2 a los individuos con un nivel de riesgo que aconsejara la aplicación de un protocolo de prevención del suicidio y/o una evaluación clínica más exhaustiva. Como la capacidad discriminante de la curva ROC depende del valor umbral (punto de corte) seleccionado, se calculó, además del área por debajo de la curva (AUC), los valores de sensibilidad, entendida como la probabilidad de clasificar correctamente a los participantes de riesgo, así como de especificidad, entendida como la probabilidad de clasificar correctamente a los individuos de no riesgo.

Respecto al área por debajo la curva, se consideró que un AUC  $\geq .70$  maximiza los verdaderos positivos y minimiza los falsos positivos, en términos de las puntuaciones TB en cada escala clínica conceptualmente relacionada del MACI (Grisso et al., 2001). Para obtener los puntos de corte que permiten establecer a partir de qué puntuación del MAYSI-2 se considera que existe riesgo de que un individuo tenga necesidades de salud mental, se tuvieron en cuenta los valores de sensibilidad y especificidad. Entre los distintos criterios disponibles para seleccionar estos puntos de corte se optó por el propuesto por Unal (2017), consistente en minimizar la diferencia entre los verdaderos y los falsos positivos. Este criterio permite clasificar correctamente al mayor porcentaje de menores que requerían una intervención inmediata (p.e. intento de suicidio) y/o una evaluación más profunda (p.e. necesidad de tratamiento psicológico o psiquiátrico), aun a riesgo de incluir algunos casos que no las requerían.

Se eligió esta opción, frente a otras más conservadoras, teniendo en cuenta: 1) las características de los menores con medidas judiciales con los que se va a utilizar el instrumento; 2) que se trata de un instrumento de cribado cuya utilización debe ir siempre complementada con la evaluación clínica y/o forense; y 3) que se requieren dos puntos de corte, Precaución y Advertencia, para decidir si es necesaria una evaluación clínica más exhaustiva que permita determinar si existen o no necesidades de salud mental o si, existiendo esas necesidades de salud mental, cuál ha de ser la intervención clínica más adecuada, respectivamente. En la escala de Tendencia al Suicidio el protocolo de prevención correspondiente ha de activarse, aunque el punto de corte sea solo de Precaución,

dadas las implicaciones que puede tener no hacerlo (Quevedo-Blasco et al., 2023).

También se calcularon las correlaciones entre las escalas del MAYSI-2 y los factores de riesgo del YLS/CMI. Finalmente, se llevaron a cabo cuatro análisis discriminantes utilizando las escalas del MAYSI-2 y como variables clasificatorias Tipo de medida terapéutica, Diagnóstico psicopatológico, Antecedentes y Riesgo de reincidencia total.

## Resultados

Los resultados obtenidos se presentan en varios apartados. En primer lugar, se describen las características criminológicas y terapéuticas de la muestra. A continuación, se aportan las evidencias de validez de constructo y de consistencia interna de las escalas del MAYSI-2, así como de validez convergente y divergente en relación con las escalas de síndromes clínicos del MACI y de los factores de riesgo del YLS/CMI. Finalmente se presentan las evidencias de validez discriminante de las escalas del MAYSI-2 en relación con el Tipo de medida terapéutica (IT o TA), Diagnóstico psicopatológico (Si/No) y Riesgo de reincidencia total (bajo-moderado y alto).

### Características criminológicas y terapéuticas

La edad a la que los participantes habían cometido su primer delito oscilaba entre los 12 y los 17 años ( $M = 15.72$ ;  $DT = 1.15$ ), con la moda en 14 años (31.5%) y decreciendo en años sucesivos. Un 55.6% tenía antecedentes, que oscilaban entre 1 a 16 delitos ( $M = 3.53$ ;  $DT = 3.63$ ). En el 34.9% de los expedientes constaba algún tipo de conducta violenta durante la ejecución de la medida. Al 42.1% de los menores se les había asignado dos medidas y al 38.9% tres. La duración de las medidas oscilaba entre los 4 y los 40 meses ( $M = 16.56$ ;  $DT = 7.85$ ).

El contenido del tratamiento más habitual asociado a las medidas terapéuticas era exclusivamente el control de tóxicos (23%), seguido de las combinaciones de éste con, bien solo tratamiento psicológico, o bien tratamiento psicológico y psiquiátrico (16% en cada caso). El control de tóxicos se excluyó solamente en el 2 - 5% de cada combinación posible. El programa de intervención familiar apareció siempre combinado con uno o varios de los restantes tratamientos.

Un 34.9% de la muestra tenía algún diagnóstico psicopatológico previo, anterior a la medida en el 23% de los casos. Estos diagnósticos fueron realizados por profesionales de centros públicos de salud (52.2%), particulares o del sistema de justicia juvenil, en la misma proporción (21.7%). Durante la medida se diagnosticó un 11.9% más de casos, casi todos por alguna psicóloga o psiquiatra del sistema de justicia juvenil (91.35%). Los diagnósticos más frecuentes fueron Trastorno antisocial de la personalidad (40%), seguido de Trastornos por consumo de cannabis (13.3%) y Trastorno mixto de personalidad (13.3%).

Un 28.6% de la muestra tenía pautado entre uno y tres fármacos ( $M = 1.61$ ;  $DT = 60$ ), mayoritariamente antipsicóticos (71.9%), antidepresivos (12.5%), ansiolíticos, hipnóticos y sedantes (6.3%) y antiepilepticos (6.3%). Un 23% eran consumidores habituales de tabaco y el 92.1% de una a cuatro drogas diferentes ( $M = 1.97$ ;  $DT = 1.11$ ). Entre las drogas distintas del tabaco, destacaban los derivados del cannabis (96.6%), cocaína (37.1%), benzodiacepinas (23.3%), alcohol (22.4%) y MDMA (14.7%). En cuanto a la frecuencia del consumo, el 57% de la muestra se declaró abstинente, un 28.6% de consumo diario, un 6.3% semanal y un 7.9% declaró que nunca consumía.

#### Evidencias de validez de constructo y consistencia interna de las escalas del MAYSI-2

Para comprobar si la estructura original del MAYSI-2 se replicaba con la traducción en la muestra española, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio. Dado que el formato de respuesta a los ítems es dicotómico se optó por el método Robust Weighted Least Squares. Aunque  $\chi^2$  fue estadísticamente significativo ( $\chi^2(839) = 978$ ,  $p < .001$ ), los valores de los restantes indicadores de ajuste del modelo de siete factores fueron adecuados ( $CFI = .92$ ;  $TLI = .91$ ;  $NNFI = .91$ ;  $RMSEA = .036$ ). Todos los ítems se relacionaron de forma estadísticamente significativa con las variables latentes correspondientes, excepto el 50 (¿Te han violado o has estado en peligro de sufrir una agresión sexual?) y el 51 (¿Tienes pensamientos o sueños acerca de que algo malo te puede suceder?) con la variable Experiencias traumáticas.

La composición de la escala de Experiencias traumáticas se definió originalmente dependiendo del género, pero en esta ocasión se hizo incluyendo tanto los ítems correspondientes a los chicos como a las chicas. El ítem 46 (¿Crees que los demás hablan mucho de ti cuando tú no estás?), que en la versión original se incluía sólo en el caso de las chicas, en este estudio se ajustó adecuadamente a la escala con la muestra total. El ítem 50, por el contrario, no se relacionó significativamente con el factor. El ítem 51, que era común para ambos géneros, tampoco se ajustó y, como además puntuaba en el factor Deprimido-ansioso, se optó por mantenerlo solo en este último, a pesar de que en el estudio original se incluía en ambos factores. Los valores de  $\beta$  fueron superiores a .35 en el resto de los casos.

Teniendo en cuenta la naturaleza dicotómica de la escala de respuesta del MAYSI-2, la consistencia interna se calculó mediante el  $\alpha$  y el  $\omega$  ordinales. La Tabla 1 muestra los valores obtenidos, así como los estadísticos descriptivos de las puntuaciones que resultaron de sumar las respuestas afirmativas a los ítems de cada escala.

Los índices fueron muy buenos para las escalas Alcohol/drogas e Ideación suicida, y buenos para las escalas Deprimido-Ansioso, Quejas somáticas, Enfadado-Irritado y Alteraciones del pensamiento. Los valores de la escala Experiencias traumáticas se mantuvieron por debajo de .60, incluso eliminando los ítems 50 y 51.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos y consistencia interna de las escalas del MAYSI-2

Escalas del MAYSI-2	<i>M</i> ( <i>DT</i> )	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	$\alpha$	$\omega$
Alcohol/drogas	4.38 (2.56)	0	8	.91	.93
Deprimido-ansioso	2.57 (2.17)	0	8	.79	.80
Ideación suicida	1.17 (1.67)	0	5	.95	.96
Enfadado-irritado	4.66 (2.28)	0	9	.77	.78
Quejas somáticas	2.31 (1.66)	0	6	.77	.78
Alteraciones del pensamiento	1.10 (1.14)	0	5	.70	.76
Experiencias traumáticas*	2.29 (1.14)	0	4	.54	.56

Nota.  $\alpha$  y  $\omega$  son para escalas ordinales. \*Eliminando los ítems 50 y 51.

#### Evidencia de validez convergente de las escalas del MAYSI-2 en relación con las escalas de síndromes clínicos conceptualmente relacionadas del MACI y con los factores de riesgo del YLS/CMI

En primer lugar, se calcularon las correlaciones de los sumatorios de las puntuaciones de las cuatro escalas del MAYSI-2 con las puntuaciones TB en las cuatro escalas de síndromes clínicas conceptualmente relacionadas del MACI. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2

Correlaciones entre las escalas del MAYSI-2 y las escalas de síndromes clínicos conceptualmente relacionadas del MACI

Escalas del MAYSI-2	Escalas de síndromes clínicos conceptualmente relacionadas del MACI			
	Inclinación al abuso de depresivo	Afecto al suicidio	Tendencia a la sustancias	Propensión a la impulsividad
Alcohol/drogas	.43***	.01	.05	.34***
Deprimido-ansioso	.23*	.56***	.45***	.31**
Ideación suicida	.04	.53***	.47***	.12
Enfadado-irritado	.30**	.50***	.39***	.41***

Nota. \*\*\* $p < .001$  \*\* $p < .01$  \* $p < .05$ 

Las escalas del MACI Inclinación al abuso de sustancias, Afecto depresivo, Tendencia al suicidio y Propensión a la impulsividad tienen, tal como se esperaba, la mayor correlación con las escalas Alcohol/drogas, Deprimido-ansioso, Ideación suicida y Enfadado-irritado del MAYSI-2, respectivamente. Además, se observan otras correlaciones conceptualmente lógicas como Deprimido-ansioso y Tendencia al suicido, Ideación suicida y Afecto-depresivo, así como Enfadado-irritado con Afecto-depresivo y Tendencia al suicidio.

A continuación, se calcularon las correlaciones de los sumatorios de las puntuaciones de las mismas cuatro escalas del MAYSI-2 con los factores de riesgo del YLS/CMI. Estas correlaciones, que aparecen reflejadas en la Tabla 3, solo fueron sustancialmente significativas ( $r > .30$ ) entre la escala Alcohol/drogas y los factores de riesgo Consumo de sustancias, Historia delictiva, Riesgo de reincidencia total y Grupo de iguales.

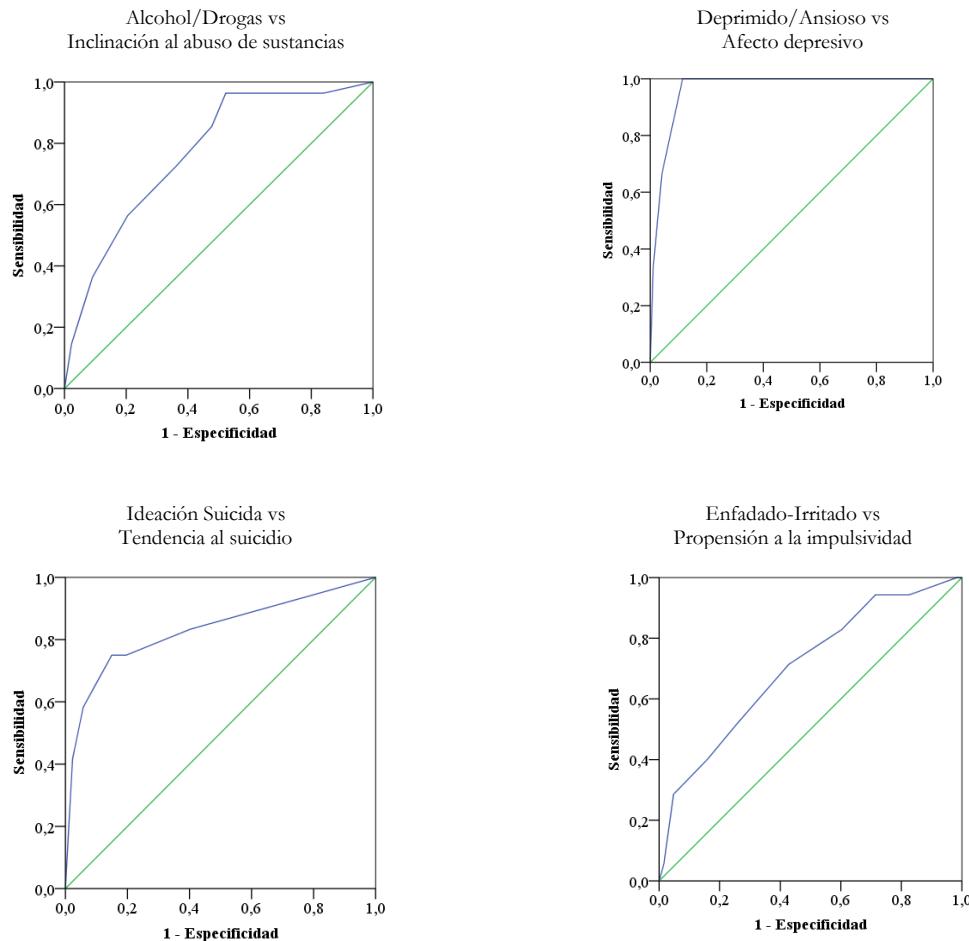
**Tabla 3***Correlaciones entre las puntuaciones totales en las escalas del MAYSI-2 y los factores de riesgo del YLS/CMI*

Factores de riesgo YLS/CMI	Escalas del MAYSI-2			
	Alcohol/drogas	Deprimido-ansioso	Ideación suicida	Enfadado-irritado
Historia delictiva	.35***	.08	-.05	.15
Pautas educativas	-.02	.05	.20*	-.08
Educación/empleo	.11	.03	-.01	-.03
Grupo de iguales	.32***	.06	-.01	.11
Consumo de sustancias	.48***	.15	.17	.28***
Ocio/diversión	.24**	.13	.09	.08
Personalidad	-.00	-.02	.09	-.03
Actitudes	.21*	-.08	.08	-.03
Riesgo de reincidencia total	.33***	.07	.11	.08
Riesgo de reincidencia estimado	.23*	.06	.08	.10

Nota. \*\*\* $p = .001$  \*\* $p = .05$  \* $p = .05$

A continuación, se llevó a cabo un estudio de curvas ROC relacionando las escalas del MAYSI-2 con las escalas de síndromes clínicos conceptualmente relacionadas del MACI, tal como se hizo con el instrumento original (Grisso et al., 2001). Para ello, se emplearon los sumatorios de las

respuestas positivas a cada uno de los ítems de cada escala del MAYSI-2 y las puntuaciones TB del MACI. La Tabla 4 y la Figura 1 muestran el área bajo la curva (AUC) y el intervalo de confianza al 95% para cada emparejamiento.

**Figura 1***Curvas ROC de puntuaciones totales en las escalas del MAYSI-2 en relación con las puntuaciones TB en escalas de síndromes clínicos conceptualmente relacionadas del MACI*

**Tabla 4**

Índices de las curvas ROC para las escalas del MAYSI-2 y las escalas de síndromes clínicos conceptualmente relacionadas del MACI

Escalas (MAYSI-2 MACI)	AUC	IC95%	Error estándar	p
Alcohol/drogas				
Inclinación al abuso de sustancias	.77	[.67, .86]	.05	.001
Deprimido-ansioso				
Afecto depresivo	.96	[.92, 1]	.03	.006
Ideación suicida				
Tendencia al suicidio	.83	[.68, .98]	.08	.001
Enfadado-irritado				
Propensión a la impulsividad	.70	[.60, .81]	.06	.001

Estos resultados indican que la exactitud de clasificación es estadísticamente significativa en todos los casos, siendo la curva de la escala Deprimido-Ansioso con la escala de Afec-

tos depresivos la que presenta un valor más alto, clasificando correctamente al 96% de los menores que requieren seguimiento. La curva de la escala de Enfadado-Irritado con la escala Propensión a la impulsividad es la que tiene el porcentaje más bajo, pero sin dejar de alcanzar el 70%, lo que indica que incluso en este caso se maximizan los verdaderos positivos y se minimizan los falsos positivos (Grisso et al., 2001).

La Tabla 5 muestra los valores umbral de Precaución y Advertencia de las escalas del MAYSI-2 en el estudio original y los propuestos desde la muestra actual. Entre los distintos criterios disponibles para seleccionar estos puntos de corte (Unal, 2017), se optó por clasificar correctamente el mayor porcentaje de menores que requerían una intervención inmediata (suicidio) o una evaluación posterior más profunda, aun a riesgo de incluir casos que no lo necesitaran.

**Tabla 5**

Valores umbral de Precaución y Advertencia para las escalas del MAYSI-2 establecidas a partir del MACI en el estudio actual y en el original, así como sus valores de sensibilidad y especificidad

Escalas del MAYSI-2	Umbral de Precaución			Umbral de Advertencia		
	Valor umbral	Sensibilidad	1-Especificidad	Valor umbral	Sensibilidad	1-Especificidad
Alcohol/drogas vs Inclinación al abuso de sustancias	4 (4)	.85	.48	6 (7)	.56 (.36)	.20 (.09)
Deprimido-Ansioso vs Afecto depresivo	3 (3)	1	.45	6 (6)	1	.12
Ideación suicida vs Tendencia al suicidio	1 (2)	.83 (.75)	.40 (.20)	3 (3)	.75	.15
Enfadado-Irritado vs Propensión a la impulsividad	5 (5)	.71	.43	7 (8)	.40 (.29)	.16 (.05)

Nota. Entre paréntesis, los valores umbral del manual original (Grisso y Barnum, 2006) y los índices que se obtendrían con ellos en esta muestra cuando son diferentes.

De esta forma, tal como refleja la Tabla 5, los puntos de corte para la Precaución que se proponen permiten clasificar correctamente (sensibilidad/verdaderos positivos) más allá del 80% (excepto para Enfadado-Irritado que es el 71%), manteniendo los falsos positivos (1-especificidad) por debajo del 48%. Sin embargo, en los umbrales de Advertencia, se prioriza mantener baja la tasa de falsos positivos (inferiores al 20%), aún a costa de perder algo de especificidad (entre el 40 y el 100%).

#### Evidencias de la validez discriminante del MAYSI-2 en relación con el Tipo de medida terapéutica, Diagnóstico psicopatológico y Riesgo de reincidencia total

Se llevaron a cabo cuatro análisis discriminantes utilizando como variables discriminantes las escalas Alcohol/drogas, Deprimido-ansioso, Enfadado-irritado, Ideación suicida, Quejas somáticas y Alteraciones del pensamiento del MAYSI-2, y como variables clasificadoras Tipo de medida terapéutica (IT o TA), Diagnóstico psicopatológico (No/Sí), Antecedentes (No/Sí) y Riesgo de reincidencia total (Bajo o Moderado/Alto). La escala Experiencias traumáticas se excluyó de los análisis debido al bajo valor de consistencia in-

terna. En los cuatro análisis se obtuvo una única función discriminante que, en tres de ellos, permite diferenciar significativamente entre los grupos de adolescentes establecidos en función de las variables clasificadoras. Los resultados obtenidos se resumen en la Tabla 6.

Cuando la variable clasificatoria es el Tipo de medida terapéutica (IT/TA), las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos se constatan para la escala Alcohol/Drogas ( $F(1, 123) = 15.575, p < .001, \eta^2 = .11$ ) (ver Figura 2). La función discriminante permite clasificar correctamente al 67.2% de los casos del total de la muestra, el 73.7% de IT y el 61.8% de TA.

Las diferencias estadísticamente significativas para la variable clasificatoria Diagnóstico psicopatológico (No/Sí), se obtienen en la escala Enfadado-Irritado ( $F(1, 123) = 8.304, p < .01, \eta^2 = .06$ ) (ver Figura 3). La función discriminante permite clasificar correctamente al 60.8% de los casos del total de la muestra, el 61.4% de los menores que sí habían sido diagnosticados y el 60.5% de los que no lo habían sido.

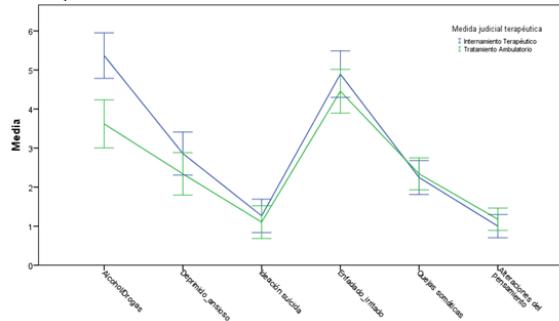
**Tabla 6**

Resumen de resultados de los análisis discriminantes de las escalas del MAYSI-2 en relación con las variables Tipo de medida terapéutica, Diagnóstico psicopatológico, Antecedentes y Riesgo de reincidencia total

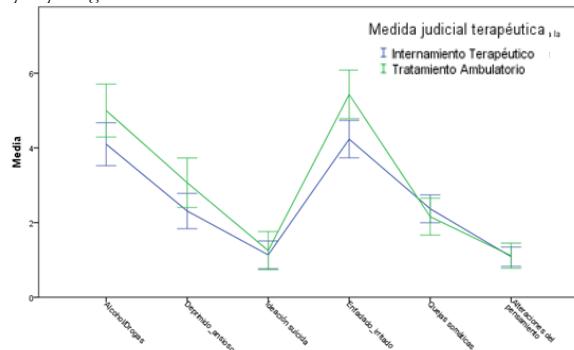
Variable clasificatoria	Significación función discriminante	Centroides
Tipo de medida terapéutica	( $\lambda = .82; \chi^2(6) = 23.113; p < .001$ )	IT .49 TA -.42
Diagnóstico psicopatológico	( $\lambda = .89; \chi^2(6) = 14.11; p = .028$ )	No -.26 Sí .47
Antecedentes	( $\lambda = .93; \chi^2(6) = 9.057; p = .170$ )	No -.31 Sí .25
Riesgo de reincidencia total	( $\lambda = .86; \chi^2(6) = 18.27; p = .006$ )	Bajo -.42 Moderado/Alto .39

**Figura 2**

Diferencias de medias en las escalas del MAYSI-2 entre los dos grupos de medidas judiciales terapéuticas

**Figura 3**

Diferencias de medias en las escalas del MAYSI-2 entre los menores con y sin Diagnóstico psicopatológico

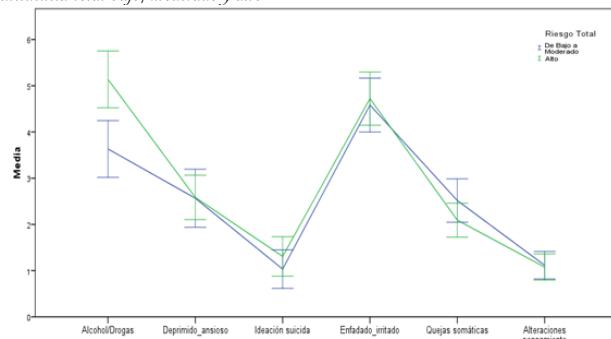


En el análisis discriminante con la variable clasificatoria Antecedentes (No/Sí), no se obtuvo ninguna función estadísticamente significativa.

Por último, con el Riesgo de reincidencia total (Bajo o Moderado/Alto) como variable clasificatoria, las diferencias estadísticamente significativas se dan en relación con la variable Alcohol/drogas ( $F(1,123) = 11.914, p < .001, \eta^2 = .08$ ) (ver Figura 4). Esta función permitió clasificar correctamente al 64% de los casos del total de la muestra, el 69.2% de los menores con Riesgo de reincidencia total alto y el 58.3% de bajo a moderado.

**Figura 4**

Diferencias de medias en las escalas del MAYSI-2 entre los menores con un Riesgo de reincidencia total bajo/moderado y alto



## Discusión

El objetivo fundamental de esta investigación era buscar evidencias de validez y consistencia interna de la adaptación española del MAYSI-2, como instrumento de cribado para problemas de salud mental y consumo de drogas, en una muestra de adolescentes con medidas judiciales terapéuticas. Los resultados obtenidos indican, en primer lugar, que la estructura original de siete factores se replica con el instrumento traducido y la muestra objeto de estudio. Este hallazgo es coherente con Grisso et al. (2001) y con investigaciones posteriores realizados tanto dentro como fuera de EEUU (Döllitzsch et al., 2017; Grisso et al., 2012; Leenarts et al., 2016; Russell et al., 2017; Williams et al., 2019). En esta ocasión, no obstante, se ha ido más allá de la réplica, utilizando por primera vez análisis estadísticos acordes a la naturaleza dicotómica de la escala de respuestas de los ítems.

Los índices de ajuste del modelo factorial fueron buenos y todos los ítems se relacionaron de forma adecuada con sus respectivas escalas, excepto el 50 y el 51 respecto al factor de experiencias traumáticas. Aunque en el trabajo original de Grisso et al. (2001) la composición de este factor fue diferente para los y las adolescentes, la muestra actual no permitió llevar a cabo un análisis de invarianza de medición por género, ya que las adolescentes constituyían solo un 15% del total. Por ello, se optó por analizar conjuntamente los ítems que originalmente se estudiaron por separado, comprobando que

el ítem 46 funcionó bien, pero no el 50 y el 51. Este resultado parece razonable dado que el 50 también tiene peso en el factor deprimido-ansioso y el 51 suele ser un factor traumático más frecuente entre las adolescentes (*¿Te han violado o has estado en peligro de sufrir una agresión sexual?*). La escala alteraciones del pensamiento se ajustó correctamente con toda la muestra, probablemente porque el 85% eran adolescentes de género masculino.

La limitación que supone el reducido número de participantes de género femenino en la muestra responde al hecho de que la proporción de mujeres en cualquier sistema penal es mucho menor que la de hombres, tanto si se trata de adultos como de jóvenes. Para subsanar esta dificultad, la investigación futura con población judicializada debería integrar, en una misma muestra, participantes de ambos géneros procedentes de distintas comunidades autónomas y, para ello, necesitará la colaboración, no solo del Gobierno Central y de la Generalitat de Cataluña si son personas adultas, sino de los distintos gobiernos autonómicos si son adolescentes. Hasta que la investigación no cuente con esta colaboración, no será posible realizar análisis de invarianza de medición del MAYSI-2 en función del género, u otras variables clasificadorias, en el sistema penal español.

A pesar de esta dificultad, los valores de consistencia interna de todas las escalas fueron buenos, excepto en el caso de la escala experiencias traumáticas que, incluso después de eliminar los ítems problemáticos, no llegó a alcanzar el mínimo requerido. Las implicaciones prácticas de este déficit no son importantes, ya que esta escala se usa únicamente para alertar sobre la existencia de experiencias tempranas adversas, sin especificar los síntomas ni el grado de malestar experimentado. La investigación futura debería, no obstante, utilizar muestras más grandes para obtener más evidencias de consistencia, no solo interna, sino test-retest e inter-jueces.

Un segundo resultado a resaltar se refiere a las evidencias de validez convergente y divergente del MAYSI-2, en relación con las escalas conceptualmente relacionadas del MACI y los factores de riesgo del YLS/CMI. Las correlaciones obtenidas entre las escalas del MAYSI-2 y del MACI replicaron los resultados obtenidos por Grisso et al. (2012). También se obtuvieron evidencias de validez convergente al analizar las curvas ROC, ya que en todos los casos el área por debajo de la curva fue igual o superior a .70. El establecimiento de los puntos de corte se llevó a cabo primando la correcta clasificación del mayor porcentaje de adolescentes que realmente requerirían un seguimiento o intervención posterior, aun a riesgo de incrementar ligeramente el porcentaje de los que en realidad no lo requerían. Esta precaución es especialmente importante en el caso de la escala de ideación suicida, ya que el suicidio es un riesgo grave que suele darse en el 20% de los ingresos en el sistema de justicia juvenil y, al manifestarse con una sintomatología internalizante, suele infradiagnosticarse (Ford et al., 2008; Lorenzo-Latorre et al., 2025). Además, un error diagnóstico de la intención suicida, que implique la muerte o lesiones graves para el usuario, puede tener responsabilidad civil para el técnico (Quevedo-Blasco et al.,

2023). Por ello, parece razonable correr un mayor riesgo de falsos positivos que de falsos negativos.

Tal como se esperaba, las relaciones del MAYSI-2 con el YLS/CMI no fueron estadísticamente significativas, salvo en lo que se refiere al consumo de drogas. Como este es el primer estudio en el que se utilizan simultáneamente ambos instrumentos, no es posible establecer comparaciones. Los resultados, no obstante, son coherentes con la evidencia que pone de manifiesto que las necesidades en salud mental no son un factor de riesgo de reincidencia, salvo en el caso del consumo de drogas. En este sentido, el modelo de reeducación de delincuentes más utilizado y evaluado hasta el momento, el Risk-Need-Responsivity model (Andrew et al., 2006), conceptualiza el consumo de drogas como un factor de riesgo, mientras que las necesidades en salud mental son consideradas una parte de la capacidad de respuesta frente al tratamiento (McCormick et al., 2017).

Las evidencias de validez discriminante obtenidas se refieren al tipo de medida terapéutica, a la existencia de un diagnóstico psicopatológico y al riesgo de reincidencia. El consumo de drogas es la escala que permite diferenciar entre los adolescentes a los que se impuso una medida de internamiento o ambulatoria, y entre los de riesgo bajo-moderado y riesgo alto. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por Grisso et al. (2001) y por Moreno y Andrés-Pueyo (2014), quienes encontraron puntuaciones más altas en esta escala para los adolescentes en internamiento, en EEUU y en Cataluña, respectivamente.

En lo que respecta al diagnóstico psicopatológico previo, el que la escala enfadado-irritado haya sido la que permitiera discriminar entre los dos grupos puede entenderse teniendo en cuenta que la mayoría de los diagnósticos de la muestra son de trastornos de tipo externalizante, que suelen manifestarse con expresiones de ira, enfado e irritabilidad. La derivación a la intervención psicopatológica se suele hacer priorizando síntomas externalizantes (hostilidad, consumo) frente a internalizantes (ansiedad, tristeza), tal vez porque estos últimos son más difíciles de detectar a simple vista (Magalhães y Camilo, 2023; Sainero et al., 2015). Pero si queremos ser eficaces al dar respuesta a las necesidades en salud mental de los adolescentes en el sistema de justicia juvenil es imprescindible detectar y evaluar ambas sintomatologías (Hay et al., 2018).

En este contexto, el MAYSI-2 puede ser útil como instrumento de cribado para unos servicios públicos que no cuentan actualmente con los recursos necesarios para realizar evaluaciones exhaustivas a todos los adolescentes que entran en el sistema de justicia juvenil. En este sentido, la gratuidad del MAYSI-2 es una ventaja que se une a la rapidez con la que se aplica y puntúa, frente a otros instrumentos utilizados actualmente en la asignación y ejecución de medidas judiciales. Es cierto que ningún cribado puede sustituir la evaluación psicopatológica individualizada que permite establecer los objetivos del tratamiento (Swank y Gagnon, 2017), pero sí ayuda a identificar de forma rápida, y con un nivel de error aceptable, a los adolescentes que verdaderamente la necesi-

tan. De este modo, se podría dedicar los escasos recursos de tratamiento disponibles a estos adolescentes, independientemente de que su sintomatología sea externalizante o internalizante (Colins et al., 2015; Grisso, 2005). Ello redundaría en que las decisiones relativas a la imposición y la ejecución de medidas judiciales en general, y de contenido terapéutico en particular, se hicieran siempre partiendo de evaluaciones basadas en evidencia y nunca de primeras impresiones.

## Referencias

- Aalsma, M. C., White, L. M., Lau, K. S. L., Perkins, A., Monahan, P., & Grisso, T. (2015). Behavioral health care needs, detention-based care, and criminal recidivism at community reentry from juvenile detention: A multisite survival curve analysis. *American Journal of Public Health, 105*(7), 1372-1378. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302529>
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* (4<sup>a</sup> Ed). Masson.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, S. J. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency, 52*(1), 7-27. <https://doi.org/10.1177/0011128705281756>
- Archer, R. P., Simonds-Bisbee, E. C., Spiegel, D. R., Handel, R. W., & Elkins, D. E. (2010). Validity of the Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2) scales in juvenile justice settings. *Journal of Personality Assessment, 92*(4), 337-348. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.482009>
- Brown, S., & Rojas-Pérez, O. F. (2024). Juvenile justice-based interdisciplinary collective care: an innovative approach. *Community mental health journal, 60*(6), 1042-1054. <http://doi.org/10.1007/s10597-024-01285-4>
- Coker, K. L., Wernsman, J., Ikpe, U. N., Brooks, J. S., Bushell, L. L., & Kahn, B. A. (2014). Using the Massachusetts Youth Screening Instrument-Version 2 on a community sample of African American and Latino/a juvenile offender to identify mental health and substance abuse treatment needs. *Criminal justice and behavior, 41*(4), 492-511. <https://doi.org/10.1177/0093854813505565>
- Collins, O. F., & Grisso, T. (2019). The relation between mental health problems and future violence among detained male juveniles. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 13*(4), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9476-4>
- Collins, O., Grisso, T., Vahl, P., Guy, L., Mulder, E., Hornby, N., Pronk, C., Markus, M., Doreleijers, T., & Vermeiren, R. (2015). Standardized screening for mental health needs of detained youths from various ethnic origins: The Dutch Massachusetts youth screening instrument-second version (MAYSI-2). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 37*(3), 481-492. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9476-4>
- Döllitzsch, L., Leenarts, L. E. W., Schmeck, K., Fegert, J. M., Grisso, T., & Schmid, M. (2017). Diagnostic performance and optimal cut-off scores of the Massachusetts Youth Screening Instrument-Second Version in a sample of Swiss youths in welfare and juvenile justice institutions. *BMC Psychiatry, 17*, 61. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1197-2>
- Garrido, V., López, E., Silva, T., López, M.J., & Molina, P. (2006). *El modelo de competencia social de la ley de Menores*. Tirant lo Blanch.
- Gaskin, J. E., Lowry, P. B., Rosengren, W., & Fife, P. T. (2025). Essential validation criteria for rigorous covariance-based structural equation modelling. *Information Systems Journal*. <https://doi.org/10.1111/isj.12598>
- Gouwy, M. C., Verbeke, L., Dierckx, K., Van Damme, L., Collins, O., & De Clercq, B. (2024). Toward a better understanding of gender differences in psychopathology in detained adolescents: The role of maladaptive personality traits. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice, 24*(3), 296-313. <https://doi.org/10.1080/24732850.2022.2127345>
- Grisso, T. (2004). *Double jeopardy: Adolescent offenders with mental disorders*. University of Chicago Press.
- Grisso, T. (2008). Adolescent offenders with mental disorders. *The future of children, 18* (2), 143-164. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0016>
- Grisso, T., y Barnum, R. (2006). *Massachusetts youth screening instrument version 2: User's manual and technical report*. Professional Resource Press.
- Grisso, T., Barnum, R., Fletcher, K. E., Cauffman, E., & Peuschold, D. (2001). Massachusetts Youth Screening Instrument for mental health needs of juvenile justice youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(5), 541-548. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00013>
- Grisso, T., Fusco, S., Paiva-Salisbury, M., Perrauot, R., Williams, V., & Barnum, R. (2012). *The Massachusetts Youth Screening Instrument-Version 2 (MAYSI-2): Comprehensive research review*. University of Massachusetts.
- Grisso, T., Vincent, G., & Seagrave, D. (2005). *Mental health screening and assessment in juvenile justice*. Guilford Press.
- Hay, C., Ladwig, S., & Campion, B. (2018). Tracing the rise of evidence-based juvenile justice in Florida. *Victims & offenders, 13*(3), 312-335. <https://doi.org/10.1080/15564886.2017.1289995>
- Hoge, R. D., Andrews, D. A., & Leschied, A. W. (2002). *Youth Level of Service/Case Management Inventory: User's manual*. Multi-Health Systems.
- Hu, L., & Bentler P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- InForSANA (2012). *Massachusetts Youth Screening Instrument-Version 2, MAYSI-2. Mini-manual estándar internacional. Versión española*. University Medical Center.
- Leenarts, L. E. W., Döllitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., Grisso, T., & Schmid, M. (2016). Relationship between Massachusetts Youth Screening Instrument second version and psychiatric disorders in youths in welfare and juvenile justice institutions in Switzerland. *BMC Psychiatry, 16*, 340. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1032-1>
- Leverso, J., Ferraro, A. C., Fernandes, A. D., & Herting, J. R. (2023). Life course statuses of justice-involved youth transitioning to adulthood: Differences and change in offending and mental health. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology, 9*(2), 273-302. <https://doi.org/10.1007/s40865-023-00226-1>
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. *Boletín Oficial del Estado, 11*, 1422-144. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-641>
- López-Pina, J. A., & Veas, A. (2024). Validation of psychometric instruments with classical test theory in social and health sciences: a practical guide. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 40*(1), 163-170. <https://doi.org/10.6018/analesps.583991>
- Lorenzo-Latorre, S., Andreu Rodríguez, J. M., & de la Peña Fernández, M. E. (2025). Victimización, polivictimización e ideación suicida en los adolescentes pertenecientes al sistema de justicia juvenil. *Anuario de Psicología Jurídica*. <https://doi.org/10.5093/apj2025a13>

- Louden, J. E., Kang, T., Ricks, E. P., & Marquez, L. (2017). Using the MAYS-2 to identify mental disorder among Latino juvenile offenders. *Psychological Assessment, 29*(6), 727-739. <http://doi.org/10.1037/pas0000399>
- Magalhães, E., & Camilo, C. (2023). Maltreatment history and internalizing and externalizing symptoms in out-of-home care: A three-level meta-analysis. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 15*(2), 89-103. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2023a10>
- Martín, A. M., De la Fuente, L., Hernández, A., Zaldívar, F., Ortega-Campos, E., & García-García, J. (2022). Psychosocial profile of juvenile and adult offenders who acknowledge having committed child-to-parent violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(1), 601. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010601>
- Martín, A. M., Pugliese, A., & Vera, A. (2025). Las necesidades de salud mental en justicia juvenil: mitos, evidencia y pautas de intervención. En M. J. Rodrigo, M. Rosales y J. C. Martín (Coords.), *Intervenir y mediar en el ámbito familiar y sociocomunitario desde el enfoque de la parentalidad positiva* (Cap.16, págs. 383-404). Tirant lo Blanch.
- McCormick, S., Peterson-Badali, M., & Skilling, T. A. (2017). The role of mental health and specific responsibility in juvenile justice rehabilitation. *Law and human behavior, 41*(1), 55-67. <https://doi.org/10.1037/lhb0000228>
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology. An evolutionary model*. Wiley.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. NCS.
- Millon, T. (2004). *MACI: Inventory Clínico para Adolescentes de Millon. Manual TEA*.
- Moreno, C., & Andrés-Pueyo, A. (2014). *Estudi exploratori de l'aplicació del MAYS-2 en la població de Justícia Juvenil a Catalunya*. GEAV Universitat de Barcelona.
- Nagel, A., Guarnera, L., & Reppucci, N. (2016). Adolescent development, mental disorders, and decision making in delinquent youths. En K. Heilbrun, D. DeMatteo, y N. Goldstein (Comps.), *APA handbook of psychology and juvenile justice* (págs. 117-138). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14643-006>
- Puente-López, E., Pina, D., Daugherty, J.C., Pérez-García, M., & Merten, T. (2024). Simulación y validez de la información de síntomas psicopatológicos en España: conceptos, métodos y desafíos. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 15*(2), 66-79. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2024.02.077>
- Quevedo-Blasco, R., Pérez, M. J., Guillén-Riquelme, A., & Hess, T. (2023). Civil liability for clinical misdiagnosis of suicidal intention: Procedure and guidelines to minimize fatal diagnostic error. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 15*(2), 73-81. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2023a8>
- Russell, J. D., Marsee, M. A., & Ryals, J. S. (2017). Identifying mental health issues in detained youth: Testing the structure and invariance of the Massachusetts Youth Screening Inventory-Version 2 (MAYS-2). *Psychological Assessment, 29*(6), 720-726. <http://doi.org/10.1037/pas0000410>
- Sainero, A., del Valle, J. F., & Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología, 31*(2), 472-480. <http://doi.org/10.6018/analesps.31.2.182051>
- Shaffer, C., Gulbransen, E., Viljoen, J., Roesch, R., & Douglas, K. (2018). Predictive validity of the MAYS-2 and PAI-A for suicide-related behavior and nonsuicidal self-injury among adjudicated adolescent offenders on probation. *Criminal Justice and Behavior, 45*(9), 1383-1403. <https://doi.org/10.1177/0093854818784988>
- Swank, J. M., & Gagnon, J. C. (2017). A national survey of mental health screening and assessment practices in juvenile correctional facilities. *Child and Youth Care Forum, 46*, 379-393. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9379-5>
- Unal, I. (2017). Defining an optimal cut-point value in ROC analysis: An alternative approach. *Computational and Mathematical Methods in Medicine, 37*62651. <https://doi.org/10.1155/2017/3762651>
- Underwood, L., & Washington, A. (2016). Mental illness and juvenile offenders. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(2), 228. <http://doi.org/10.3390/ijerph13020228>
- Vincent, G. M., Grisso, T., Terry, A., & Banks, S. (2008). Sex and race differences in mental health symptoms in juvenile justice: The MAYS-2 national meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(3), 282-290. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318160d516>
- Williams, M. M., Rogers, R., & Hartigan, S. E. (2019). Dimensions of psychopathology and behavioral problems: A CFA study of the MAYS-2 scales in legally involved juveniles. *Translational Issues in Psychological Science, 5*(2), 143-153. <http://doi.org/10.1037/tps0000189>
- Zannella, L., Louden, J.E., Kennealy, P., & Kang, T. (2018). Psychometric properties of the MAYS-2 among Latino adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior, 45*(8), 1252-1268. <https://doi.org/10.1177/0093854818774380>