

Intervenciones terapéuticas en el tratamiento de enfermedades mentales en los menores

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias
SESCS Num. 2006/02

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



Perestelo Pérez, L.
Intervenciones terapéuticas en el tratamiento de enfermedades mentales en los menores / autores, L. Perestelo Pérez ... [et al.]. – Santa Cruz de Tenerife : Servicio Canario de Salud, D.L. 2009. – 118 p. ; il. (gráf., dib.) ; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCO ; 2006/02)
Bibliografía

D.L. TF 1709-08
ISBN:
NIPO: 354-07-068-4

1. Intervención 2. Menor 3. Enfermedad mental
I. Canarias. Servicio Canario de Salud II. España. Ministerio de Sanidad y Consumo

Edita: Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Imprime: Litografía Gráficas Sabater

Internet: <http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/sescs/>
<http://aunets.isciii.es/>

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Canaria de Investigación y Salud “FUNCIS”

Para citar este informe:

Perestelo Pérez L, Pérez Ramos J, González Lorenzo M. Intervenciones terapéuticas en el tratamiento de enfermedades mentales en los menores. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS N° 2006/02



Agradecimientos

Los autores de este informe quieren agradecer a D^a. Beatriz Duque González su apoyo como documentalista en la revisión y al Dr. Pedro Serrano Aguilar por sus aportaciones y contribuciones en la revisión del manuscrito.

También agradecer a D^a. Lidia García Pérez, Dr. Amado Javier Rivero Santana y a D. Agustín López Martínez, director del Centro de Menores con Medidas Judiciales de Valle Tabares II, por sus comentarios y sugerencias, y a D^a. Thayli María León Plasencia por su apoyo en la búsqueda y obtención de los artículos de la revisión.

Índice

Prólogo	9
Resumen	11
Summary	15
I. Introducción	19
II. Objetivos de la revisión	31
II.1. Objetivos primarios	31
II.2. Objetivos secundarios	31
III. Metodología	33
III.1. Diseño	33
III.2. Criterios de selección	33
III.2.1. Tipos de estudios	33
III.2.2. Tipos de participantes	34
III.2.3. Tipos de intervención	35
III.2.4. Tipos de medida de resultados	36
III.3. Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios	37
III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios	38
III.5. Extracción y análisis de datos	39
IV. Resultados	41
IV.1. Estudios incluidos	41
IV.2. Estudios excluidos	43
IV.3. Calidad Metodológica	45
IV.3.1. Revisiones Sistemáticas (RS)	45
IV.3.2. Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)	46
IV.3.3. Ensayos Clínicos No Aleatorizados (ECNA)	49
IV.3.4. Otros estudios Comparativos (Otros EC)	53
IV.4. Resultados evaluados	58

IV.4.1. Revisiones Sistemáticas	58
IV.4.2. Ensayos clínicos aleatorizados	79
IV.4.3. Ensayos clínicos no aleatorizados	88
IV.4.4. Otros estudios comparativos	91
V. Discusión	101
V.1. Revisiones sistemáticas	104
V.2. Ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados	106
V.3. Otros estudios comparativos	107
VI. Conclusiones	109
VII. Implicaciones para la investigación y la práctica	111
VIII. Contribución de los autores	113
IX. Referencias	115
Anexos	121

Figuras y tablas

Figura 1. Proceso de Selección de las Referencias (Bases De Datos Electrónicas)	44
Tabla 1. Nivel de calidad de las revisiones sistemáticas (RS) (Escala de Oxman et al., 1994)	45
Tabla 2. Nivel de calidad de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) (Escala de Jadad et al., 1996)	47
Tabla 3. Nivel de calidad de los ensayos clínicos no aleatorizado (ECNA) (Escala de Estabrooks 2000)	52
Tabla 4. Nivel de calidad de los otros estudios comparativos (Escala de Estabrooks 2000)	55
Tabla 5. Estudios incluidos de revisión	64
Tabla 6. Características de las medidas de resultado (RS)	76
Tabla 7. Características de los participantes (ECA)	80
Tabla 8. Características de las intervenciones (ECA)	82
Tabla 9. Características de las medidas de resultado (ECA)	86
Tabla 10. Características de los participantes (ECNA)	88
Tabla 11. Características de las intervenciones (ECNA)	89
Tabla 12. Características de las medidas de resultado (ECNA)	90
Tabla 13. Características de los participantes (otros EC)	91
Tabla 14. Características de las intervenciones (otros EC)	93
Tabla 15. Características de las medidas de resultado (otros EC)	97

Prólogo

Los menores y los jóvenes adultos que por sus circunstancias precisan de atención psicológica constituyen un foco de atención social prioritaria. La legislación de los distintos países de nuestro entorno cultural y las mismas prerrogativas de la Organización Mundial de la Salud disponen ya un trato especial para ese asunto. Pero es ante la problemática dada en casos que demandan prevención de la conducta disocial o disnómica, o requieren tratamiento por afectación psicopatológica, así como ante los que necesitan medidas de reinserción válidas y fiables, donde se reclama mayor atención, documentación y esfuerzo.

En el contexto internacional y español ya hay algunas obras valiosas que tratan de sistematizar el conocimiento de los más jóvenes bajo circunstancias que afectan su salud mental o se encuentran bajo medidas legales especiales. Sus contenidos suelen coincidir en la necesidad del trato multimodal en las intervenciones. En esa misma línea y en esta publicación la familia, los grupos de referencia y las peculiaridades de un perfil de pensamiento y de conducta desestructurado, también psicopatológico, acaban ocupando el protagonismo que les corresponde. Se persigue con ello contribuir en el relleno de un espacio particular en ese grupo de las publicaciones sensibles con el problema abordado.

El resultado vertido en sus páginas deja evidencia de un particular esfuerzo sistemático en el que la principal apoyatura está en la metodología utilizada. Con ello se testifica y plasma un diseño y método de búsqueda con filtros suficientes como para dejar claro que no se desvía la atención a cuestiones baldías.

La revisión sistemática con múltiples calificadores (en este caso calificadoras), la concreción de variables psicológicas comprometidas, así como la eficacia de tratamientos, se exponen con sobrada claridad. Un valor añadido reside en la inclusión y descripción de programas, diseños de aplicación con su respectiva fuente documental.

Esta es por tanto una obra científicamente respaldada y de utilidad indiscutible para los profesionales que intervienen en el entorno de la psicopatología clínica y la psiquiatría infanto-juvenil. Constituye asimismo una guía que permite aunar criterios para la intervención multiprofesional, donde los educadores, los terapeutas de familia y de instituciones

comprometidos con la salud mental, encontrarán muchas de las respuestas que suelen hacerse en el desempeño de sus funciones.

Pablo García Medina
Catedrático de Psicopatología (ULL).

Resumen

Introducción:

La delincuencia juvenil es un problema social importante de magnitudes crecientes. Aunque se han realizado algunos esfuerzos para prevenir y tratar a los jóvenes infractores, las técnicas y procedimientos empleados siguen presentando graves limitaciones, sobre todo en cuestiones de rehabilitación y prevención de la reincidencia. Por esta razón, es necesario que tanto las administraciones como los profesionales que intervienen en el proceso asistencial sobre este colectivo, puedan disponer del conocimiento sobre la validez real de las distintas opciones de intervención para tratar a este sector de la población.

Objetivos:

1. Revisar sistemáticamente el estado actual del conocimiento científico sobre la efectividad de los programas dirigidos a la prevención y tratamiento de los problemas psicopatológicos en jóvenes infractores, así como de los programas dirigidos a reducir la reincidencia de éstos.
2. Revisar sistemáticamente la literatura para identificar cuáles son las estrategias de intervención y modelos teóricos más efectivos en el tratamiento de los jóvenes infractores,
3. Identificar sobre qué subgrupos de individuos se logra mejores resultados y en qué lugares o contextos resultan más útiles.

Estrategia de búsqueda:

Se consultaron las siguientes bases de datos electrónicas (desde 1996 hasta 2006): MEDLINE, CINAHL, PsycInfo, EMBASE, The Campbell Library (C2- SPECTR), y The Cochrane Library. La búsqueda bibliográfica se complementó con la consulta manual y vía Internet del registro de Revisiones de la Colaboración Campbell (C2-RIPE) en los apartados Social, Psicológico, Educativo y Criminológico, de revistas

especializadas; llevándose a cabo, además, la revisión de las referencias citadas en cada uno de los estudios seleccionados.

Criterios de selección:

Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios y, en caso de duda y/o desacuerdo entre ellos, se acudió a un tercer revisor.

Esta revisión sistemática (RS) integra la información de RS previas con los estudios primarios publicados sobre programas de intervención para jóvenes infractores. La selección de los estudios se limitó a aquellos estudios publicados en inglés y/o español.

En base al diseño de los estudios, se incluyeron: Revisiones Sistemáticas (RS), Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) o No Aleatorizados (ECNA) y otros Estudios Comparativos (EC) en los que se compararan dos o más grupos. Se excluyeron estudios de comparación intragrupo, estudios observacionales, estudios de caso-control, estudios cualitativos, evaluaciones económicas, revisiones históricas, estudios de un solo caso y consenso de expertos.

Por otro lado, se incluyeron los estudios que reclutaban jóvenes infractores, entre 12 y 21 años, que recibían una intervención correccional y estaban bajo el control del sistema de justicia penal (de jurisdicción adulta o juvenil). Se excluyeron estudios donde los participantes no eran jóvenes infractores (sino adultos) y/o eran jóvenes con conductas de riesgo que pertenecían a programas de cuidado (“group home programs” y “group care programs”) y programas de acogida (“foster care programs”).

Respecto a las intervenciones contempladas, se incluyeron estudios en los que se habían utilizado intervenciones orientadas a la disminución de la reincidencia y al tratamiento de la sintomatología psicopatológica de los jóvenes infractores. Se excluyeron del análisis aquellas intervenciones dirigidas, exclusivamente, a jóvenes con conductas de riesgo, que estuviesen bajo programas de acogida (foster care) y programas de cuidado (group care, group home).

Las medidas de resultado de los estudios que se incluyeron en esta revisión sistemática evaluaron los siguientes aspectos: la remisión de los problemas psicopatológicos, el índice y las características de la reincidencia. Además, se consideraron otras variables moderadoras (tomadas en cuenta para valorar la efectividad de las estrategias de intervención con los jóvenes infractores), el tipo de tratamiento, las características de los jóvenes, el contexto de la intervención y las

características metodológicas de los estudios (tipo de asignación de los participantes a los grupos, mortalidad experimental del grupo tratado y período de seguimiento para la medida de la reincidencia).

Extracción y análisis de datos:

Una vez identificadas las referencias que cumplían con los criterios de inclusión, los datos de los estudios se introdujeron en unas hojas/fichas de extracción de datos, diseñadas diferencialmente para los ECA, ECNA, para los otros EC y para las RS. Posteriormente, se clasificó la información en tablas de evidencia, siguiendo el protocolo estandarizado.

La calidad de los estudios se evaluó utilizando la escala de Jadad para los ECA, la escala de Estabrooks para los ECNA y los otros EC, y la escala de Oxman para las Revisiones Sistemáticas.

Resultados:

En las bases de datos electrónicas se identificaron un total de 3671 referencias. Al eliminar los duplicados se revisaron 2916 referencias, de las que se seleccionaron 172 y se incluyeron 45 de ellas. Además, se incluyeron 6 referencias localizadas en las búsquedas manuales, 4 en la base de datos de la Colaboración Campbell (C2-RIPE), y 2 en las referencias citadas en los estudios seleccionados. En total, fueron 51 los estudios incluidos: 15 RS, 15 ECA, 3 ECNA y otros 18 EC.

La calidad total de los ECA, según la escala de Jadad, fue de 2.2 puntos sobre 5. En base a la escala de Estabrooks, la calidad total de los ECNA fue de 17.3 puntos sobre 33, y de 15.8 puntos sobre 33 para los otros EC. A partir de la escala de Oxman, la puntuación promedio de la calidad global de las RS fue de 9.1 puntos sobre 10.

Entre los resultados evaluados a partir de las RS incluidas se midió la relación entre intervención familiar y delincuencia juvenil, así como la efectividad de los programas de Justicia Restaurativa, de los programas disuasorios y de disciplina (Scared Straight, Boot Camps), de las comunidades terapéuticas, de las intervenciones cognitivo-conductuales, de los tratamientos residenciales y de los programas dirigidos a la reducción del consumo o abuso de sustancias.

En los ECA se identificaron 22 modalidades distintas de intervención. De estas modalidades, un 45.5% representó intervenciones con orientación comunitaria y familiar, siendo la TMS el programa más utilizado.

Los 3 ECNA pertenecen al mismo estudio. La intervención se aplicó en una comunidad terapéutica, considerada efectiva porque reducía la reincidencia, sobre todo en infractores graves y violentos.

En los otros EC se identificaron 18 modalidades de intervención, de las que las comunidades terapéuticas, las intervenciones cognitivo-conductuales y las intervenciones multidimensionales fueron las más utilizadas.

La medida de resultado más empleada en todos los estudios incluidos fue la conducta delincuente/reincidencia, siendo la terapia cognitivo-conductual y la comunidad terapéutica las intervenciones más efectivas para su reducción, seguidas de la terapia comunitaria y la terapia familiar. La medida de salud mental más evaluada fue el consumo o abuso de sustancias, y entre las intervenciones más efectivas para su disminución se encuentran las comunidades terapéuticas, las intervenciones cognitivo-conductuales y las intervenciones familiares. En las otras medidas (trastorno de conducta, habilidades específicas, y el funcionamiento familiar, psicosocial y psicológico-emocional) la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar fueron también las más efectivas.

Conclusiones:

La terapia cognitivo-conductual y los programas dirigidos al entrenamiento de habilidades específicas resultan ser los más efectivos para la mejoría de las siguientes medidas de cambio: funcionamiento psicológico-emocional y psicosocial, habilidades sociales, habilidades de conversación y trastornos de ansiedad (trastorno por estrés postraumático). Respecto al consumo o abuso de sustancias, las comunidades terapéuticas y las intervenciones familiares aplicadas, mayoritariamente en la comunidad, resultan ser las más efectivas en la reducción de esta medida.

En cuanto a la reincidencia se puede concluir que las comunidades terapéuticas, la terapia cognitivo-conductual, la terapia comunitaria y la terapia familiar (multisistémica) son las más efectivas. Mientras que las menos efectivas son aquellas que emplean programas disuasorios y de disciplina (Boot Camps y Scared Straight).

Summary

Introduction:

Juvenile delinquency is a social problem of growing importance. Although some efforts to prevent and deal with juvenile offenders have been made, the techniques and procedures used still present strong limitations, especially, in terms of rehabilitation and prevention of recidivism. Therefore, it is necessary that the administrations and professionals involved in the assistance process for this group have the knowledge about the real value of the different intervention options in order to treat this sector of the population.

Objectives:

1. To systematically review the state of affairs of scientific knowledge on the effectiveness of the programmes aimed at preventing and treating psychopathologic problems in juvenile offenders, as well as of those aimed at reducing recidivism.
2. To systematically review the literature in order to identify which intervention strategies and theoretical models are the most effective when treating juvenile offenders.
3. To identify in which subgroups of individuals the best results are obtained as well as in which settings or contexts the programmes are more useful.

Search strategy:

The following electronic databases were searched (from 1996 until 2006): MEDLINE, CINAHL, PsycInfo, EMBASE, The Campbell Library (C2 - SPECTR), The Cochrane Library. The literature search was completed by manually searching journals on the Internet from the Campbell Collaboration's reviews registry (C2-RIPE) in the Social, Psychological, Education and Criminological sections. In addition, the reference lists mentioned in each one of the selected studies were reviewed.

Selection criteria:

The whole selection process for the studies was carried out by two reviewers. In case of doubt and/or disagreement, a third reviewer was consulted.

This systematic review (SR) completes the information obtained in previous SRs with primary studies published on intervention programmes for juvenile offenders. The selection of studies was limited to those studies published in Spanish and English.

Regarding the studies' design, Systematic Reviews (SRs), Randomized Controlled Trials (RCTs) or Non-randomized Controlled Trials (NRCTs) as well as other Comparative Studies (CSs) in which one or more groups were compared were included. Studies which made intragroup comparisons, observational studies, case-control studies, qualitative research, economic evaluations, historical reviews, studies with only one case and expert consensus were excluded.

On the other hand, studies which recruited juvenile offenders aged 12 to 21 were included, who had received correctional intervention and were under the control of the penal justice system (adult or juvenile jurisdictions). The studies in which the participants were not juvenile offenders (but adults) or were youngsters with risky behaviour who belonged to group care and foster care programmes were excluded.

Regarding the interventions observed those studies which used interventions aimed at reducing recidivism and at treating the juvenile offenders' psychopathological symptomatology were included. Those interventions aimed exclusively at youngsters with risky behaviour who were in foster care and group care programmes were excluded from the data analysis.

The outcome measures of the studies included in this systematic review assessed the following aspects: remission of psychopathological problems and rate and characteristics of recidivism. Other moderator variables were considered (taken into account in order to assess the effectiveness of the intervention strategies for juvenile offenders), treatment type, young person's characteristics, context of the intervention and the methodological characteristics of the studies (how the participants were assigned to the groups, experimental mortality of the treated group and follow-up period for the recidivism measure).

Data collection and analysis:

Once the references were identified and met all the inclusion criteria, the data were entered into data extraction sheets. These sheets were specifically designed for the RCTs, NRCTs, for the other CSs and for the SRs. After that, the data were classified in evidence tables following the standardized protocol.

The quality of the studies was assessed using the Jadad Scale for the RCTs, the Estabrooks Scale for the NRCTs and the other CSs, and the Oxman Scale for the Systematic Reviews.

Results:

A total of 3671 references in the electronic databases were found. Once the duplicates were discarded, 2916 references were reviewed. Were retrieved 172, of which 45 were included. In addition, 6 extra references were found manually, four from the Campbell Collaboration's database (C2- RIPE), and two from the reference lists mentioned in the selected studies. A total of 51 studies were included: 15 SRs, 15 RCTs, 3 NRCTs and 18 other CSs.

According to the Jadad Scale, the total quality of RCTs was 2.2 points out of 5. According to the Estabrooks Scale, the total quality of the NRCTs was 17.3 points out of 33, and 15.8 points out of 33 for the other CSs. According to the Oxman Scale, the mean score for the global quality of the SRs was 9.1 points out of 10.

Among the outcomes assessed from the selected SRs, the relation between familiar intervention and juvenile delinquency as well as the effectiveness of Restorative Justice programmes, dissuasive and discipline programmes (Scared Straight, Boot Camps), therapeutic communities, cognitive-behavioural interventions, residential treatments and programmes aimed at reducing substance use or abuse were measured.

Twenty two different types of intervention in the RCTs were identified. Among these modalities, 45.5 % represented interventions with community and family orientation, the Multisystemic Therapy was found the most used programme.

The three NRCTs belonged to the same study. The intervention was applied in a therapeutic community and it was considered effective since recidivism was reduced, especially in serious and violent offenders.

Eighteen different types of intervention in the other CSs were identified. Therapeutic communities, cognitive-behavioural interventions and multidimensional interventions were the most frequently used.

The most common outcome measure among the selected studies was the offender/recidivism conduct. The cognitive-behavioural therapy and the therapeutic community were the most effective interventions for reducing them, followed by community therapy and family therapy. The most frequently assessed mental health measure was substance use or abuse, and were found that the most effective interventions for reducing it are therapeutic communities, cognitive-behavioural interventions and family interventions. In the other measures (conduct disorder, specific skills and family, psychosocial and psychological-emotional functioning), cognitive-behavioural therapy and family therapy were also the most effective interventions.

Conclusions:

Cognitive-behavioural therapy and programmes aimed at training specific skills have turned out to be the most effective for the improvement of the following change measures: psychological-emotional and psychosocial functioning, social skills, conversational skills and anxiety disorders (disorders caused by post-traumatic stress). Regarding substance use or abuse, therapeutic communities and family intervention, mainly in the community, have turned out to be the most effective in the reduction of this measure.

As far as recidivism is concerned, it is possible to conclude that therapeutic communities, cognitive-behavioural therapy, community therapy and family therapy (multisystemic) are the most effective, whereas the least effective are those which use dissuasive and discipline programmes (Boot Camps and Scared Straight).

I. Introducción

La delincuencia juvenil puede ser considerada como un proceso desadaptativo del desarrollo, que termina manifestándose en los jóvenes en forma de conductas delictivas y antisociales, con un incremento del riesgo de actitudes violentas y agresivas hacia los otros o hacia sí mismo (autolesiones). A pesar del esfuerzo variable que hayan podido llevar a cabo las administraciones, para identificar precozmente a las poblaciones de riesgo y ofrecer tratamiento a estos jóvenes, el éxito de estos tratamientos, en cuanto a rehabilitación y prevención de la reincidencia, sigue ofreciendo resultados pobres. Es por esto necesario reforzar la búsqueda de tratamientos de efectividad probada así como proponer nuevos acercamientos para el tratamiento de este sector de población [1].

Según Redondo y Sánchez (2003) [2] se aplica la denominación de joven infractor a aquel que, habiendo cometido algún delito, aún no tiene la edad de plena responsabilidad legal que permita aplicarle un castigo penal correspondiente al adulto. Esta edad es variable en distintos países, pero suele hallarse en torno a los 16 y 21 años. Además, suele haber un intervalo de edad de responsabilidad penal limitada o parcial, sujeta a la legislación penal juvenil, que concretamente en España abarca desde los 14 años (minoría de edad penal) hasta los 18 años (mayoría de edad penal), coincidente con la mayoría de edad política y civil (Artículo 12 de la Constitución Española y artículo 315 del Código Civil). En el caso, por ejemplo, de Estados Unidos, la mayoría de edad se alcanza a los 18 años en la gran parte de los estados, mientras que otros establecen esta barrera temporal a los 17 ó 16 años. Los 16 años es también la edad escogida en la India para los hombres, mientras que la mujer, en este país, es mayor de edad a partir de los 18 años. Japón es uno de los países en los que la mayoría de edad legal se alcanza más tarde, estando establecida a partir de los 20 años. En definitiva, se puede afirmar que un delincuente juvenil es aquel que habiendo cometido un hecho castigado legalmente, no posee aún la mayoría de edad penal.

Los jóvenes infractores suelen compartir una serie de rasgos: son jóvenes de clases sociales bajas (aunque progresivamente se va aumentando la cifra de jóvenes delincuentes de clases medias y altas), poseen un nivel cultural bajo (en lo que se refiere a conocimientos y capacidad de aprendizaje), poseen una escasa vinculación con la

escuela, reaccionan de manera impulsiva, tienen escasa habilidad para las relaciones sociales (siendo pobres emocionalmente), muestran dificultades para hacer frente a las exigencias vitales (debido a su personalidad débil e inmadura), frente a sensaciones depresivas reaccionan con impulsos agresivos y destructores.

En ocasiones carecen de todo sentimiento de empatía y por tanto de culpabilidad, pueden presentar trastornos narcisistas surgidos de la necesidad de sentirse admirados por los demás, suelen asociarse con amigos que también cometen delitos, pueden consumir ciertas drogas, y pueden tener padres con insuficiente dedicación y control.

Pero no es poco frecuente que muchos de estos jóvenes hayan sido también víctimas de delitos, tales como malos tratos en la familia, abusos sexuales, robo, etc. Asimismo, lo característico es que no desarrollen una especialización delictiva, sino que su violencia tenga un carácter genérico, y se dirija a diferentes objetos o víctimas: robar un coche, traficar con drogas, agredir a personas o, incluso, cometer agresiones sexuales. En cambio, no podemos generalizar que todos los jóvenes infractores lleven a cabo todo tipo de delitos, ya que en algunos sí que se produce cierta especialización [2].

Por tanto, el comportamiento criminal de los jóvenes infractores no sólo depende de elementos volitivos y de decisiones racionales (que son los que intentan controlar la aplicación de penas), sino de otro amplio conjunto de factores. Tales factores pueden tener tanto un origen social –un mal funcionamiento del sistema escolar, estilos paternos de crianza inefectivos, desempleo estructural, tráfico de drogas, tensiones entre grupos sociales, subculturas delictivas–, como un carácter individual –que el individuo tenga problemas psicológicos o psiquiátricos, cierta predisposición al comportamiento agresivo, un bajo nivel de tolerancia a la frustración, escasos hábitos de estudio y un bajo nivel educativo, déficit en habilidades laborales y sociales, problemas de adicciones, escaso control de los impulsos, o presencia de creencias y valores delictivos–.

Partiendo de una perspectiva clínica, en base al DSM-IV-TR [3] y a la CIE-10 [4], se puede afirmar que son muchas las patologías estándar que pueden estar en el origen del comportamiento antisocial de los jóvenes (problemas paterno-filiales, abuso físico o sexual del niño, negligencia de la infancia) o resultar comórbidas con él (trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, algunos tipos de trastornos bipolares, parafilias, trastornos

de control de los impulsos, trastorno antisocial de la personalidad y otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo).

Especialmente relevante parece ser la relación entre conducta delictiva y psicopatía [2,5,6,7], aunque la presencia del rasgo psicopatía no implica necesariamente que el individuo se convierta en delincuente. Es más, en sentido inverso, la mayoría de los jóvenes infractores (incluso violentos) no tienen por qué tener psicopatía.

Habitualmente, para aquellos jóvenes que infringen las leyes se utilizan distintas medidas penales, siendo las más tradicionales la reprensión por parte del juez, las multas, las penas de prisión; y las más actuales, la reparación o los trabajos en beneficio a la comunidad, dirigidas a compensar a las víctimas o a reparar el daño causado por el delito. Uno de los objetivos de la aplicación de penas es lograr la corrección de los jóvenes infractores y evitar que reincidan en el delito. Sin embargo, en torno al 50% de los delincuentes que cumplen sus penas, reinciden. Estas elevadas tasas de reincidencia han provocado pesimismo acerca de la capacidad reformadora del sistema penal, lo que ha llevado, durante las últimas décadas, a explorar otras estrategias rehabilitadoras de carácter no estrictamente penal [8]. Concretamente, la psicología cuenta con una larga historia en la atención al problema delictivo, y en los intentos de diseñar tecnologías de intervención apropiadas para hacerle frente. El análisis funcional de conducta se ha convertido en la herramienta operativa más relevante para la evaluación de los déficits y el diseño de las estrategias de intervención [2].

Son diversas las teorías existentes que tratan de abordar y explicar la delincuencia, siendo posible dividirlas en dos grandes bloques: las que realzan el papel criminógeno de los factores ambientales y sociales (p.ej., desigualdades económicas y culturales) y las que priorizan como elementos explicativos las dimensiones individuales de los individuos (p.ej., su impulsividad, sus creencias y actitudes, o su falta de empatía o incapacidad para comprender y compartir el dolor ajeno). Entre las primeras se pueden situar las teorías de tipo sociológico y las perspectivas jurídicas, que defienden la necesidad de aumentar la eficacia de los mecanismos legales (policiales, judiciales y carcelarios) para disuadir el delito. Forman parte de las segundas teorías de orientación fundamentalmente psicológica o, de manera más completa, biopsicosocial. Las teorías socioambientales manifiestan la necesidad de cambiar las estructuras y condicionamientos sociales que promueven la delincuencia. Las perspectivas psicológicas se centran en la mejora de los factores personales – actitudes, valores, estilos de pensamiento y conductas – para que el joven pueda integrarse de manera más efectiva

en su entorno social, sin verse abocado a delinquir, aunque éste continúe siendo desfavorable. En definitiva, las primeras proponen mejorar los ambientes para que promuevan en menor grado el delito, las segundas persiguen transformar a los propios individuos en personas menos vulnerables a las influencias criminógenas del ambiente.

Ambos tipos de perspectivas son imprescindibles en la explicación del delito y en la prevención de la delincuencia. Existen sociedades más criminógenas que otras y, en la misma sociedad, existen individuos más proclives o vulnerables a iniciar una carrera delictiva en razón de sus características individuales. Estos factores (sociales y personales) son en buena medida interdependientes [9].

Mediante la ponderación criminógena de todos estos factores es posible concebir un sistema penal más flexible y dinámico, cuyo objetivo no sea meramente castigar a los delincuentes, sino estructurar estrategias diversas y adaptables para paliar en la medida de lo posible las raíces de la delincuencia.

A partir de revisiones publicadas anteriormente [10-19], se han identificado distintos modelos y perspectivas teóricas que han intentado explicar el comportamiento delictivo, formulando diferentes postulados y formas de aproximación a los problemas que presentan los jóvenes infractores, surgiendo distintas técnicas y procedimientos que permiten abordarlos. Se describen a continuación los principales modelos y técnicas que han sido empleados con delincuentes a nivel nacional e internacional:

- **Intervenciones educativas:** Muchos jóvenes infractores no han completado sus estudios básicos, o no han seguido procesos formativos regulares, especialmente si proceden de ambientes marginales. Esto les ha proporcionado un déficit cultural y educativo que dificulta desempeñar determinadas funciones en el área social (p.ej., obtención y mantenimiento de un empleo, habilidades interpersonales para relacionarse, etc.). Este tipo de intervenciones estaría enfocada hacia la mejora de la formación del individuo, mediante la aplicación de programas intensivos de escolarización.
- **Terapias psicológicas no conductuales:** En el ámbito clínico existe la creencia de que los jóvenes infractores experimentan una serie de problemas emocionales profundos y que sus comportamientos delictivos constituyen una mera manifestación externa de esos trastornos (signo). Por ello, el tratamiento debería dirigirse a tratar los problemas psicológicos y emocionales

subyacentes más que el comportamiento delictivo en sí. Este modelo está basado en técnicas como el modelo psicodinámico o la terapia centrada en el cliente.

- **Intervenciones conductuales:** Las teorías del aprendizaje consideran que la conducta delictiva es fundamentalmente aprendida, por lo que el objetivo de los programas conductuales sería emplear los mecanismos del aprendizaje para invertir el proceso. De esta manera los jóvenes infractores aprenderían a inhibir su conducta delictiva y a establecer comportamientos socialmente admisibles. Una aplicación muy frecuente de la terapia de conducta con individuos infractores han sido los programas de 'economía de fichas', en los que se estructura un sistema de fichas o puntos –de ahí la denominación de economía de fichas–, que son entregados a los individuos por sus logros conductuales y que pueden, finalmente, intercambiar por las consecuencias establecidas. Estas técnicas han sido muy utilizadas durante los años setenta y ochenta, tanto en programas comunitarios como en instituciones juveniles y de adultos. También se han utilizado otras técnicas que siguen programas ambientales de contingencias y que se fundamentan en los modelos teóricos del condicionamiento operante y del aprendizaje social. Su principal aportación consiste en haber puesto de relieve el papel prioritario que la imitación de modelos tiene en la aparición y el mantenimiento del comportamiento delictivo. Un ejemplo de la aplicación de estos programas lo constituye el sistema de fases progresivas, en el que se estructuran una serie de fases, que son distintas entre sí en dos aspectos fundamentales: en el nivel de exigencia de conducta que se requiere a los individuos, y en la menor o mayor disponibilidad de consecuencias gratificantes existente en cada fase. Los individuos son periódicamente asignados a unas fases u otras en función de sus logros.
- **Intervenciones cognitivo-conductuales:** Estas técnicas se fundamentan en el modelo de la competencia social, que realza la necesidad de enseñar a los jóvenes infractores todas aquellas habilidades que facilitarán su interacción apropiada y no violenta con otras personas (en la familia, en el trabajo o en cualquier otro contexto social) [2]. La Terapia Cognitivo Conductual es una forma de tratamiento a corto plazo que se caracteriza por ser activa, directiva y en la que el terapeuta y paciente trabajan de forma

conjunta. Su objetivo es ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional, comprueben en la realidad su pensamiento y conducta, y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto inter como intrapersonales. La meta está en enseñar al paciente, en este caso a los jóvenes infractores, cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para manejar sus circunstancias de vida. Destacan las siguientes técnicas de intervención cognitivo-conductuales:

- Técnicas de control de la actividad (respiración y relajación)
- Desensibilización sistemática
- Hipnosis y terapia de autorregulación
- Técnicas de autocontrol
- Técnicas de retroalimentación (biofeedback)
- Control del diálogo interno y autoinstrucciones
- Terapias racionales y de reestructuración cognitiva
- Técnicas de resolución de problemas
- Inoculación de estrés
- Condicionamiento encubierto
- Técnicas operantes para el desarrollo de conductas
- Sistema de organización de contingencias (economía de fichas y contratos conductuales)
- Técnicas de modelado
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Técnicas de exposición

En esta línea, destaca el programa del pensamiento prosocial [20], que sigue un planteamiento cognitivo-conductual, en el que se suelen aplicar las técnicas de Solución Cognitiva de Problemas, Entrenamiento en Habilidades Sociales (útiles para la interacción), Control Emocional (de las explosiones de ira), Razonamiento Crítico (sobre la propia conducta y la de los otros), Desarrollo de Valores, Habilidades de Negociación y Pensamiento Creativo. En general, los programas cognitivo-conductuales son los más utilizados actualmente con todo tipo de jóvenes infractores.

- **Comunidades terapéuticas:** La Comunidad Terapéutica cuenta con una notoria influencia pedagógica en la metodología que utiliza, pero también cuenta con fundamentos teóricos que se pueden encontrar en las corrientes psicológicas humanista, cognitivista y psicodinámica y son una mezcla de los modelos europeo y

norteamericano, con Victor Frankl, Albert Ellis y Erik Ericson como sus más notables exponentes. El régimen de comunidad terapéutica intenta abarcar toda la vida diaria de los individuos dentro de las instituciones en las que se hallan cumpliendo una medida o pena de privación de libertad. Se pretende que las relaciones entre encarcelados y el personal de la institución sean similares a las existentes entre pacientes y enfermeros en un contexto terapéutico. El supuesto teórico fundamental se sustenta en la creencia de que ambientes institucionales profilácticos y participativos propician un mayor equilibrio psicológico y la erradicación de la violencia, tanto dentro de la propia institución de custodia como en la vida en libertad. Para ello, se suprimen los rígidos sistemas de sanción y control de las instituciones cerradas, y el control de la conducta de los internos recae en la comunidad, que estaría integrada por el personal y los internos. Esta modalidad de tratamiento ha sido muy utilizada con toxicómanos y también en unidades de delincuentes violentos condenados a penas de larga duración.

- **Programas con la familia:** La familia emerge como objetivo fundamental a tener en cuenta en el análisis e intervención de la delincuencia, porque no sólo es un importante agente de socialización, sino que también puede estar facilitando la formación y mantenimiento de comportamientos delictivos. Desde la perspectiva del aprendizaje social, la familia opera al menos en dos dimensiones: una normativa, en la que trata de inculcar y transmitir las reglas, valores y convenciones sociales; y otra de relación, que facilita el aprendizaje de esas normas y el compromiso con los miembros de la sociedad. Asimismo, se cuenta con diversos estudios [21,22] que han detectado la importancia de la familia en la predicción de la conducta antisocial infantil, y por consiguiente en la futura conducta juvenil y de adultos. Como variables familiares relacionadas con la delincuencia destacan: el abuso de alcohol y la conducta delictiva, la familia numerosa, el bajo estatus socio-económico, la ausencia del padre del hogar y, especialmente, las prácticas de crianza basadas en el castigo y la inconsistencia, la pobre supervisión paterna, la falta de comunicación y las actitudes de rechazo.
- **Intervenciones multidimensionales:** Muchos programas se caracterizan por llevar a cabo un abordaje ecléctico, es decir, por utilizar dos o más estrategias de intervención con distintas

aproximaciones (psicológicas, educativas, sociales, etc.), que ofrecen a los jóvenes infractores una mayor cobertura de tratamiento. Asimismo, estos programas se componen de equipos multidisciplinares (psicólogos, educadores, pedagogos, trabajadores sociales, etc.) que operan en conjunto durante un tiempo determinado y con un objetivo común. Cada individuo es consciente de su papel y del papel de los demás, trabajando simultáneamente bajo la dirección de un coordinador. La composición de los equipos multidisciplinares es muy variada, tanto en el número de disciplinas involucradas como en el número de miembros de cada especialidad, ya que su filosofía de base defiende que las causas de los problemas que se pueden encontrar en los jóvenes infractores son múltiples, definiéndose de manera interrelacional entre los diferentes contextos de actuación donde se producen [23].

- **Programas de derivación (*diversion programs*):** La teoría criminológica del “labeling” o del etiquetado, sugiere que uno de los factores causales del mantenimiento de la conducta delictiva reside precisamente en la estigmatización de los individuos por el propio sistema de justicia. Por ello, esta perspectiva teórica consiste en sustraer a los jóvenes que han delinquido del tránsito por el sistema de justicia mediante programas alternativos al internamiento, como la libertad condicional, la mediación, la reparación del daño, la supervisión en la comunidad y la asistencia social. Se aplican programas de derivación sobre todo en el ámbito de la justicia juvenil.
- **Programas disuasorios y programas de disciplina (p. ej., *Boot Camps y Scared Straight*):** La disuasión penal y el endurecimiento del régimen de vida de los encarcelados no pueden considerarse técnicas terapéuticas. Sin embargo, durante los últimos años se ha observado en algunos países, sobre todo en EE.UU., una cierta tendencia a diseñar centros con un régimen de vida estricto y una disciplina férrea, de inspiración militar [23]. Se ofrece a los condenados – jóvenes y adultos– la posibilidad de elegir entre el cumplimiento íntegro de sus condenas en una prisión ‘normal’ o el cumplimiento de una condena reducida en estos ‘centros especiales’. Esta perspectiva se basa en el modelo doctrinal clásico de la disuasión penal, según el cual la sanción penal produciría por sí misma efectos reductores de la conducta delictiva futura. Su

propuesta básica es el cumplimiento de las penas en un sistema de estricta disciplina y supervisión de los individuos.

Se hace evidente que la amplia variabilidad asistencial que se observa en los enfoques terapéuticos y asistenciales para el tratamiento de los jóvenes infractores dificulta notablemente la disponibilidad de conocimiento científico firme sobre su eficacia. Más aún, el campo de tratamiento de los infractores con patologías psíquicas está todavía por estudiar de modo profundo, y es difícil hallar programas eficaces que estén disponibles para ellos. Se trata de una población que comparte características tanto del ámbito de la delincuencia como de las patologías psiquiátricas: suelen cometer varios tipos de delitos (variados en número y tipo), y padecen de muchos tipos de trastornos tanto del eje I (Trastornos Clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica) como del eje II (Trastornos de Personalidad y algunas formas de Retraso Mental) de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales [4] y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [3].

No obstante, la evaluación de las intervenciones terapéuticas en jóvenes infractores con trastornos psicopatológicos es un área que aún hoy en día sigue siendo insuficientemente explorada. Es poco lo que se conoce sobre el efecto de los programas en estos jóvenes, y todavía menos acerca de la influencia de variables moderadoras, como los aspectos demográficos o de estatus social [24]. La morbilidad psicopatológica en jóvenes infractores es un problema de salud significativo tanto para los jóvenes que la padecen como para la comunidad en general. Estos problemas de salud implican resultados adversos a corto y a largo plazo que tienen, además, el potencial de consumir excesivos recursos de los sistemas de salud y de la justicia juvenil, generando un coste considerable para la sociedad [25].

Aún cuando existen diversos programas y métodos de intervención para tratar a estos jóvenes [2,9,14,23] con el objeto de disminuir, fundamentalmente, la reincidencia por los delitos cometidos, no se dispone de información clara y consistente sobre qué intervención o qué métodos resultan ser realmente eficaces para disminuir los problemas emocionales y psicológicos que sufren estos jóvenes y que podrían estar en la base del comportamiento delictivo.

En revisiones previas se ha observado que las líneas de investigación de los estudios con jóvenes infractores no han presentado resultados concluyentes, aunque han servido para orientar estudios posteriores. Algunos resultados meta-analíticos acerca de la efectividad

del tratamiento con jóvenes infractores han mostrado que la aplicación de un tratamiento es mejor opción que no aplicar ninguno, aunque la comparación de las tasas de reincidencia entre los grupos de jóvenes tratados y no tratados (grupo control) no demuestra grandes diferencias, si bien éstas son favorables al tratamiento [8].

En esta línea, los resultados del primer meta-análisis europeo desarrollado por Redondo et al. (1997) [18] indican que, en términos de la tipología de los delitos, las intervenciones fueron más efectivas en la disminución de la reincidencia y en la mejora de los problemas emocionales y psicopatológicos en infractores que habían cometido delitos contra las personas, siendo menos efectivas las empleadas con personas que habían cometido delitos sexuales. En este meta-análisis también se encontró que los centros juveniles y las prisiones juveniles, fueron más efectivas que las prisiones para adultos. Además, los programas conductuales y cognitivo-conductuales resultaron ser los más efectivos.

En un segundo meta-análisis Redondo et al. (1999) [19] se analizó la influencia específica de 32 programas de tratamiento en Europa sobre la medida de reincidencia. Como en el primer meta-análisis, se encontró que los programas cognitivo-conductuales fueron los más efectivos, y el tratamiento resultó ser más efectivo con los delincuentes más jóvenes y más violentos (sin incluir a los jóvenes que habían cometido delitos sexuales).

Tras perfilarse los programas cognitivo-conductuales como los más exitosos, en la mayoría de las revisiones y meta-análisis realizados hasta ahora, también destacan otros programas que no muestran eficacia alguna. Este sería el caso de algunos programas disuasorios como "Scared Straight" [14, 26-29], en los que se considera que la sanción penal produce por sí misma efectos reductores de la conducta delictiva futura, sin considerar otros aspectos (psicológicos, sociales, etc.) que pueden influir en los resultados de efectividad en la intervención.

En este sentido, se hace evidente la necesidad de tratar la delincuencia desde diferentes perspectivas (judicial, social, psicológica), a sabiendas de que al incorporar una perspectiva psicopatológica se podría tener una visión muy distinta del sistema judicial. De hecho, hoy en día se promueve, tanto en Europa como en el resto de países desarrollados, la implementación de programas de apoyo específicos para aquellos jóvenes con algún problema psicopatológico, y a la vez inmersos en el Sistema de Justicia Juvenil.

Con esta perspectiva, en este informe se pretende valorar qué programas y métodos son los más efectivos para este colectivo de jóvenes, que permita a los profesionales un abordaje judicial y psicológico efectivo que directa e indirectamente contribuya a una reducción significativa de la reincidencia. Una revisión sistemática sobre esta materia permitiría adoptar iniciativas de normalización. En este sentido, en esta revisión se centrará la atención en determinar la eficacia práctica de las diferentes estrategias de intervención existentes para jóvenes infractores que presentan, además, diversos problemas psicopatológicos.

II. Objetivos de la revisión

Esta revisión pretende aportar conocimiento científicamente válido y útil en la toma de decisiones para profesionales y gestores de la sanidad y del Sistema Juvenil de Justicia, basada en la mejor evidencia disponible.

En concreto, se trata de proporcionar un primer abordaje sobre la efectividad de programas de intervención en jóvenes infractores con problemas psicopatológicos.

II.1. Objetivos primarios

- Evaluar y sintetizar el conocimiento científico disponible sobre la efectividad de los programas dirigidos a la prevención y tratamiento de los problemas psicopatológicos en jóvenes infractores.
- Evaluar, sintetizar y diseminar el conocimiento científico disponible sobre la efectividad de los programas dirigidos a reducir la reincidencia de jóvenes infractores.

II.2. Objetivos secundarios

- Identificar cuáles son las estrategias de intervención y modelos teóricos más efectivos en el tratamiento con jóvenes infractores.
- Identificar con qué subgrupos de individuos logran mayor efectividad estas estrategias de intervención.
- Identificar en qué lugares o contextos son más útiles las diversas estrategias de intervención.

III. Metodología

III.1. Diseño

Revisión sistemática (RS) sobre las intervenciones disponibles para jóvenes infractores, con el propósito de evaluar su efectividad en la disminución de la reincidencia y en la remisión de la sintomatología psicopatológica presente en estos jóvenes.

Previamente se ha desarrollado un protocolo detallado en el que se describían las siguientes etapas del proceso: 1) definición de los criterios de selección (criterios de inclusión y de exclusión), 2) búsqueda de los artículos relevantes que han sido publicados, 3) selección de los títulos y resúmenes que cumplían los criterios de selección, 4) revisión de los artículos completos que representaban los estudios potencialmente incluidos, 5) evaluación crítica de la calidad de los estudios incluidos y la extracción de los datos de interés, 6) análisis y síntesis de los datos.

III.2. Criterios de selección

Los estudios fueron seleccionados a partir de los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

III.2.1. Tipos de estudios

Esta RS integra la información de RS previas sobre el tema, así como la de los estudios primarios publicados desde 1996 hasta 2006 sobre programas de intervención para jóvenes infractores. La selección de los estudios se limitó a aquellos estudios publicados en inglés y/o español.

III.2.1.1. Criterios de inclusión

Los estudios incluidos en la revisión debían aplicar un diseño comparativo entre dos (o más) grupos, uno de ellos actuando como grupo control, siguiendo alguno de estos diseños o métodos de estudio:

- Revisiones Sistemáticas (RS) de estudios comparativos.
- Estudios comparativos:
 - Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) o No Aleatorizados (ECNA).
 - Otros Estudios Comparativos (en los que se compararan dos o más grupos) (EC).

III.2.1.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron de la revisión los estudios que seguían alguno de estos diseños o métodos de estudio:

- Estudios de comparación intragrupo.
- Estudios observacionales.
- Estudios de caso-control.
- Estudios cualitativos.
- Evaluaciones económicas.
- Revisiones históricas.
- Estudios de un solo caso.
- Consenso de expertos.

III.2.2. Tipos de participantes

Se incluyeron los estudios que reclutaban jóvenes infractores. Se excluyeron estudios donde los participantes no eran jóvenes infractores (sino adultos) y/o eran jóvenes con conductas de riesgo que pertenecían a programas de cuidado y a programas de acogida.

III.2.2.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron estudios con una muestra formada por jóvenes infractores entre los 12 y 21 años de edad que recibían una intervención correccional y estaban bajo el control del sistema de justicia penal, de jurisdicción adulta o juvenil.

III.2.2.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos estudios donde los participantes no eran jóvenes infractores y/o eran jóvenes con conductas de riesgo que pertenecían a programas de cuidado (“group home programs” y “group care programs”) y a programas de acogida (“foster care programs”).

III.2.3. Tipos de intervención

Se incluyeron los estudios en los que se habían utilizado intervenciones orientadas a la disminución de la reincidencia y al tratamiento de la sintomatología psicopatológica de los jóvenes infractores.

III.2.3.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron aquellos estudios en los que se utilizaba algún programa de intervención (desarrollado en las instituciones pertinentes) dirigido a tratar a los jóvenes infractores, teniendo como objetivo disminuir la reincidencia y la sintomatología psicopatológica de éstos. Las intervenciones se basaban en métodos y aproximaciones psicológicas, sociales y educativas.

Algunas de las estrategias de intervención que se han identificado a priori, y que se consideraron, son:

- intervenciones educativas,
- terapias psicológicas no conductuales,
- terapias psicológicas conductuales,
- programas cognitivo-conductuales,
- comunidades terapéuticas,
- intervenciones familiares,
- intervenciones multidimensionales,
- programas de derivación,
- programas disuasorios y programas de disciplina.

III.2.3.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron del análisis aquellas intervenciones dirigidas, exclusivamente, a jóvenes en conductas de riesgo, que estuviesen bajo programas de acogida (foster care) y programas de cuidado (group care, group home).

III.2.4. Tipos de medida de resultados

Para evaluar la efectividad de las intervenciones se consideraron la disminución de la reincidencia y la remisión de la sintomatología psicopatológica de los jóvenes infractores.

III.2.4.1. Criterios de inclusión

Para evaluar la efectividad de los programas se tomaron en cuenta las siguientes medidas de resultados de los estudios:

- Remisión de los problemas psicopatológicos: a partir de las puntuaciones obtenidas en los test, entrevistas e inventarios que evaluaban la sintomatología psicopatológica presente (ansiedad, depresión, ira, trastornos de personalidad, consumo/abuso de sustancias, etc.).
- Índice de reincidencia: tiempo transcurrido desde la liberación hasta el primer delito cometido tras ésta, y número de delitos en el seguimiento,
- Características de la reincidencia: tipo de delito cometido después de la puesta en libertad,
- Otras variables moderadoras que se tomaban en cuenta para valorar la efectividad de las estrategias de intervención con los jóvenes infractores:
 - Tipo de tratamiento: modelo teórico de la intervención, la duración del programa (en meses) y la intensidad del programa (en horas por semana e individuo),
 - Características de los jóvenes: edad, sexo, raza/nacionalidad, tipo de delito más común,

- Contexto de la intervención: lugar en el que se aplicó la intervención (centros de reforma juvenil, prisiones de jóvenes, comunidad, etc.), el régimen carcelario de los participantes (cerrado, semi-abierto) y el país de realización del estudio,
- Características metodológicas de los estudios: tipo de asignación de los participantes a los grupos (aleatoria versus no aleatoria), la mortalidad experimental del grupo tratado y el período de seguimiento para la medida de la reincidencia (en meses).

III.3. Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios

Para la búsqueda de estudios sobre programas de intervención para jóvenes infractores, se consultaron las bases de datos electrónicas expuestas a continuación. La estrategia de búsqueda se hace explícita en el Anexo 1.

Bases de datos	Periodo buscado
MEDLINE	1996 a septiembre 2006
EMBASE	1996 a octubre 2006
CINAHL	1996 a septiembre 2006
PsycInfo	1996 a septiembre 2006
Sciences Citation Index (SSCI)	1996 a octubre 2006
The Cochrane Library	1996 a diciembre 2006
The Campbell Library: C2-SPECTR	1996 a diciembre 2006

El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual y vía Internet del registro de Revisiones de la Colaboración Campbell (C2-RIPE) en los apartados Social, Psicológico, Educativo y Criminológico, de revistas especializadas y de las referencias citadas en los estudios seleccionados.

Antes de iniciar el proceso de revisión, se seleccionó una muestra de artículos sobre los que se llevó a cabo un estudio piloto para poner a prueba los criterios de selección previstos en el protocolo. Los resultados fueron discutidos por el equipo de revisores, con el objeto de refinar los criterios de selección y maximizar la concordancia entre revisores.

Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios y en caso de duda y/o desacuerdos entre ellos se acudió a un tercer revisor, que comprobó los criterios del protocolo e intentó llegar a un consenso con los otros dos revisores para la selección del estudio. Además, el tercer revisor supervisó y revisó todos los estudios incluidos finalmente en la revisión.

La selección inicial de los estudios se realizó a partir de los títulos y abstracts recuperados en las bases de datos, según los criterios de inclusión/exclusión antes citados y previa valoración de la relevancia para esta RS.

A continuación, se recuperaron las publicaciones completas de los estudios seleccionados previamente, incluyendo todas aquellas publicaciones en las que no se pudo determinar su elegibilidad a partir del título y/o el abstract, comprobando nuevamente la concordancia con los criterios de selección de la revisión.

III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios

La valoración de la calidad de los estudios se realizó por dos revisores de forma independiente. En caso de duda y/o desacuerdos entre los dos revisores se procedió a resolverlas comprobando inicialmente los criterios del protocolo y, posteriormente, por consenso.

La calidad de los estudios se evaluó utilizando las siguientes escalas:

- Escala de Jadad¹ [30]: para los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA).
- Escala de Estabrooks² [31]: para Ensayos Clínicos No Aleatorizados (ECNA) y otros Estudios Comparativos (EC).
- Escala de Oxman³ [32]: para las Revisiones Sistemáticas (RS).

1 ANEXO 2. Escala de Jadad

2 ANEXO 3. Escala de Estabrooks

3 ANEXO 4. Escala de Oxman

III.5. Extracción y análisis de datos

Tanto los artículos científicos, como otros productos obtenidos en la búsqueda de la literatura científica, han sido valorados críticamente en función de sus grados de calidad y evidencia⁴, con el objeto de seleccionar aquellos de valor científico que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, especificados previamente en el protocolo.

Una vez identificadas las referencias que cumplían con los criterios de selección para su inclusión, se realizó la extracción de los datos (se dispuso de una hoja/ficha de extracción de datos para las RS⁵, para los ECA⁶, y para los ECNA⁷ y los otros EC⁸). Posteriormente, se clasificó la información en tablas de evidencia^{9,10} siguiendo el protocolo estandarizado.

En el protocolo estándar se contempló tanto la información general sobre el estudio como la información específica sobre las características del estudio y las medidas utilizadas para valorar los resultados. Para cada artículo, se tuvieron en cuenta las siguientes características:

- el autor de la publicación,
- el país de origen del estudio,
- características de la muestra,
- diseño y metodología del estudio,
- programa de intervención evaluado,
- la descripción del programa de intervención,
- resultados.

4 ANEXO 5. Niveles y grados de evidencia

5 ANEXO 6. Hoja de extracción de datos (RS)

6 ANEXO 7. Hoja de extracción de datos (ECA)

7 ANEXO 8. Hoja de extracción de datos (ECNA y otros EC)

8 ANEXO 8. Hoja de extracción de datos (ECNA y otros EC)

9 ANEXO 9. Tabla de evidencia (ECA)

10 ANEXO 10. Tabla de evidencia (ECNA y Otros EC)

IV. Resultados

Se identificaron un total de 3671 referencias en las bases de datos electrónicas. Al eliminar los duplicados se revisaron 2916 referencias, de las que se seleccionaron 172. El proceso de selección de referencias identificadas en las bases de datos electrónicas se muestra en la Figura 1.

Además, se localizaron seis referencias en las búsquedas manuales, cuatro en la base de datos de la Colaboración Campbell (C2-RIPE), en los apartados Social, Psicológico, Educativo y Criminológico, y dos en las referencias citadas en los estudios seleccionados.

IV.1. Estudios incluidos

De los 172 artículos seleccionados y revisados se incluyeron 45 de ellos, a los que debemos añadir las seis revisiones sistemáticas incluidas a partir de las búsquedas manuales, resultando un total de 51 estudios¹¹ (Anexo 11): 15 revisiones sistemáticas (Curtis 2004, Dowden 2003, Farrington 2005, Grietens 2004, Latimer 2001, Latimer 2005, Lees 1999, Lipsey 2007, Littell 2005, Mitchell 2006, Petrosino 2002, Redondo 1999, Redondo 2002, Wilson 2005, Woolfenden 2001), 15 ensayos clínicos aleatorizados (Ahrens 2002, Biggam 2002, Dembo 2001a, Dembo 2001b, Dembo 2000a, Dembo 2000b, Hagan 1997, Henggeler 2006, Henggeler 1996, Lane 2005, Nakaya 2004, Ovaert 2003, Rohde 2004, Schaeffer 2005, Smith 2002), 3 ensayos clínicos no aleatorizados (Caldwell 2005, Caldwell 2006 a, Caldwell 2006 b), otros 18 estudios comparativos (Archwamety 2000, Arnold 2003, Deschenes 1998, Florsheim 2000, Hagan 2001, Jainchill 2000, Jones 2004, Mc Mackin 2002, Mitchell 2004, Nas 2005, Norrbin 2004, Perkins-Dock 2001, Pullmann 2006, Putnins 1997, Shane 2003, Spooner 2001, Trupin 2002, Tsytarev 2000).

Es importante destacar que los cuatro artículos de Dembo (dos publicados en el año 2000 y otros dos publicados en 2001) pertenecen al mismo estudio. Los cuatro artículos presentan la misma intervención (implementada en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough) y participantes con las mismas características. Asimismo,

¹¹Nota: De aquí en adelante las referencias de los estudios incluidos en la revisión aparecerán de la siguiente forma: Primer autor y año

prácticamente consideran las mismas medidas de resultado, por lo que la única diferencia entre ellos viene determinada por algunas variaciones en el tamaño muestral y los seguimientos planteados en el diseño.

Algo similar a lo expuesto anteriormente sucede con los tres artículos de Caldwell (uno publicado en el año 2005 y dos publicados en 2006). Dichos artículos contienen datos procedentes del mismo estudio y desarrollan la misma intervención (en el Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota). La diferencia entre ellos reside en el tamaño muestral, en las medidas de resultado y en los criterios diagnósticos para los participantes en uno de los artículos.

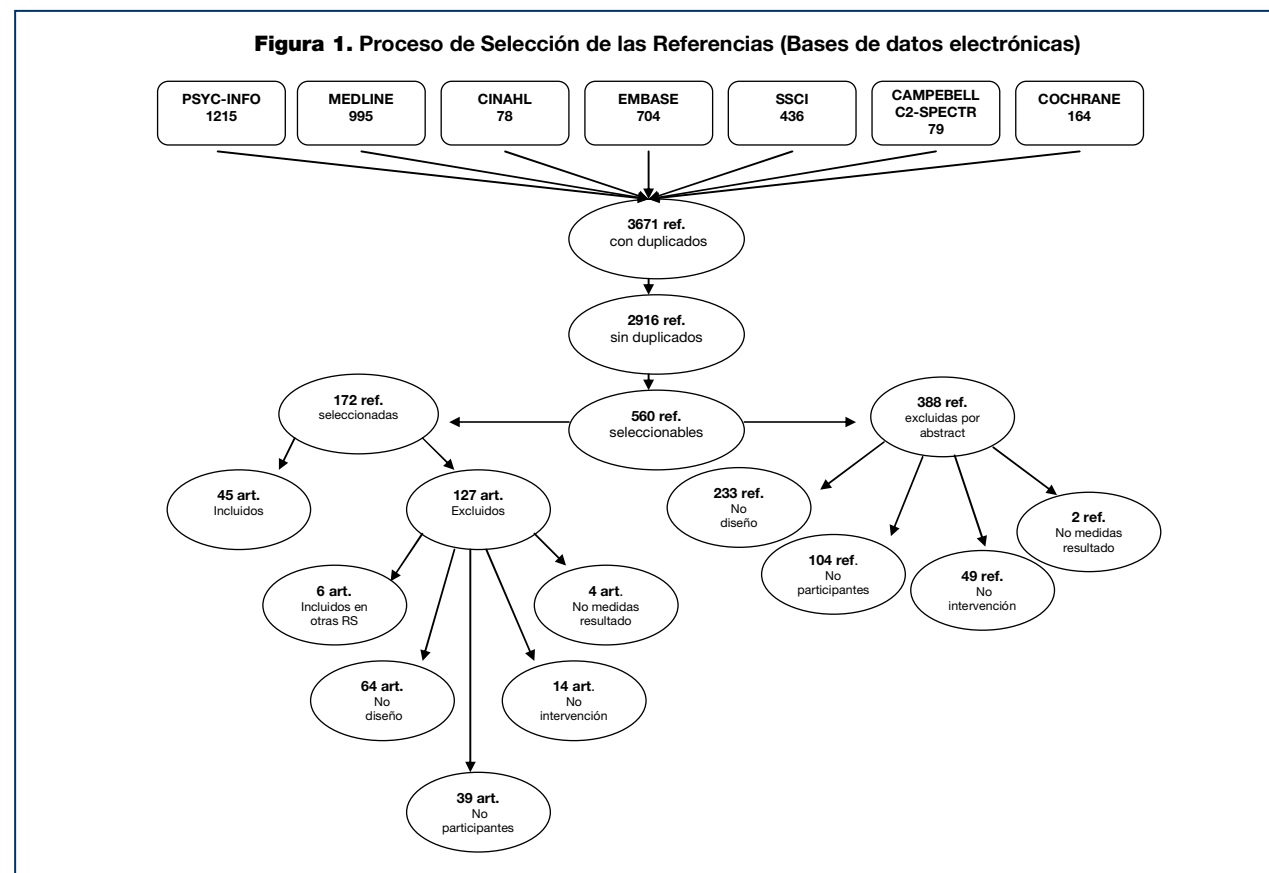
Respecto a las revisiones sistemáticas hemos de comentar tres aspectos. Primero, que en la selección de las revisiones que cumplían con los criterios de inclusión, se encontraron dos revisiones del mismo autor (Woolfenden 2001 y Woolfenden 2002). Se trataba de la misma revisión pero publicada en lugares diferentes. Woolfenden (2001) es una publicación de La Colaboración Cochrane y Woolfenden (2002) fue publicada en la revista *Archives of Disease in Childhood*. Por este motivo se decidió extraer los datos de la revisión del 2001, puesto que aportaba mayor cantidad de información, excluyendo la del 2002. La segunda nos ofrece la misma información que la primera pero más sintetizada. El segundo aspecto se refiere a que Wilson (2005), Petrosino (2002) y Mitchell (2006) fueron los autores de las tres revisiones sistemáticas extraídas de la Colaboración Campbell (C2-RIPE) en la fase de búsqueda manual. Tercero, que la revisión sistemática de Dowden (2003) está basada en la revisión sistemática de Latimer 2001.

Inicialmente, se agregaron seis estudios que, durante nuestro proceso de búsqueda manual en la Colaboración Campbell (C2-RIPE), encontramos como revisiones en marcha (Andreassen 2006, Gadon 2005, Garrido 2003, Lipsey 2006, Littell 2007, Scott 2006). A lo largo del estudio se ha ido controlando la posibilidad de que fueran publicados. Como consecuencia de esto, se encontró el estudio de Lipsey (2006) publicado en agosto de 2007, lo que produjo que pasara de ser un estudio en marcha a ser uno de los estudios incluidos en esta revisión, ya que cumplía con todos los criterios de inclusión. Por lo tanto, los seis estudios en curso detectados inicialmente se convirtieron en cinco (ver referencias en el Anexo 13 y un resumen de sus datos en el Anexo 21).

IV.2. Estudios excluidos

En el proceso de lectura de resúmenes se excluyeron 388 referencias, y tras obtener los artículos originales se excluyeron 127 referencias por no cumplir con los criterios de inclusión. Los motivos de exclusión se detallan a continuación:

- Fase de lectura de resúmenes: 388 referencias excluidas:
 - 233 referencias no cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en cuanto a diseño.
 - 104 referencias no cumplieron los criterios de inclusión estipulados para los participantes.
 - 49 referencias no cumplieron con los criterios de inclusión sobre el tipo de intervención.
 - 2 referencias se excluyeron por no cumplir con los criterios de inclusión contemplados para las medidas de resultados.
- Fase de revisión de artículos originales: 127 referencias excluidas (Anexo 12):
 - 6 artículos (5 estudios primarios y un meta-análisis) se excluyeron por estar insertos en algunas de las revisiones sistemáticas incluidas en este estudio. El meta-análisis es la versión reducida de una de las revisiones sistemáticas incluidas en este estudio.
 - 64 artículos fueron excluidos por su diseño.
 - 39 artículos se excluyeron en base a los participantes que formaban la muestra.
 - 14 artículos fueron excluidos por el tipo de intervención aplicada o por la carencia de ésta.
 - 4 artículos fueron excluidos tomando como referencia sus medidas de resultado.



IV.3. Calidad Metodológica

IV.3.1. Revisiones Sistemáticas (RS)

Respecto a la calidad de las revisiones sistemáticas, se utilizó la escala de calidad de Oxman [32], cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 10 puntos (Anexo 4). La escala de Oxman evalúa cinco categorías: i) definición del tema de estudio de la revisión (2 puntos), ii) selección de los artículos de la revisión (2 puntos), iii) importancia y relevancia de los artículos incluidos en la revisión (2 puntos), iv) valoración de la calidad de los estudios incluidos en la revisión (2 puntos), y v) combinación de los resultados de los estudios incluidos en la revisión (2 puntos).

En la Tabla 1 se pueden encontrar las descripciones de las puntuaciones de calidad para cada revisión sistemática incluida en este estudio, y que se describen a continuación.

Las quince revisiones sistemáticas incluidas alcanzaron puntuaciones entre 6 y 10 puntos, siendo la puntuación promedio de la calidad global de éstas de 9.1 puntos sobre 10, con una desviación estándar de 1.5 puntos.

Las menores puntuaciones se obtuvieron en el apartado de “Calidad” de los artículos incluidos, presentando una puntuación promedio de 1.3 puntos sobre 2 y una desviación estándar de 1, mientras que el apartado de “Combinación de resultados” alcanzó la máxima puntuación posible: 2 puntos sobre 2.

Los apartados de “Tema”, “Selección” e “Importancia y relevancia” de los estudios obtuvieron un promedio de 1.9 puntos sobre 2, con una desviación estándar de 0.3 para las dos primeras y de 0.5 para la última.

Tabla 1. Nivel de calidad de las revisiones sistemáticas (RS) (Escala de Oxman 1994)

Estudio	Puntuación (/10)	Tema (/2)	Selección (/2)	Importancia y relevancia (/2)	Calidad (/2)	Combinación de resultados (/2)
DOWDEN 2003 (CANADÁ) ID = 78	10	2	2	2	2	2
FARRINGTON 2005 (REINO UNIDO) ID = 102	6	1	1	2	0	2
GRIETENS 2004 (BÉLGICA)	8	2	2	2	0	2

Tabla 1. Nivel de calidad de las revisiones sistemáticas (RS) (Escala de Oxman 1994)						
Estudio	Puntuación (/10)	Tema (/2)	Selección (/2)	Importancia y relevancia (/2)	Calidad (/2)	Combinación de resultados (/2)
ID = 112						
LATIMER 2001 (EE.UU.) ID = 166	6	2	2	0	0	2
LATIMER 2005 (CANADÁ) ID = 295	8	2	2	2	0	2
WOOLFENDEN 2001 (AUSTRALIA) ID = 538	10	2	2	2	2	2
LITTELL 2005 (EE.UU.) ID = 544	10	2	2	2	2	2
CURTIS 2004 (NUEVA ZELANDA/EE.UU.) ID = 547	8	2	2	2	0	2
LEES 1999 (REINO UNIDO) ID = 549	9	2	2	2	1	2
PETROSINO 2002 (EE.UU.) ID = 562	10	2	2	2	2	2
MITCHELL 2006 (EE.UU.) ID = 563	10	2	2	2	2	2
WILSON 2005 (EE.UU.) ID = 564	10	2	2	2	2	2
LIPSEY 2007 (EE.UU.) ID = 565	10	2	2	2	2	2
REDONDO 1999 (ESPAÑA) ID = 566	10	2	2	2	2	2
REDONDO 2002 (ESPAÑA) ID = 567	10	2	2	2	2	2

IV.3.2. Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)

Para evaluar la calidad y validez de los ensayos clínicos aleatorizados se utilizó la escala de Jadad [30], teniendo en cuenta, además, el ocultamiento de la asignación (Anexo 2). Esta es una escala en la que se

obtienen puntuaciones que oscilan entre 0 y 5 puntos. La escala utiliza tres criterios: i) la aleatorización, ii) el enmascaramiento o cegamiento y iii) el control de las pérdidas en el seguimiento.

El método de puntuación consiste en asignar un punto cuando se cumple el criterio y cero puntos cuando no se cumple, además se da un punto adicional (bonificación) cuando se describe el método de aleatorización y éste es adecuado, y un punto más cuando se describe el método de enmascaramiento (del paciente y del investigador) y también es adecuado. Se resta un punto si el método de aleatorización se describe pero es inadecuado, así como también se resta un punto si se describe el método de enmascaramiento pero es inadecuado. El ocultamiento de la asignación ofrece una evaluación de la buena ejecución del esquema de asignación.

En la Tabla 2 se pueden encontrar las descripciones de las puntuaciones de calidad para cada ECA incluido en esta revisión.

Tabla 2. Nivel de calidad de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) (Escala de Jadad 1996)				
Estudio	Calidad Total (/5)	Aleatorización (/2)	Cegamiento (/2)	Seguimiento (/1)
BIGGAM 2002 (ESCOCIA) ID= 38	3	2	1	0
HAGAN 1997 (EE.UU.) ID= 156	1	1	0	0
HENGGELE 2006 (EE.UU.) ID= 193	2	2	0	0
HENGGELE 1996 (EE.UU.) ID= 200	2	1	0	1
AHRENS 2002 (EE.UU.) ID= 215	1	1	0	0
SMITH 2002 (EE.UU.) ID= 222	2	1	1	0
LANE 2005 (EE.UU.) ID= 292	3	2	0	1

Tabla 2. Nivel de calidad de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) (Escala de Jadad 1996)

Estudio	Calidad Total (/5)	Aleatorización (/2)	Cegamiento (/2)	Seguimiento (/1)
NAKAYA 2004 (JAPÓN) ID= 339	2	1	0	1
OVAERT 2003 (EE.UU.) ID= 365	3	2	0	1
ROHDE 2004 (EE.UU.) ID= 426	3	2	1	0
SCHAEFFER 2005 (EE.UU.) ID= 452	3	2	0	1
DEMBO 2001 (EE.UU.) ID= 477	2	1	0	1
DEMBO 2001 (EE.UU.) ID= 478	2	1	0	1
DEMBO 2000 (EE.UU.) ID= 479	2	1	0	1
DEMBO 2000 (EE.UU.) ID= 480	2	1	0	1

Ocho de los quince ECA encontrados en esta revisión sistemática presentaron un nivel de calidad total de 2 puntos sobre 5. Cinco estudios obtuvieron una puntuación de 3 sobre 5, y dos de ellos fueron puntuados con 1 punto sobre 5. El promedio de la calidad total para todos los ECA fue de 2.2 puntos sobre 5, con desviación estándar de 0.7puntos.

En cuanto a la “Aleatorización” hemos de destacar que seis de los quince ECA incluidos en esta revisión presentaron la puntuación máxima que se puede alcanzar en esta categoría (2 puntos). Obtener 2 puntos significa que en el estudio se menciona la aleatorización, se describe su método y se considera adecuada. Los nueve estudios restantes puntuaron 1 sobre 2, ya que no describieron el método de

aleatorización. El promedio obtenido en esta categoría fue de 1.4 puntos sobre 2, con una desviación estándar de 0.5 puntos.

La categoría de “Cegamiento” presenta las puntuaciones más bajas de toda la tabla de calidad. Sólo tres estudios obtuvieron 1 punto sobre 2 y los doce estudios restantes no puntuaron, ya que no mencionaron si enmascararon el tratamiento de los pacientes y de los investigadores/evaluadores (estudio de doble ciego). El promedio resultante en esta categoría fue de 0.2 sobre 2 puntos, con desviación estándar de 0.4 puntos.

En la última categoría, la de “Seguimiento”, nueve estudios obtuvieron la puntuación máxima (1 punto) y los seis restantes no puntuaron, al no describir las pérdidas de seguimiento. El promedio del Seguimiento fue de 0.6 puntos sobre 1, con una desviación estándar de 0.5 puntos.

IV.3.3. Ensayos Clínicos No Aleatorizados (ECNA)

Para evaluar la calidad y validez de los ensayos clínicos no aleatorizados se empleó la Escala de Estabrooks [31] (Anexo 3). Su puntuación puede oscilar entre 0 y 35 puntos y en ella se evalúan seis categorías: i) diseño y asignación (5 puntos), ii) reclutamiento (6 puntos), iii) criterios de inclusión y de exclusión (4 puntos), iv) descripción de la intervención (4 puntos), v) análisis estadístico y conclusiones (6 puntos) y vi) medidas de resultado (10 puntos).

Sin embargo, para evaluar la calidad metodológica de los ensayos clínicos no aleatorizados de esta revisión, se excluyó una de las preguntas de la categoría de diseño y asignación (“¿La descripción de la aleatorización fue: adecuada, parcial o inadecuada?”) puesto que en estos estudios no existe aleatorización.

Se evalúan, por tanto, seis categorías pero la puntuación máxima que podría obtenerse es de 33 puntos. El rango de puntuaciones podría variar entre 0 y 33 puntos.

El índice de validez a obtener para cada categoría varió con las puntuaciones obtenidas en cada una de dichas categorías:

- i) Diseño y asignación (0-1 bajo; 2 medio; 3 alto)
- ii) Reclutamiento (0-2 bajo; 3-4 medio; 5-6 alto)
- iii) Inclusión y exclusión (0-1 bajo; 2-3 medio; 4 alto)
- iv) Descripción de la intervención (0 bajo; 1-2 medio; 3-4 alto)

- v) Análisis estadístico y conclusiones (0-2 bajo; 3-4 medio; 5-6 alto)
- vi) Medidas de resultados (0-4; 5-7 medio; 8-10 alto)

El índice total de validez en la escala puede ser “alto”, “medio” o “bajo” y se calcula en función de las puntuaciones obtenidas en las diferentes categorías. Así, si la mayoría de las valoraciones en cada una de las categorías es “baja”, el índice total será “bajo”, si de las cinco categorías no hay más de dos con puntuaciones de índice “bajo” y no hay más de dos con puntuaciones de índice “alto”, el índice total será “medio”, y si de las cinco categorías ninguna tiene puntuaciones de índice ‘bajo’ y la mayoría son de índice “alto”, entonces, el índice total será “alto”.

En la Tabla 3 se pueden encontrar las descripciones de las puntuaciones de calidad y validez para cada ensayo clínico no aleatorizado (ECNA) incluido en esta revisión. Se detallan a continuación:

En los tres ensayos clínicos no aleatorizados evaluados se obtuvieron puntuaciones de 17 y 18 puntos en calidad metodológica (sobre un total de 33 puntos), con una puntuación promedio de calidad global de 17.3 puntos sobre un total de 33, y desviación estándar de 0.6 puntos.

Debido a que los tres ECNA pertenecen al mismo autor (Caldwell 2005, Caldwell 2006a y Caldwell 2006b) y se corresponden con el mismo estudio, las puntuaciones presentadas en cada una de las categorías son iguales para los tres artículos (salvo en una de las puntuaciones de “Medidas de resultado”); por tanto, el índice de validez total obtenido en la escala también fue el mismo. Los tres artículos obtuvieron un índice “medio” de validez total.

Las puntuaciones de índice “alto” se correspondieron con la categoría de “Medidas de resultado”. Los artículos de Caldwell (2005) y Caldwell (2006a) obtuvieron 8 puntos sobre 10, mientras que al artículo de Caldwell (2006b) se le asignaron 9 puntos. El promedio de las puntuaciones fue de 8.3 puntos sobre 10, con una desviación estándar de 0.6 puntos.

Las categorías de “Inclusión y exclusión”, “Descripción de la intervención” y “Análisis estadístico” presentan un índice “medio”, con puntuaciones y promedios de 2 sobre 4, 1 sobre 2 y 4 sobre 6 puntos respectivamente, con una desviación estándar de 0 puntos para todos los casos.

Las puntuaciones “bajas” las encontramos en la categoría de “Diseño y asignación”, donde los 3 artículos no obtuvieron puntuación (0 puntos sobre 3). Asimismo, en la categoría de “Reclutamiento” las puntuaciones obtenidas también fueron “bajas”, con un promedio de 2 puntos sobre 6, y una desviación estándar de 0 puntos.

Tabla 3. Nivel de calidad de los ensayos clínicos no aleatorizados (ECNA) (Escala de Estabrooks 2000)

Estudio	Validez Total	Puntuación (/33)	Niveles de Calidad*			Diseño y Asignación (/3)	Reclutamiento (/6)	Inclusión y Exclusión (/4)	Descripción de la Intervención (/2)	Análisis Estadístico (/6)	Medidas de Resultado (/10)
			A	M	B						
CALDWELL 2005 (EE.UU.) ID= 55	MEDIA	17	1	3	2	O Bajo	2 Bajo	2 Medio	1 Medio	4 Medio	8 Alto
CALDWELL 2006a (EE.UU.) ID= 60	MEDIA	17	1	3	2	O Bajo	2 Bajo	2 Medio	1 Medio	4 Medio	8 Alto
CALDWELL 2006b (EE.UU.) ID= 63	MEDIA	18	1	3	2	O Bajo	2 Bajo	2 Medio	1 Medio	4 Medio	9 Alto

Niveles de Calidad: A: Alto; M: Medio; B: Bajo

IV.3.4. Otros estudios Comparativos (Otros EC)

Para analizar la calidad metodológica de los demás estudios comparativos también se utilizó la escala de Estabrooks de calidad metodológica [31] (Anexo 3) con las mismas consideraciones que en el grupo de estudios anterior (ECNA). En la Tabla 3 se encuentran las descripciones de las puntuaciones de calidad y validez para cada uno de los estudios comparativos que se comentan a continuación.

Los dieciocho estudios comparativos incluidos en este apartado obtuvieron puntuaciones entre 12 y 21 puntos en calidad metodológica, resultando un promedio de 15.8 puntos sobre 33, con desviación estándar de 2.5 puntos. Dieciséis de estos estudios presentan una validez total “baja”, mientras que los dos estudios restantes muestran una validez total “media”.

Tras realizar una valoración conjunta de los niveles de calidad de los estudios, las puntuaciones más altas se encontraron en la categoría de “Análisis estadístico”, con una puntuación promedio de 4.3 sobre 6 puntos y desviación estándar de 1.3 puntos, seguida por la categoría de “Descripción de la Intervención”, que obtuvo una puntuación promedio de 2.1 sobre 4 puntos y presenta una desviación estándar de 1 punto. En la primera categoría nueve estudios obtuvieron puntuaciones “altas”, ocho estudios obtuvieron puntuaciones “medias” y sólo un estudio puntuó “bajo”. En la segunda categoría, cuatro estudios presentaron puntuaciones de índice “alto”, trece estudios mostraron puntuaciones “medias” y un estudio obtuvo puntuación “baja”.

Las puntuaciones más bajas correspondieron a las categorías de “Diseño y asignación” (con una puntuación promedio de 1.5 sobre 3 puntos, con desviación estándar de 0.6 puntos), “Reclutamiento” (puntuación promedio de 2.2 sobre 6 puntos y desviación estándar de 1.4 puntos) y “Descripción de los criterios de inclusión y exclusión” (puntuación promedio de 1.2 sobre 4 puntos y desviación estándar de 0.7 puntos). Estas categorías no obtuvieron puntuaciones “altas” a partir de los estudios. En “Diseño y asignación” diez estudios obtuvieron puntuaciones “medias” y ocho estudios puntuaciones “bajas”, en “Reclutamiento” ocho estudios lograron puntuaciones “medias” y diez estudios puntuaron “bajo”; por último, en “Criterios de inclusión y exclusión”, siete estudios lograron puntuaciones “medias” y once estudios obtuvieron puntuaciones “bajas”.

Las puntuaciones intermedias de la valoración conjunta residen en la categoría de “Medidas de resultado”, con una puntuación promedio de 4.5 puntos sobre 10, y desviación estándar de 1.9 puntos. En ella,

tres estudios obtuvieron puntuaciones de índice “alto”, cinco estudios mostraron puntuaciones “medias” y diez estudios presentaron puntuaciones “bajas”.

Tabla 4. Nivel de calidad de los otros estudios comparativos (Escala de Estabrooks 2000)

Estudio	Validez Total	Puntuación (/33)	Niveles de Calidad*			Diseño y Asignación (/3)	Reclutamiento (/6)	Inclusión y Exclusión (/4)	Descripción de la Intervención (/4)	Análisis Estadístico (/6)	Medidas de Resultado (/10)
			A	M	B						
NAS 2005 (PAÍSES BAJOS) ID= 52	BAJA	21	3	1	2	1 Bajo	2 Bajo	2 Medio	3 Alto	5 Alto	8 Alto
DESCHENES 1998 (EE.UU.) ID= 71	MEDIA	16	0	5	1	2 Medio	2 Bajo	2 Medio	1 Medio	4 Medio	5 Medio
FLORSHEIM 2000 (EE.UU.) ID= 115	BAJA	19	2	1	3	1 Bajo	2 Bajo	0 Bajo	2 Medio	6 Alto	8 Alto
HAGAN 2001 (EE.UU.) ID= 172	BAJA	15	0	4	2	0 Bajo	4 Medio	2 Medio	2 Medio	4 Medio	3 Bajo
MC MACKIN 2002 (EE.UU.) ID= 214	BAJA	12	1	2	3	2 Medio	3 Medio	1 Bajo	4 Alto	0 Bajo	2 Bajo
JAINCHILL 2000 (EE.UU.) ID= 260	BAJA	17	1	3	2	2 Medio	3 Medio	1 Bajo	2 Medio	5 Alto	4 Bajo

Tabla 4. Nivel de calidad de los otros estudios comparativos (Escala de Estabrooks 2000)

Estudio	Validez Total	Puntuación (/33)	Niveles de Calidad*			Diseño y Asignación (/3)	Reclutamiento (/6)	Inclusión y Exclusión (/4)	Descripción de la Intervención (/4)	Análisis Estadístico (/6)	Medidas de Resultado (/10)
			A	M	B						
ARNOLD 2003 (EE.UU.) ID= 265	BAJA	15	0	3	3	1 Bajo	4 Medio	1 Bajo	2 Medio	3 Medio	4 Bajo
MITCHELL 2004 (REINO UNIDO) ID= 299	MEDIA	19	2	3	1	2 Medio	3 Medio	2 Medio	4 Alto	5 Alto	3 Bajo
SPOONER 2001 (AUSTRALIA) ID= 302	MEDIA	18	1	4	1	1 Bajo	3 Medio	2 Medio	2 Medio	5 Alto	5 Medio
ARCHWAMETY 2000 (EE.UU.) ID= 328	BAJA	13	0	2	4	1 Bajo	2 Bajo	1 Bajo	2 Medio	4 Medio	3 Bajo
NORRBIN 2004 (EE.UU.) ID= 347	BAJA	16	1	3	2	2 Medio	2 Bajo	2 Medio	2 Medio	6 Alto	2 Bajo
PERKINS-DOCK 2001 (EE.UU.) ID= 380	BAJA	14	1	2	3	1 Bajo	0 Bajo	1 Bajo	2 Medio	5 Alto	5 Medio

Tabla 4. Nivel de calidad de los otros estudios comparativos (Escala de Estabrooks 2000)

Estudio	Validez Total	Puntuación (/33)	Niveles de Calidad*			Diseño y Asignación (/3)	Reclutamiento (/6)	Inclusión y Exclusión (/4)	Descripción de la Intervención (/4)	Análisis Estadístico (/6)	Medidas de Resultado (/10)
			A	M	B						
SHANE 2003 (EE.UU.) ID= 384	BAJA	18	1	3	2	1 Bajo	3 Medio	2 Medio	0 Bajo	4 Medio	8 Alto
PULLMANN 2006 (EE.UU.) ID= 387	BAJA	16	0	4	2	2 Medio	4 Medio	1 Bajo	2 Medio	4 Medio	3 Bajo
PUTNINS 1997 (AUSTRALIA) ID= 389	BAJA	12	1	2	3	2 Medio	0 Bajo	0 Bajo	1 Medio	5 Alto	4 Bajo
JONES 2004 (EE.UU.) ID= 392	BAJA	15	0	4	2	2 Medio	2 Bajo	0 Bajo	2 Medio	4 Medio	5 Medio
TRUPIN 2002 (EE.UU.) ID= 518	BAJA	14	1	2	3	2 Medio	0 Bajo	1 Bajo	3 Alto	4 Medio	4 Bajo
TSYTSAREV 2000 (EE.UU.) ID= 525	BAJA	15	1	3	2	2 Medio	0 Bajo	1 Bajo	2 Medio	5 Alto	5 Medio

IV.4. Resultados evaluados

Los resultados evaluados se describen según el tipo de diseño (Revisión sistemática, Ensayo Clínico Aleatorizado, Ensayo Clínico No Aleatorizado y otros Estudios Comparativos) y según las categorías de participantes, intervención utilizada y medidas de resultados de cada uno de los estudios.

En cuanto a las medidas de resultados se incluyeron artículos que tenían sólo medidas de salud mental, de reincidencia o de ambos tipos. Se realizaron unas fichas de extracción de datos según el tipo de medida de resultado incluida en el estudio. En el caso de las RS se utilizó la tabla que aparece en el Anexo 6. Para los estudios primarios que tenían medidas de salud mental y reincidencia o sólo medidas de salud mental se utilizaron las fichas que aparecen en los Anexos 7 y 8. En cuanto a los datos de los estudios primarios, que sólo tenían medidas de reincidencia, únicamente se tuvieron en cuenta los apartados de participantes, diseño, medidas de resultados y principales resultados. En el caso de las revisiones sistemáticas se consideraron los apartados de objetivos, búsquedas de estudios primarios, criterios de inclusión, resultados medidos y síntesis de datos.

IV.4.1. Revisiones Sistemáticas

Se localizaron quince revisiones sistemáticas relacionadas con programas dirigidos a la prevención y tratamiento de los trastornos mentales y la reincidencia en jóvenes infractores (ver Tabla 5). Una descripción más detallada de las revisiones sistemáticas que han sido incluidas en este estudio se encuentra en el Anexo 14.

Del total de revisiones incluidas se identificaron cinco que evaluaban la relación entre intervención familiar y delincuencia juvenil (Dowden 2003, Latimer 2001, Woolfenden 2001, Curtis 2004 y Littel 2005). En la primera de ellas (Dowden 2003)¹² se localizaron 38 ECA, donde el 89% de los estudios incluidos (n = 34) también habían sido incluidos en la revisión de Latimer (2001). El objetivo de estas revisiones fue proporcionar una síntesis (meta-análisis) de la literatura existente sobre la relación entre delincuencia juvenil e intervención familiar, a partir de ECA en los que a los jóvenes infractores se les ofrecía un tipo de tratamiento con un componente de intervención familiar, y se

¹² En esta revisión se presta especial atención a la revisión de Latimer 2001 (otra de las revisiones incluidas)

comparaban con un grupo control que no recibía intervención (y en el caso de que la recibieran no tenían un componente de intervención familiar). La siguiente revisión fue la de Woolfenden (2001). En esta revisión (8 ECA) se pretendió determinar si las intervenciones dirigidas a la familia mejoraban la conducta de los jóvenes, la salud mental de los padres, el funcionamiento familiar, y si tenía un efecto sobre los resultados psicosociales a largo plazo del niño/adolescente.

Por otra parte, en las revisiones de Curtis (2004) y Littell (2005) se incluyeron estudios en los que se implementó la Terapia Multisistémica (TMS), que se comparaba con otra intervención o con los servicios habituales del Centro. Esta terapia es una intervención multifactorial basada en el ámbito domiciliario y comunitario para las familias de jóvenes con trastornos psicosociales y conductuales graves. Fundamentada en la teoría de los sistemas sociales, ecológicos y familiares, y en investigaciones sobre las causas y las relaciones del comportamiento antisocial grave en los jóvenes (Henggeler 1998, Henggeler 2002a), la TMS está diseñada para abordar trastornos psicosociales complejos y proporcionar alternativas a la disposición en residencias fuera del hogar de niños y jóvenes (Littell 2005). En la revisión de Curtis (2004) se informó de los resultados de un meta-análisis sobre los efectos de la TMS. No se incluyeron los estudios no publicados ni los realizados por equipos de investigación independientes. Los resultados encontrados muestran que la TMS presentaba efectos mayores en las medidas relacionadas con la interacción familiar, al compararlos con las medidas de ajuste individual o de relaciones con los iguales. No obstante, los resultados obtenidos muestran que la TMS parece ser un acercamiento prometedor para poblaciones distintas a las de jóvenes infractores violentos y crónicos, aunque se necesitan estudios adicionales que evalúen la eficacia de la TMS en estos ámbitos.

En la revisión de Littell (2005), los resultados obtenidos sobre TMS, a partir de los 8 ECA contemplados (realizados en EE.UU., Canadá y Noruega), indican que no existen pruebas concluyentes respecto a la efectividad de la TMS en comparación con otras intervenciones con jóvenes infractores, aunque tampoco existen pruebas de que la TMS tenga efectos perjudiciales. Los resultados obtenidos entre los diferentes estudios no son consistentes (según el contexto y nivel de calidad de los mismos).

Las intervenciones con orientación cognitiva-conductual fueron evaluadas en el meta-análisis de Lipsey (2007). Los distintos programas podían estar constituidos por Terapia de Razonamiento y Rehabilitación

(Roos y Fabiano, 1985), Terapia de Reconocimiento Moral (Little y Robinson, 1986), Entrenamiento de Sustitución de la Agresión (Goldstein y Glick, 1987), el Pensamiento para cambiar el currículo (Bush, Glick y Taymans, 1997) y los Programas de Intervenciones Cognitivas (NIC, 1996). El objetivo de esta revisión consistió en evaluar los efectos de estos tratamientos en la disminución de la reincidencia.

Por otra parte, se ha identificado el meta-análisis de Latimer (2005), en el que se incluyeron estudios que evaluaban la efectividad de los programas de Justicia Restaurativa. Se puede definir la Justicia Restaurativa como toda acción orientada, mediante la reparación del daño causado por el crimen, a hacer justicia tanto en víctimas, delincuentes y comunidades. Los programas restaurativos se caracterizan por cuatro valores clave. El primero es el “Encuentro”, donde se crean oportunidades con el propósito de que víctimas, delincuentes y miembros de la comunidad (que deseen hacerlo) se reúnan a conversar acerca del delito y sus consecuencias. El segundo es la “Reparación”, donde se espera que los delincuentes tomen medidas a fin de reparar el daño que hayan causado. El tercero es la “Reintegración”, que intenta devolver a víctimas y delincuentes a la sociedad como miembros completos de la misma, capaces de contribuir a ésta. Y el último valor es la “Inclusión”, donde se ofrece la posibilidad de que las partes interesadas en un delito específico participen en su resolución.

Se identificaron dos revisiones cuyo objetivo era evaluar la efectividad de diferentes tipos de intervención que formaban parte de Programas disuasorios y de disciplina. Es importante destacar que, aún cuando las medidas de resultados en estas dos revisiones se centraban sólo en la reincidencia, se decidió realizar una extracción completa de los datos presentados en estos estudios secundarios (Anexo 14.2). El motivo de esta diferenciación se debe a que durante la búsqueda y selección de los artículos se encontraron varios estudios relacionados con este tipo de programas, por lo que se decidió incluir las revisiones más actuales.

La primera revisión contemplada fue la de Petrosino (2002), cuyo objetivo era evaluar la efectividad de programas disuasorios como “Scared Straight”, que incluyeron visitas organizadas a establecimientos penitenciarios para jóvenes infractores o menores en riesgo de convertirse en ello. Estos programas están diseñados para disuadir a los participantes de cometer futuros delitos, al proporcionar observaciones directas de la vida en prisión y permitir interacción con presidiarios adultos. La segunda revisión incluida fue la de Wilson (2005). En ella se

pretendía sintetizar los efectos de los programas de disciplina, como Boot Camp, sobre la conducta criminal de jóvenes infractores y valorar su eficacia sobre la reincidencia.

Los resultados principales de la revisión de Petrosino (2002) muestran que intervenir con estos programas era más perjudicial que el hecho de no aplicar intervención; es decir, la delincuencia en los jóvenes que recibían la intervención aumentaba respecto a aquellos que no la recibían.

En la revisión de Wilson (2005) los resultados obtenidos muestran que los programas de disciplina (Boot Camp) no son ni tan efectivos, ni tan perjudiciales si los comparamos con lo encontrado en la revisión de Petrosino (2002). Los defensores de los programas de disciplina (Boot Camp) sugieren que el componente militarista de estos programas es beneficioso para la disminución de la conducta criminal, aunque no se encontró que este efecto militarista sea eficaz para la reducción de la reincidencia. Por otro lado, se encontró que el efecto de este programa no es menos efectivo que alternativas como las cárceles o prisiones.

Los autores de esta revisión concluyen que se puede realizar un estudio sobre la efectividad de un programa con ambiente de disciplina, y el uso combinado de otra intervención eficaz para reducir la reincidencia, frente a las prisiones o cárceles donde también se lleve a cabo intervenciones eficaces.

El objetivo de otra de las revisiones localizadas (Mitchell 2006) fue realizar una síntesis de la evidencia disponible sobre la efectividad de los tratamientos de drogas para jóvenes encarcelados, en la reducción de la reincidencia y en las recaídas del consumo. Los autores concluyeron, a partir de 53 estudios experimentales incluidos, que la efectividad del grupo de tratamiento de abuso de sustancias variaba según el tipo de tratamiento utilizado. Los menos efectivos fueron programas como el Boot Camp y los programas de mantenimiento de narcóticos. Por otra parte, los programas de asesoramiento fueron efectivos en la reducción de la reincidencia, pero no en las recaídas debidas a abuso de sustancias, mientras que las comunidades terapéuticas mostraron una reducción consistente y fuerte en la reincidencia y en las recaídas por abuso de sustancias.

En otra de las revisiones incluidas se evaluaba la efectividad de las comunidades terapéuticas (Lees 1999), que el autor clasifica en comunidades de seguridad, seguridad basadas en el concepto y comunidades democráticas de no-seguridad. Las comunidades basadas en el concepto se centran exclusivamente en el consumidor de sustancias con programas de tratamiento estructurado. Las

democráticas están centradas en el rango de las enfermedades mentales, donde si el abuso de sustancias está presente se considera más un síntoma que una cuestión central. De los 85 estudios incluidos en esta revisión, aquellos que contaban con un grupo control y unos criterios claros fueron combinados en un meta-análisis ($n = 29$). Los autores del meta-análisis establecieron que este grupo de estudios apoyaban la efectividad del tratamiento en comunidades terapéuticas.

Por otra parte, el tratamiento residencial fue el objetivo de estudio del meta-análisis de Grietens (2003), que a su vez abarca cinco meta-análisis. Para resumir las conclusiones de estos cinco estudios sobre los efectos del tratamiento residencial en jóvenes infractores, se calculó la media total de las medias generales y los tamaños del efecto de la reincidencia. El tratamiento de estos jóvenes produjo una reducción media de la reincidencia de aproximadamente un 9%, siendo esta reducción muy baja si se compara con los efectos generales de la psicoterapia, encontrados en personas jóvenes, para los trastornos del comportamiento y emocionales [33,34]. Entre los meta-análisis incluidos en la revisión de Grietens (2003) se encuentran los de Redondo (1997) y (1999). Este último estudio se obtuvo mediante búsqueda manual para ser incluido en la presente revisión, al igual que el meta-análisis efectuado por este mismo autor posteriormente (Redondo 2002). Tras revisarlo detenidamente se decidió incluirlo porque contemplaba de forma detallada la situación europea de los programas psicológicos para jóvenes infractores, determinando qué tratamientos, de los aplicados en Europa, resultaban más efectivos para reducir las tasas de reincidencia. Los resultados obtenidos muestran una estimación elevada de la efectividad de los programas. Los grupos de tratamiento obtuvieron una tasa de reincidencia inferior a la obtenida por el grupo control. Además, los resultados muestran que algunos tipos de programas como los educativos, conductuales y cognitivo-conductuales, fueron más efectivos que el promedio.

La revisión de Farrington (2005) pretendía revisar ensayos clínicos aleatorizados, publicados entre 1982 y 2004, sobre criminología. Los ECA fueron clasificados en cinco categorías: política, prevención, correccionales, tribunales, comunidad. A partir de los resultados encontrados en los ECA que fueron implementados en correccionales se concluyó que los métodos de prevención, en general, y la Terapia Multisistémica, en particular, eran efectivos en la reducción del delito. Sin embargo, los programas de disuasorios y de disciplina (Scared Straight y Boot Camp) parecían asociarse a un incremento del delito. La terapia correccional, los tribunales de drogas y la restitución juvenil

resultaron ser efectivos en la reducción de la reincidencia. También hay indicadores de que la policía centrada en los “puntos calientes” (conflictivos) resulta efectiva a la hora de reducir el delito, pero el tamaño del efecto es pequeño (0.07). Se debe tener en cuenta que los autores de este estudio no llevaron a cabo una revisión exhaustiva, lo que implica que lo contemplemos como una limitación de esta revisión.

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
DOWDEN 2003 ID = 78	No se describe	No se describen	No se describen (En esta revisión se presta especial atención a la Revisión Sistemática de Latimer 2001).	38 ECA (El 89% de los estudios incluidos (n = 34) se incluyeron en el estudio de Latimer 2001)
FARRINGTON 2005 ID = 102	1982-2004	• NCJRS • SPECTR • Libros "clave" • Revisiones sistemáticas "clave" • Revistas "clave" • Se hicieron consultas a investigadores destacados	1. Se incluyeron los estudios experimentales donde se asignaban de forma aleatoria las unidades (personas o lugares) a las condiciones. 2. Se incluyeron los estudios en los que 50 unidades se asignaban, inicialmente a cada condición, o al menos 100 unidades se asignaban a dos condiciones experimentales. 3. Se incluyeron los estudios que tenían al menos una medida de resultado de delito. 4. Se incluyeron las publicaciones en inglés.	• 12 estudios de vigilancia • 13 estudios de prevención • 14 estudios de correccionales • 22 estudios del Sistema Judicial • 22 estudios comunitarios
GRIETENS 2004 ID = 112	1985-1999	• PsycInfo • Criminal Justice Abstracts • Medline • Búsqueda manual: bibliografía de artículos de revisión y manuales de Psicopatología y Criminología.	1. Se incluyeron estudios donde sus participantes eran jóvenes que habían realizado actos violentos y agresivos. 2. Se aplicaba una intervención. 3. Se medía ajuste psicológico y reincidencia. 4. Se excluyeron los estudios donde se aplicaban intervenciones basadas en la comunidad.	5 meta-análisis

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
LATIMER 2001 ID = 166	1973-1999	No se describen	1. Se incluyeron estudios en los que había un grupo de tratamiento compuesto por jóvenes infractores.	35 estudios primarios comparativos
			2. Se incluyeron estudios en los que a los jóvenes infractores se les ofreció un tipo de tratamiento con un componente de intervención familiar. 3. Se incluyeron estudios en los que se usó un grupo control o un grupo de comparación que no recibían intervención y, en el caso de que la recibieran, no tenía el componente de intervención familiar. 4. Los datos de reincidencia debían indicar la proporción de jóvenes infractores que volvían a delinquir y la proporción de jóvenes que no lo hacían.	

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
LATIMER 2005 ID = 295	1980-2005	- Se buscaron estudios en Internet, revistas de ciencias sociales y en informes gubernamentales y no gubernamentales sobre programas de Justicia Restaurativa. - Se realizó una búsqueda a partir de la bibliografía de los estudios encontrados y contactando con los investigadores para identificar información nueva en el campo.	- Se incluyeron estudios que evaluaban programas de Justicia Restaurativa con la misma definición. - Se incluyeron estudios en los que se disponía de un grupo control o un grupo de comparación que no participara en un programa de Justicia Restaurativa. - Se incluyeron estudios en los que al menos uno de los cuatro resultados siguientes fueron evaluados en el grupo de tratamiento y en el grupo de comparación y/o control: reincidencia, satisfacción de la víctima, satisfacción del infractor y/o cumplimiento de la restitución. - Los estudios tenían que proporcionar información estadística suficiente para calcular el tamaño del efecto.	22 estudios primarios comparativos
WOOLFENDEN 2001 ID = 538	1966-1999	- Cochrane (1999) - MEDLINE (1966-julio 1999) - EMBASE (1988-julio 1999) - CINAHL (1988-marzo 1999) - PsychInfo (1984-enero 1999) - Sociofile (1974-junio 1999) - ERIC (1966-junio 1999) - Healthstar (1975-julio 1999) - Otras fuentes de información: bibliografía de revisiones sistemáticas y no sistemáticas y un listado de referencias de artículos identificados a	- Los estudios se incluyeron si eran estudios controlados aleatorizados que seguían intervenciones de familias y/o padres de niños y adolescentes de 10 a 17 años con trastornos de conducta y/o delincuencia. - El trastorno de conducta fue definido según una evaluación psicológica estandarizada (p.ej., usando un checklist de conductas adolescentes) o por un diagnóstico psiquiátrico. - La delincuencia fue definida por un referente de Justicia Juvenil u otro Sistema Legal de chicos o adolescentes que habían cometido un crimen serio por ejemplo,	8 ECA

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
		través de la estrategia de búsqueda.	asalto) y/o delinquito al menos en dos ocasiones. 4. Fueron incluidos los estudios que habían usado al menos una medida objetiva de resultado (p.ej., número de arrestos) o si habían usado una medida validada y previamente aplicada en otras publicaciones y/o revisiones. 5. Si había más de una publicación de un estudio, se incluyó la publicación que tuvo los datos más completos. 6. Los estudios con participantes que sólo habían cometido un delito sexual o de drogas fueron excluidos.	
LITTELL 2005 ID = 544	1985-enero 2003	• Cochrane (2003) • MEDLINE • EMBASE • CINAHL • PsycINFO • ASSIA • C2-SPECTR • Cambridge Journals • Dissertation Abstracts International (DAI) • ERIC • Family Services Research Center of the Medical University of South Carolina (enero 2003),	1. Se incluyeron estudios experimentales en los que los participantes se asignaron al azar a los grupos. No hubo restricciones de publicación o de idioma. 2. Los participantes fueron: Niños y jóvenes (de 10 a 17 años de edad) con trastornos sociales, emocionales y conductuales, y los miembros de su familia. Los participantes incluyen: • Niños y jóvenes maltratados, abusados y dependientes, que pueden estar en riesgo de cuidado tutelar u otras disposiciones en residencias fuera del hogar en ámbitos de protección para los niños. • Los niños y los jóvenes con problemas de	8 ECA

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
		• Info Trac • Science Direct • Sociological Abstracts • Social Work Abstracts Web of Knowledge / Web of Science (enero 2003) • Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE.UU. • Institutos Nacionales de Salud de los EE.UU. • Base de datos CRISP • Centros de Control de Enfermedades de los EE.UU. • Oficina de Imprenta de los EE.UU. • Oficina de Asuntos Internos del Reino Unido • Motores de búsqueda (enero de 2003): Biblioline, Google	salud mental que pueden estar en riesgo de hospitalización psiquiátrica. • Los jóvenes delincuentes en riesgo de encarcelación o disposición en ámbitos de tratamiento residencial. 3. La terapia multisistémica se comparó con cualquier condición diferente, incluidos los "servicios habituales", otras condiciones de tratamiento y ningún tratamiento. 4. Se examinaron medidas de resultados conductuales, psicosociales y familiares: • Las medidas de resultado conductuales incluyeron: el comportamiento antisocial, el consumo de drogas y la asistencia escolar. • Las medidas de resultado psicosociales incluyeron: medidas de los síntomas psiquiátricos, el rendimiento escolar, las relaciones con los pares y la autoestima. • Las medidas de resultado familiares incluyeron: las disposiciones en residencias para niños y jóvenes y las características del funcionamiento familiar. • Para su inclusión en la revisión, los datos de las medidas de resultado debían proporcionarse para la muestra total, con una tasa de respuesta de al menos el 60%.	

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
CURTIS 2004 ID = 547	1986-2003	- Bases de datos del Centro de Información de Recursos Educativos y de la Literatura Psicológica - Se buscaron de forma manual aquellas tablas de contenido publicadas en revistas recientes y en estudios publicados sobre la Terapia Multisistémica (TMS).	- Se incluyeron los estudios que identificaban la TMS como acercamiento terapéutico, incluyendo adherencia a la TMS. - Se incluyeron estudios en los que había una asignación aleatoria de los participantes a la TMS y a uno o más grupos control. - Se incluyeron los estudios en los que había una muestra clínica en la que los jóvenes o sus padres/cuidadores manifestaron conducta antisocial (definido como violación de reglas, actos en contra de otros, o ambas) y/o síntomas psiquiátricos. - Se incluyeron estudios en los que se usaban medidas de evaluación, tanto en el pretratamiento como en el postratamiento y/o medidas de evaluación de seguimiento. - Se incluyeron estudios en los que se usaban tests estadísticos apropiados para el meta-análisis (medias, desviación estándar, y/o F de Fisher).	11 ECA
LEES 1999 ID = 549	1996-1997 (Búsqueda manual)	- Bases de datos electrónicas no disponibles. - Búsquedas manuales en todos los números de 64 revistas en 1996 y 1997. Se buscaron referencias de investigación actual y se visitaron bibliotecas clave (BMA Tavistock Centre, Institute of Psychiatry, Institute of Criminology, Prison Staff Service College). También se hicieron búsquedas en la World Wide Web y se	- Se incluyeron los estudios que tenían postratamiento, investigaciones cortas en forma de reporte o sesión informativa y estudios de cuidado individual. - Se incluyeron estudios de resultados de individuos y poblaciones, estudios a través de instituciones, y estudios de intercambio de costes (cost-offset).	10 ECA, 42 estudios comparativos, 29 estudios no comparativos y 4 estudios de intercambio de costes.

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
		enviaron peticiones a investigadores, profesionales e instituciones relacionadas con el tema.	3. Se excluyeron estudios que tenían menos de dos páginas, descripciones idiosincrásicas breves, y debates cortos sobre práctica y filosofía. 4. Se incluyeron estudios en los que los participantes eran infractores persistentes y mentalmente enfermos, estaban en una comunidad terapéutica-reformatorio de seguridad o que fueron puestos en libertad con un rango entre 7 semanas y 4 años. 5. Se incluyeron estudios en los que los participantes tenían edades comprendidas entre los 13 y 25 años y un cociente intelectual relativamente bajo. 6. Se incluyeron estudios que medían aspectos psicosociales, aspectos clínicos, criminalidad y reincidencia, cantidad de violencia en prisión, "Éxito" y "Mejora", alienación, independencia, finalidad en la vida, interacción, empleo funcionamiento global.	
PETROSINO 2002 ID = 562	1966-2003	• Criminal Justice Abstracts (1968- septiembre 2001) • Current Contents (1993-2001) • Dissertation Abstracts (1981-agosto 2001) • Texto completo de Educación (junio 1983-octubre 2001) • ERIC (1966-2001) • GPO Monthly (1976-2001)	1. Se incluyeron sólo aquellos estudios aleatorizados o cuasi-aleatorizados, con un grupo control sin tratamiento. 2. Se incluyeron sólo los estudios que implicaron a menores o adultos jóvenes infractores y/o pre infractores con edades comprendidas entre 13 y 21 años. 3. Se incluyeron los estudios que realizaban visitas a prisiones de adultos.	8 ECA y un estudio cuasi-aleatorizado

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
		- MEDLINE (1966-2001) - Centro de intercambio de información nacional sobre abuso infantil y negligencia (2001) - NCJRS (National Criminal Justice Reference Service) (2001) - Political Sciences Abstracts (1975 - marzo 2001) - PAIS International (1972-octubre 2001) - PsycINFO (1987-noviembre 2001) - SSCI (febrero 1983-octubre 2001) - Sociofile (enero 1963-septiembre 2001) - C2 SPECTR y CENTRAL (noviembre 2003) - Social work Abstracts (1977-2003) - Social Service Abstracts (1980-2003) - Expanded Academic ASAP (1980-2003) - Se realizó una búsqueda manual en 29 revistas destacadas de criminología o ciencia social, se realizó un control de las citas informadas en el "Registry of Randomised Experiments in Criminal Sanctions" (Weisburd 1990), y se controlaron citas de documentos pertinentes de programas como "Scared Straight".	4. Se incluyeron los estudios en los que se midió el comportamiento delincuyente post-intervención con índices como: detenciones, condenas, contactos con la policía, o autoinformes de delitos. También se midieron resultados no relacionados con el crimen (e.j., actitudinal, educacional).	

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
MITCHELL 2006 ID = 563	1980-2004 1999-2004 (Búsqueda manual)	• PsychLit • MedLine • NCJRS • Criminal Justice Abstracts • Dissertation Abstracts • Sociological Abstracts • Social Science Citation Index • SocioFile • Conferences Papers Index UnCover • C2 SPECTR • CINAHL • Motores de búsqueda de Google	1. Se incluyeron los estudios en los que la intervención se llevaba a cabo en un centro correccional (prisión o cárcel) para jóvenes y/o adultos. 2. Se incluyeron los estudios en los que las intervenciones eran sólo para consumidores de sustancias (drogas). 3. Se incluyeron los estudios en los que se utilizó un diseño experimental o dos grupos quasi-experimentales, que incluían un grupo sin intervención o con una intervención mínima en el grupo de comparación. 4. Se incluyeron los estudios en los que se evaluó una medida de resultado "post" del comportamiento criminal tras la puesta en libertad (este concepto incluye uso de la droga). 5. Se incluyeron los estudios en los que la intervención fue realizada entre 1980 y 2004 (inclusive). 6. Se incluyeron los estudios en los que se divulgó bastante información para calcular el tamaño del efecto. Los estudios elegibles podían ser publicados o inéditos.	53 estudios experimentales

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
WILSON 2005 ID = 564	1991-2003	- Criminal Justice Periodical Index - Dissertation Abstracts Online - Government Publications Office Monthly Catalog - Government Publications Reference File - NCJRS - PsychINFO - Sociological Abstracts - Social SciSearch - U.S. Political Science Documents - Búsqueda manual en el registro de los estudios de The Campbell Collaboration, en los apartados Social, Psicológico, Educativo y Criminológico.	- Se incluyeron los estudios en los que se evalúa un centro correccional en el que se lleva a cabo un boot camp, encarcelamiento de choque, o un programa de encarcelamiento intensivo (p.ej., un programa residencial para los delincuentes condenados que incorpora un ambiente militarista y/o la actividad estructurada del trabajo). - Se incluyeron estudios que comparaban con un grupo que estaba en un centro correccional alternativo, como la cárcel o la prisión. El diseño de estudio podía ser experimental o cuasi experimental. - Se excluyeron los diseños de investigación de un solo grupo. - Los participantes del estudio debían estar exclusivamente bajo la supervisión del sistema de justicia criminal o juvenil. - El estudio debía tener una medida "post" de conducta criminal, como detenciones (la medida podía estar basada en boletines oficiales o en autoinformes y estar redactada en una escala continua o dicotómica).	43 estudios experimentales y cuasi experimentales

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
LIPSEY 2007 ID = 565	1965-2005	- Base de Datos de Meta-análisis (Lipsey 2002) - C2 SPECTR (Social, Psychological, Educational and Criminological Trials Register) - Disertation Abstracts Online - ERIC - MEDLINE - NCJRS - PsychInfo/PsychLit - Sociological Abstracts - Páginas Web del Gobierno (NIJ, NIC, OJJDP, Home Office) - Otras bases no especificadas. - Búsqueda manual de revistas especializadas y revisión de las referencias citadas en los estudios seleccionados.	- Se incluyeron estudios aleatorizados o con diseño cuasi-experimental donde se comparaban un grupo con una intervención cognitiva-conductual y un grupo control que no recibía una intervención cognitiva-conductual. - Se incluyeron los estudios en los que las intervenciones tenían una orientación cognitiva-conductual. - Se incluyeron los estudios en los que los participantes eran infractores, jóvenes o adultos, en libertad condicional, encarcelados o después de la libertad condicional. - Se incluyeron los estudios en los que se evaluó una medida de resultado post del comportamiento criminal.	19 ECA, 23 estudios controlados y 16 estudios ni controlados ni aleatorizados
REDONDO 1999 ID = 566	1980-1991	- Criminal Justice Periodical Index. - Pascal. - PsicLIT. - Búsqueda manual de revistas especializadas, envío de cartas solicitando estudios a numerosas instituciones europeas y revisión de las referencias citadas en los estudios seleccionados.	- Los participantes debían ser infractores bajo el control del sistema de justicia penal (jóvenes o adultos). - Los estudios se incluyeron si utilizaban alguna estrategia de intervención. - Se incluyeron estudios que aplicaban diseños pretest-posttest de un solo grupo con los diseños de dos grupos (grupo de tratamiento y grupo control). - Se incluyeron estudios que tuvieron en cuenta diferentes medidas de reincidencia, tanto índices de prevalencia (medidas	22 estudios de comparación entre grupos y 10 estudios de comparación intragrupo.

Tabla 5. Estudios incluidos de revisión				
Autor y Año (referencia)	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
			dicotómicas) como de incidencia (número de delitos cometidos). 5. Los estudios fueron aplicados en Europa.	
REDONDO 2002 ID = 567	1980-1998	- Criminal Justice Periodical Index. - Pascal. - PsicLIT. - Búsqueda manual de revistas especializadas, envío de cartas solicitando estudios a numerosas instituciones europeas y revisión de las referencias citadas en los estudios seleccionados.	1. Los participantes debían ser infractores bajo el control del sistema de justicia penal (jóvenes o adultos). 2. Los estudios debían utilizar alguna estrategia de intervención. 3. Se incluyeron estudios que aplicaban diseños de dos (o más) grupos uno de ellos actuando como grupo control. 4. Se incluyeron estudios con medidas dicotómicas de reincidencia. 5. Los estudios fueron aplicados en Europa.	2 ECA y 21 estudios controlados

IV.4.1.1. Características de las medidas de resultado (RS)

Tabla 6. Características de las medidas de resultado (RS)								
ESTUDIO	C/AS	AP	TC	HAB	FF	FPS	FPE	CD/R
DOWDEN 2003 (CANADÁ) ID = 78								X
FARRINGTON 2005 (REINO UNIDO) ID = 102								X
GRIETENS 2004 (BÉLGICA) ID = 112							X	X
LATIMER 2001 (EE.UU.) ID = 166								X
LATIMER 2005 (CANADÁ) ID = 295								X
WOOLFENDEN 2001 (AUSTRALIA) ID = 538			X		X			X
LITTELL 2005 (EE.UU.) ID = 544	X		X		X	X	X	X
CURTIS 2004 (NUEVA ZELANDA / EE.UU.) ID = 547	X		X		X	X		X
LEES 1999 (REINO UNIDO) ID = 549	X	X				X	X	X
PETROSINO 2002 (EE.UU.) ID = 562								X
MITCHELL 2006 (EE.UU.) ID = 563	X							X
WILSON 2005 (EE.UU.) ID = 564								X
LIPSEY 2007 (EE.UU.) ID = 565								X
REDONDO 1999 (ESPAÑA) ID = 566								X
REDONDO 2002 (ESPAÑA) ID = 567								X
C/AS: Consumo/Abuso de Sustancias; AP: Alteraciones de la Personalidad; TC: Trastornos de conducta; HAB: Habilidades; FF: Funcionamiento Familiar; FPS: Funcionamiento Psicosocial; FPE: Funcionamiento Psicológico Emocional; CD/R: Conducta Delincuente/ Reincidencia								

En cuanto a las características de las medidas de resultado hemos de destacar que todas las revisiones incluidas consideraron, como medida principal, la reducción de la reincidencia de los jóvenes infractores (ver tabla 6).

La efectividad de diferentes tratamientos con orientación psicológica en la reducción de las tasas de reincidencia fue el objetivo de las revisiones de Redondo tanto en la de 1999 como en la de 2002. El primer meta-análisis tuvo en cuenta tanto índices de prevalencia (medidas dicotómicas) como de incidencia (número de delitos cometidos). Sin embargo, el segundo meta-análisis tuvo en cuenta sólo medidas dicotómicas de reincidencia. El tamaño del efecto obtenido en el primer meta-análisis fue de 0.12, lo que implica una reducción del 12% de la reincidencia, mientras que en el segundo estudio se obtuvo una estimación más elevada de la efectividad de los programas ($r = 0.21$). Los grupos de tratamiento obtuvieron una tasa de reincidencia del 39.5%, 21 puntos por debajo de la tasa del 60.5% obtenida por los grupos control no tratados. Además, los programas educativos, conductuales y cognitivo-conductuales mostraron ser más eficaces.

Por otro lado, el estudio de Lipsey (2007) se centró en la efectividad de la terapia cognitiva-conductual en la disminución de la reincidencia. Los resultados obtenidos al respecto en este meta-análisis confirmaron los resultados encontrados en otros estudios recientes [35-39]. No obstante, es importante destacar que no se encontraron diferencias significativas en los distintos tipos de tratamientos cognitivo-conductuales; así como con un acercamiento general, y no específico, se obtienen efectos positivos sobre la disminución de la reincidencia.

En cuanto a las medidas de salud mental se realizó una clasificación de las medidas de resultados según los síntomas de los problemas psicológico-psiquiátricos evaluados. En cuatro de las doce revisiones (Littel 2005, Curtis 2004, Lees 1999 y Mitchell 2006) se evaluó el consumo o abuso de sustancias. La revisión de Mitchell (2006) tuvo como objetivo principal buscar aquellas intervenciones efectivas en la reducción del consumo de sustancias en jóvenes infractores. Los resultados obtenidos en las revisiones de Littell (2005) y Curtis (2004) no fueron significativos. Por el contrario, Mitchell (2006) concluyó que las intervenciones llevadas a cabo en comunidades terapéuticas mostraban una reducción consistente y fuerte en las recaídas del abuso de sustancias y en la reincidencia. A su vez, Lees (1999) apoyó la efectividad de las comunidades terapéuticas.

El trastorno de conducta, conocido como una alteración del comportamiento y caracterizado por un comportamiento antisocial que

viola los derechos de otras personas y las normas y reglas adecuadas para la edad, fue otro de los problemas psicológico-psiquiátricos encontrados en estos jóvenes. Entre los comportamientos antisociales podemos citar la irresponsabilidad, el comportamiento transgresor (como las ausencias escolares o las fugas), la violación de los derechos ajenos (p.ej., robo) y/o la agresión física hacia otros (p.ej., asalto o violación). Las revisiones de Woolfenden 2001, Littel 2005 y Curtis 2004 evaluaron este trastorno mediante intervenciones familiares, en particular con Terapia Multisistémica. Los resultados mostraron que las intervenciones podían tener efectos beneficiosos para este grupo de participantes.

Aquellos aspectos como las relaciones familiares, síntomas de los padres, apoyo familiar e interacciones familiares, entre otras, fueron agrupados en una medida denominada funcionamiento familiar. En el caso de Woolfenden (2001), Curtis (2004) y Littell (2005) se tuvo en cuenta esta medida, puesto que se centraron en intervenciones de tipo familiar. El funcionamiento familiar se evaluó mediante escalas en algunos de los estudios incluidos; concretamente, en Littell (2005) se emplearon las Escalas de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar [40] o FACES-III [41] y una Medida de Evaluación Familiar [42].

El funcionamiento psicosocial fue otra medida a tener en cuenta. En ella se incluyeron aspectos como las relaciones con los iguales, la competencia social, la madurez social y/o el ajuste social. Curtis (2004) contempla esta medida en su estudio, en el que concluye que la Terapia Multisistémica beneficia las relaciones con los iguales. En el caso de Lees (1999), además de esta medida y la del abuso o consumo de sustancias, su estudio tiene en cuenta otras medidas de salud mental, como las posibles alteraciones de la personalidad de los participantes, la existencia de un trastorno psicopático o de un trastorno límite de la personalidad. Asimismo, se midieron alteraciones del funcionamiento psicológico-emocional, referido a un grupo de síntomas como la ira, la autoestima, la soledad, la ansiedad o el estado de ánimo, que pretende conocer el malestar psicológico del paciente en general, y no centrarse en los síntomas de un problema en particular como, por ejemplo, un trastorno de ansiedad. A pesar de contemplar tantas medidas, los resultados obtenidos en la revisión de Lees (1999) fueron muy generales, aspecto que no impidió a los autores concluir que las intervenciones realizadas en las comunidades terapéuticas eran efectivas.

Curtis (2004) y Littell (2005) también tuvieron en cuenta el funcionamiento psicológico-emocional. Para evaluar esta medida de resultado, en algunos de los estudios incluidos en la revisión de Littell

(2005) se utilizaron escalas como el Inventario de Síntomas SCL-90-R [43], o la Lista Control de Conducta Infantil [44]. El meta-análisis de Grietens (2004) se centró en la efectividad del tratamiento residencial. En uno de los estudios incluidos se tuvo en cuenta el funcionamiento psicológico-emocional [45]. Los autores de este estudio concluyeron a favor del tratamiento residencial, ya que reflejó una disminución de la reincidencia.

IV.4.2. Ensayos clínicos aleatorizados

IV.4.2.1. Características de los participantes (ECA)

A continuación se describen las principales características de los participantes que han conformado la muestra de los 15 ECA incluidos en este estudio. Se ofrece información sobre la edad o rango de edad de los participantes, el sexo y el lugar donde se encontraban los jóvenes en el momento de la intervención. Un resumen de los datos se encuentra en la Tabla 7. Se ofrece una descripción más detallada de estos estudios en los Anexos 15 y 16, donde se exponen las tablas de evidencia y características de los estudios incluidos.

Las intervenciones recibidas por los jóvenes se implementaron en distintos lugares, dependiendo del régimen de los chicos y de sus particularidades; así, destacamos las siguientes áreas de intervención: hogares familiares, centros comunitarios, centros residenciales (los jóvenes son derivados allí por el sistema juvenil de justicia, pero no están controlados por sistemas de seguridad), centros residenciales con programa correccional (centros donde los jóvenes están con medidas judiciales y controlados por sistemas de seguridad). En algunas ocasiones los jóvenes que están en estos centros, con programas correccionales, reciben la intervención en comunidades terapéuticas (descritas en la introducción).

Tabla 7. Características de los participantes (ECA)			
ESTUDIO	RANGO DE EDAD	GÉNERO	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
BIGGAM 2002 (ESCOCIA) ID= 38	16-21	Hombres / Mujeres	Centro residencial con programa correccional
HAGAN 1997 (EE.UU.) ID= 156	-	Hombres	Centro residencial con programa correccional (Comunidad terapéutica)
HENGGELE 2006 (EE.UU.) ID= 193	12-17	Hombres / Mujeres	Centro Comunitario + Hogar familiar
HENGGELE 1996 (EE.UU.) ID= 200	12-18	Hombres / Mujeres	Hogar familiar + Centro residencial con programa correccional
AHRENS 2002 (EE.UU.) ID= 215	15-18	Hombres	Centro residencial con programa correccional
SMITH 2002 (EE.UU.) ID= 222	15-18	Hombres	Centro residencial con programa correccional
LANE 2005 (EE.UU.) ID= 292	9-18	Hombres / Mujeres	Centros Comunitarios + Hogar familiar
NAKAYA 2004 (JAPÓN) ID= 339	14-20	Hombres	Centro residencial con programa correccional
OVAERT 2003 (EE.UU.) ID= 365	13-18	Hombres / Mujeres	Centro residencial con programa correccional
ROHDE 2004 (EE.UU.) ID= 426	12-25	Hombres	Centro residencial con programa correccional
SCHAEFFER 2005 (EE.UU.) ID= 452	12-17	Hombres / Mujeres	Centros Comunitarios + Hogar familiar
DEMBO 2001 (EE.UU.) ID= 477	11-18	Hombres / Mujeres	Hogar familiar + Centro residencial con programa correccional
DEMBO 2001 (EE.UU.) ID= 478	11-18	Hombres / Mujeres	Hogar familiar + Centro residencial con programa correccional
DEMBO 2000 (EE.UU.) ID= 479	11-18	Hombres / Mujeres	Hogar familiar + Centro residencial con programa correccional
DEMBO 2000 (EE.UU.) ID= 480	11-18	Hombres / Mujeres	Hogar familiar + Centro residencial con programa correccional

Se observa que la menor edad presentada por los participantes de los ECA fue de 9 años y la mayor de 25 años. No obstante, el rango de edad que apareció con más frecuencia fue el comprendido entre 11 y 18 años. Un 66.7% de los participantes eran hombres y mujeres (grupos mixtos), mientras que un 33.3% de los estudios presentó una muestra constituida únicamente por hombres.

En cuanto al ámbito de intervención, un 20% de los estudios implementó los programas en los hogares familiares de los participantes y en centros comunitarios. Por el contrario, un 33.3% llevó a cabo los programas en los hogares familiares y en el centro residencial, desarrollando un programa correccional. Un 46.7% correspondió a aquellos estudios que realizaron la intervención sólo en centros residenciales con programas correccionales. Dentro de este grupo, únicamente el estudio de Hagan (1997) llevó a cabo el programa en una comunidad terapéutica.

IV.4.2.2. Características de las intervenciones (ECA)

Las intervenciones encontradas en los quince ECA incluidos se muestran en la Tabla 8. La clasificación de las intervenciones se realizó a partir la teoría psicológica o modelo en el que se fundamentaban los programas y también en el ámbito de intervención en el que se aplicaban. En base a las categorías que se han encontrado en la literatura, y que han sido descritas previamente, las intervenciones de los estudios se clasificaron en ocho categorías: intervenciones educativas, cognitivo-conductuales, familiares, programas disuasorios y de disciplina, comunidades terapéuticas, multidimensionales, terapia comunitaria y programas de habilidades. A esta última pertenecen aquellos programas de intervención que se realizaron específicamente para mejorar alguna habilidad en los jóvenes (p.ej., las habilidades de conversación). Hay que destacar que en algunas ocasiones se trata de intervenciones con orientación cognitivo conductual, pero decidimos agruparlas por separado puesto que se centraban en esa habilidad específica, y no en el ajuste psicológico general de los jóvenes. Además se tuvieron en cuenta las intervenciones ordinarias de los centros, que suelen corresponderse con la intervención o situación del grupo control.

Tabla 8. Características de las intervenciones (ECA)

Estudio	Educativa	Conductual	Cognitivo-conductual	Comunitaria	Familiar	Programas de habilidades	Comunidad terapéutica	Multi-dimensional	Intervención ordinaria del centro
BIGGAM 2002 (ESCOCIA) ID= 38						x (SP)			*
HAGAN 1997 (EE.UU.) ID= 156							x (UTI)		*
HENGGELE 2006 (EE.UU.) ID= 193		x (MC)		x	x (TMS)				
HENGGELE 1996 (EE.UU.) ID= 200 - Estudio 1					x (TMS)				*
HENGGELE 1996 (EE.UU.) ID= 200 - Estudio 2	* (TI)		x (TI)		X (TMS)				
AHRENS 2002 (EE.UU.) ID= 215			x						*
SMITH 2002 (EE.UU.) ID= 222						✓ (Conversación)			

Tabla 8. Características de las intervenciones (ECA)

Estudio	Educativa	Conductual	Cognitivo-conductual	Comunitaria	Familiar	Programas de habilidades	Comunidad terapéutica	Multi-dimensional	Intervención ordinaria del centro
LANE 2005 (EE.UU.) ID= 292								x	*
NAKAYA 2004 (JAPÓN) ID= 339						x (RM)			*
OVAERT 2003 (EE.UU.) ID= 365			✓						
ROHDE 2004 (EE.UU.) ID= 426			x			x			*
SCHAEFFER 2005 (EE.UU.) ID= 452				* (TI)	x (TMS)				
DEMBO 2001a (EE.UU.) ID= 477					✓ (FEI/ESI)				

Tabla 8. Características de las intervenciones (ECA)

Estudio	Educativa	Conductual	Cognitivo-conductual	Comunitaria	Familiar	Programas de habilidades	Comunidad terapéutica	Multi-dimensional	Intervención ordinaria del centro
DEMBO 2001b (EE.UU.) ID= 478					✓ (FEI/ESI)				
DEMBO 2000a (EE.UU.) ID= 479					✓ (FEI/ESI)				
DEMBO 2000b (EE.UU.) ID= 480					✓ (FEI/ESI)				
x: Grupo de intervención; *: Grupo control; ✓ : Grupo de intervención y grupo control con la misma intervención pero con variaciones en el programa; SP: Entrenamiento en Solución de Problemas; UTI: Unidad de Tratamiento Intensivo; MC: Manejo de Contingencias; TI: Terapia Individual; TMS: Terapia Multisistémica; FEI: Programa de fortalecimiento de la familia (Family Empowerment Intervention); ESI: Intervención con servicios extendidos/ ampliados (Extended Services Intervention)									

A partir de las ocho categorías de intervención encontradas, se identificaron 22 modalidades distintas de intervención. De estas modalidades, un 45.5% representó intervenciones con orientación comunitaria y familiar, siendo la TMS el programa más utilizado; un 18.2% incluyó orientaciones cognitivo-conductuales y otro 18.2% se centró en la enseñanza de habilidades específicas a los jóvenes: habilidades de conversación, solución de problemas, afrontamiento y relajación muscular. En las categorías “educativa”, “conductual”, “comunidad terapéutica” y “multidimensional” sólo se encontró una modalidad de intervención (Henggeler 1996 -estudio 2-, Henggeler 2006, Hagan 1997 y Lane 2005).

La categoría de intervención ordinaria del centro fue aplicada a los grupos control en el 46.7% de los estudios. Por otro lado, se realizaron cuatro intervenciones con orientación psicológica en los grupos control (Henggeler 2006, Henggeler 1996-Estudio 2, Rohde 2004 y Shaeffer 2005).

Finalmente, un 40% de los ECA llevó a cabo el mismo programa, tanto para el grupo de intervención como para el grupo control. Las intervenciones variaban en aspectos como el número y duración de las sesiones o en el entrenamiento de los terapeutas (Dembo 2000a, 2000b, 2001a y 2001b, Ovaert 2003, Smith 2002).

IV.4.2.3. Características de las medidas de resultado (ECA)

Se tuvieron en cuenta, además de las medidas comentadas en el apartado de revisiones sistemáticas, otras medidas como la ansiedad y la depresión. En la mayoría de los casos se midieron los síntomas de estos problemas psicológico-psiquiátricos, y no los trastornos en sí (trastorno de ansiedad y trastorno del estado de ánimo). Además, se tuvo en cuenta el funcionamiento académico de estos jóvenes, considerando aspectos como el nivel de inteligencia, la presencia de dificultades de aprendizaje o el ajuste académico.

Tabla 9. Características de las medidas de resultado (ECA)

ESTUDIO	C/AS	AP	TC	D	A	HAB	FA	FF	FPS	FPE	CD/R
BIGGAM 2002 (ESCOCIA) ID= 38	X			X	X	X				X	X
HAGAN 1997 (EE.UU.) ID= 156	X	X	X	X	X						X
HENGGELEER 2006 (EE.UU.) ID= 193	X										X
HENGGELEER 1996 (EE.UU.) ID= 200	X										X
AHRENS 2002 (EE.UU.) ID= 215				X	X						
SMITH 2002 (EE.UU.) ID= 222						X	X				
LANE 2005 (EE.UU.) ID= 292	X										X
NAKAYA 2004 (JAPÓN) ID= 339		X								X	
OVAERT 2003 (EE.UU.) ID= 365				X	X					X	X
ROHDE 2004 (EE.UU.) ID= 426						X				X	
SCHAEFFER 2005 (EE.UU.) ID= 452											X
DEMBO 2001a (EE.UU.) ID= 477	X							X		X	X
DEMBO 2001b (EE.UU.) ID= 478	X							X		X	X
DEMBO 2000a (EE.UU.) ID= 479	X							X		X	X
DEMBO 2000b (EE.UU.) ID= 480	X							X		X	X

C/AS: Consumo/Abuso de Sustancias; **AP:** Alteraciones de la Personalidad; **TC:** Trastornos de Conducta; **D:** Depresión; **A:** Ansiedad; **FA:** Funcionamiento Académico; **HAB:** Habilidades; **FF:** Funcionamiento Familiar; **FPS:** Funcionamiento Psicosocial; **FPE:** Funcionamiento Psicológico Emocional; **CD/R:** Conducta Delincuente/ Reincidencia

La medida de resultado más utilizada en los ECA ha sido la Conducta Delincuente/ Reincidencia, presente en el 73.3% de los estudios. Se observa que las intervenciones empleadas para reducir esta medida fueron efectivas en los grupos de intervención (comunidad terapéutica, Terapia Multisistémica, multidimensional, Terapia cognitivo-conductual, comunitaria y familiar). Sin embargo, en el estudio de Lane (multidimensional) no hubo diferencias significativas entre los grupos. En el estudio de Biggam (2002), se evaluaron los datos pretest de la conducta delincuente, pero no su disminución al finalizar el programa (programa de habilidades).

En el área de salud mental, la medida que se repite con más frecuencia es el Trastorno de Abuso de Sustancias, con un 60%. Las intervenciones que utilizaron esta medida eran de tipo familiar en el 66.7% de los estudios. Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de programas familiares (Dembo 2000a, 2000b, 2001a y 2001b, Henggeler 2006 y 1996) y de intervenciones multidimensionales (Lane 2005) muestran que éstos son efectivos en la reducción del consumo de sustancias. En el estudio de Hagan (1997) se evaluó una intervención de tipo comunidad terapéutica, pero no hubo diferencias significativas entre los grupos control y los grupos de intervención.

En otras ocasiones, la medida de resultado se centra sólo en conocer el consumo de sustancias de los jóvenes, con la finalidad de completar los datos demográficos durante el pretest. Esto se puede observar en el estudio de Biggam (2002).

El funcionamiento psicológico-emocional es una medida utilizada en el 53.3% de los ECA incluidos (intervenciones familiares, programas de habilidades, Terapia cognitiva-conductual). Las intervenciones familiares utilizadas en los estudios de Dembo (Dembo 2000a, 2000b y Dembo 2001a, 2001b) lograron mejorar el malestar psicológico de los jóvenes al finalizar la intervención. Para medir el funcionamiento emocional/psicológico, este autor utilizó la escala SCL-90-R [43]. Dembo también tuvo en cuenta la medida de funcionamiento familiar, pero sólo la utilizó en la evaluación pretratamiento para conocer las características de los problemas familiares de los participantes.

En el estudio de Hagan (1997) se contemplaron diversas medidas de salud mental, como abuso o consumo de sustancias, alteraciones de la personalidad, conducta disocial, depresión y ansiedad. En este estudio se realiza una evaluación antes de la intervención (comunidad terapéutica) con la finalidad de conocer el estado psicológico-psiquiátrico de los participantes, y para ello se utilizó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales [3]. Al finalizar el

estudio, los autores concluyeron que los trastornos mentales no suponían por sí mismos un factor de riesgo para volver a delinquir, siempre y cuando el individuo hubiera recibido un tratamiento intensivo.

La ansiedad fue medida en cuatro estudios. En dos de ellos (Ahrens 2002 y Ovaert 2003) se emplearon intervenciones con orientación cognitiva-conductual para tratar el trastorno por estrés postraumático, logrando la reducción de sus síntomas.

Tres de los ECA (Biggam 2002, Rhode 2004 y Smith 2002) evaluaron medidas de habilidades específicas en los jóvenes (solución de problemas, habilidades de conversación y habilidades de afrontamiento). El estudio de Rhode (2004) realizó una intervención de tipo cognitivo-conductual. En cambio, en los estudios de Biggam (2002) y Smith (2002) se llevaron a cabo programas de habilidades, aunque cabe mencionar que el programa de Biggam (2002) desarrolló una orientación cognitiva conductual.

IV.4.3. Ensayos clínicos no aleatorizados

IV.4.3.1 Características de los participantes (ECNA)

Tabla 10. Características de los participantes (ECNA)				
Estudios	Edad media	Rango de edad	Género	Ámbito de intervención
CALDWELL 2005 (EE.UU.) ID= 55	No se describe	No se describe	Hombres	Centro residencial con programa correccional (Comunidad terapéutica)
CALDWELL 2006a (EE.UU.) ID= 60	No se describe	No se describe	Hombres	Centro residencial con programa correccional (Comunidad terapéutica)
CALDWELL 2006b (EE.UU.) ID= 63	No se describe	No se describe	Hombres	Centro residencial con programa correccional (Comunidad terapéutica)

Tal y como hemos comentado previamente, estos tres ECNA pertenecen al mismo estudio, por lo que las características de sus participantes son iguales o muy similares. La muestra del estudio se compuso en su totalidad por hombres, de los que se desconoce su

edad, pero que han sido catalogados de “jóvenes” por estar insertos en un Centro de Tratamiento Juvenil.

Un resumen de los datos se encuentra en los Anexos 17 y 18, donde se reflejan las tablas de evidencia y las características de los estudios.

IV.4.3.2. Características de las intervenciones (ECNA)

Tabla 11. Características de las intervenciones (ECNA)		
Estudios	Comunidad terapéutica	Intervención ordinaria del centro
CALDWELL 2005 (EE.UU.) ID= 55	X	*
CALDWELL 2006a (EE.UU.) ID= 60	X	*
CALDWELL 2006b (EE.UU.) ID= 63	X	*
x: Grupo de intervención; *: Grupo control		

Todos los jóvenes fueron reclutados y valorados para el estudio en la institución de pertenencia. Se decidió que el grupo control continuara recibiendo los servicios de rehabilitación tradicional impartidos en su institución, ya que parecían beneficiarse de ellos. Al resto de los jóvenes, que formaron el grupo de intervención, se les aplicó un Programa en una Comunidad Terapéutica (“Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota”). La intervención aplicada en dicha Comunidad puede considerarse efectiva, ya que parecía reducir la probabilidad de volver a delinquir y alargaba el tiempo libre de delito.

IV.4.3.3. Características de las medidas de resultado (ECNA)

Tabla 12. Características de las medidas de resultado (ECNA)			
ESTUDIO	AP	TC	CD/R
CALDWELL 2005 (EE.UU.) ID= 55	X	X	X
CALDWELL 2006a (EE.UU.) ID= 60	X	X	X
CALDWELL 2006b (EE.UU.) ID= 63	X	X	X
AP: Alteraciones de la Personalidad; TC: Trastornos de Conducta; CD/R: Conducta Delincuente/ Reincidencia.			

En este estudio podemos observar medidas de resultado tanto de salud mental como de reincidencia. Debido a que algunos jóvenes infractores presentaban problemas de salud mental, se contempló la existencia de síntomas de trastornos de conducta (conducta disocial) y de rasgos de personalidad psicopática, medido con el cuestionario de psicopatía "Psychopathy Checklist: Youth" [46]. Por otro lado, se midió la conducta delincuente, el tipo y la gravedad de los delitos, y su posible reincidencia o supervivencia (período de tiempo sin cometer actos delictivos). Los resultados obtenidos indicaron que el tratamiento aplicado en la comunidad terapéutica (Mendota Juvenile Treatment Center) parece reducir la probabilidad de volver a delinquir y alarga el tiempo de la reincidencia en los jóvenes tratados. Además, el programa de tratamiento parece tener el mayor impacto en los infractores violentos graves, reduciendo el riesgo de cada delito a casi la mitad. Entre la población de infractores graves y violentos, aquellos con los problemas más extremos no parecen ser menos propensos a responder al programa de tratamiento.

IV.4.4. Otros estudios comparativos

IV.4.4.1. Características de los participantes (Otros EC)

Tabla 13. Características de los participantes (otros EC)				
Estudio	Edad media	Rango de edad	Género	Ámbito de intervención
NAS 2005 (PAÍSES BAJOS) ID= 52		12-21	Hombres	Centro residencial con programa correccional
DESCHENES 1998 (EE.UU.) ID= 71		14-18	Hombres / Mujeres	Centro residencial
FLORSHEIM 2000 (EE.UU.) ID= 115	15,6		Hombres	Centro residencial
HAGAN 2001 (EE.UU.) ID= 172		12-19	Hombres	Centro residencial con programa correccional
MC MACKIN 2002 (EE.UU.) ID= 214		13-21	Hombres	Centro residencial con programa correccional (Comunidad terapéutica)
JAINCHILL 2000 (EE.UU.) ID= 260		<15 a >18	Hombres / Mujeres	Centro residencial con programa correccional (Comunidad terapéutica)
ARNOLD 2003 (EE.UU.) ID= 265		12-17	Mujeres	Centro residencial con programa correccional
MITCHELL 2004 (REINO UNIDO) ID= 299		15-18	Hombres	Centro residencial con programa correccional
SPOONER 2001 (AUSTRALIA) ID= 302	16	14-18	Hombres / Mujeres	Centro residencial con programa correccional (Comunidad terapéutica)
ARCHWAMETY 2000 (EE.UU.) ID= 328		12-18	Hombres	Centro residencial con programa correccional
NORRBIN 2004 (EE.UU.) ID= 347	15		Hombres / Mujeres	Centro residencial con programa correccional

Tabla 13. Características de los participantes (otros EC)				
Estudio	Edad media	Rango de edad	Género	Ámbito de intervención
PERKINS-DOCK 2001 (EE.UU.) ID= 380		No se describe	No se describe	Centro residencial con programa correccional
SHANE 2003 (EE.UU.) ID= 384		13-19	Hombres / Mujeres	Centro residencial con programa correccional (Comunidad terapéutica)
PULLMANN 2006 (EE.UU.) ID= 387	15		Hombres / Mujeres	Centro residencial con programa correccional (Comunidad terapéutica)
PUTNINS 1997 (AUSTRALIA) ID= 389	16,6	14-18	Hombres / Mujeres	Centro residencial con programa correccional
JONES 2004 (EE.UU.) ID= 392	13,6	11-16	Hombres	Centro residencial
TRUPIN 2002 (EE.UU.) ID= 518	15		Mujeres	Centro residencial con programa correccional
TSYTSAREV 2000 (EE.UU.) ID= 525		15-21	Hombres	Centro residencial con programa correccional

Tal y como se refleja en la Tabla 13, el rango de edad de los participantes de los otros estudios comparativos osciló entre los 11 y los 21 años.

De los dieciocho estudios comparativos contemplados en este apartado, un 50% presentó una muestra compuesta en su totalidad por hombres, el 38.9% presentó una muestra mixta, formada tanto por hombres como por mujeres. Sólo un estudio era de mujeres infractoras, y en otro estudio no se determinó el género de los participantes, representando cada uno de ellos un 5.5% de los estudios.

En cuanto a los lugares de intervención, la mayoría de los estudios (el 55.6%) se realizaron en centros residenciales con programas correccionales. Un 27.8% de los estudios llevó a cabo la intervención dentro de una comunidad terapéutica, en un centro residencial con programa correccional. Casi un 17% realizó la intervención en un centro residencial. Un resumen de los datos se encuentra en los Anexos 19 y 20, donde se reflejan las tablas de evidencia y las características de los estudios.

IV.4.4.2. Características de las intervenciones (Otros EC)

Estudio	Educativa	Cognitivo-conductual	Comunitaria	Familiar	Programas disuasorios y de disciplina	Programas de habilidades	Comunidad terapéutica	Multi-dimensional	Intervención ordinaria del centro
NAS 2005 (PAÍSES BAJOS) ID= 52						X			*
DESCHENES 1998 (EE.UU.) ID= 71			X		X				*
FLORSHEIM 2000 (EE.UU.) ID= 115			✓ (PT, GH, PH)						
HAGAN 2001 (EE.UU.) ID= 172								X	*
MC MACKIN 2002 (EE.UU.) ID= 214							✓ (PCC)		
JAINCHILL 2000 (EE.UU.) ID= 260							X		*

Tabla 14. Características de las intervenciones (otros EC)

Estudio	Educativa	Cognitivo-conductual	Comunitaria	Familiar	Programas disuasorios y de disciplina	Programas de habilidades	Comunidad terapéutica	Multi-dimensional	Intervención ordinaria del centro
ARNOLD 2003 (EE.UU.) ID= 265		X							*
MITCHELL 2004 (REINO UNIDO) ID= 299								X	*
SPOONER 2001 (AUSTRALIA) ID= 302							X		*
ARCHWAMETY 2000 (EE.UU.) ID= 328	X								*
NORRBIN 2004 (EE.UU.) ID= 347								✓	
PERKINS-DOCK 2001 (EE.UU.) ID= 380				✓ (TFEB)					
SHANE 2003 (EE.UU.) ID= 384							✓		

Tabla 14. Características de las intervenciones (otros EC)

Estudio	Educativa	Cognitivo-conductual	Comunitaria	Familiar	Programas disuasorios y de disciplina	Programas de habilidades	Comunidad terapéutica	Multi-dimensional	Intervención ordinaria del centro
PULLMANN 2006 (EE.UU.) ID= 387							X		*
PUTNINS 1997 (AUSTRALIA) ID= 389						X			*
JONES 2004 (EE.UU.) ID= 392	X (PS)								* GH
TRUPIN 2002 (EE.UU.) ID= 518		✓ (TDC)							*
TSYTSAREV 2000 (EE.UU.) ID= 525		X							*

x: Grupo de intervención; *: Grupo control; ✓ : Grupo de intervención y grupo control con la misma intervención pero con variaciones en el programa; PT: Programas de Trabajo; GH: Group Home; PH: Proctor Home; PCC: Programa con orientación Cognitiva-Conductual; TFEB: Terapia Familiar Estratégica Breve; PS: Programa de Supervivencia; TDC: Terapia Dialéctica Comportamental

En este grupo de estudios comparativos las 8 categorías contempladas recogen un total de 18 intervenciones distintas (ver Tabla 14).

Se observa que en el estudio de Deschenes (1998) aparece una intervención de tipo comunitaria, y otra que desarrolla un programa disuasorio o de disciplina. Esto se debe a que el programa aplicado al grupo de intervención se basaba en la combinación de una intervención comunitaria y un programa de disciplina parecido al Boot Camp.

Casi un 28% de las intervenciones presentó una estructura de comunidad terapéutica (Jainchill 2000, McMakin 2002, Pullmann 2006, Shane 2003 y Spooner), y el 16.7% tuvo una orientación cognitivo-conductual (Arnold 2003, Trupin 2002 y Tsytsarev 2000). Las intervenciones con orientación multidimensional aparecen en el 15.8% de los estudios (Hagan 2001, Mitchell 2004 y Norrbin 2004). Por otro lado, las intervenciones menos utilizadas fueron la terapia familiar (Perkins-Dock 2001), los programas disuasorios y de disciplina (Deschenes 1998), los programas educativos (Archwamety 2000 y Jones 2004), los comunitarios (Deschenes 1998 y Florsheim 2000), y los programas de habilidades (Nas 2005 y Putnins 1997); estos últimos caracterizados también por utilizar una orientación cognitivo-conductual.

La categoría de intervención ordinaria del centro fue aplicada en los grupos control en el 72.2% de los estudios.

En el estudio de Jones (2004) el grupo control pertenecía a un grupo de cuidados de acogida. En los estudios de Florsheim (2000), Mc Mackin (2002), Norrbin (2004), Perkins-Dock (2001) y Shane (2003) las intervenciones que realizaban los grupos pertenecían a la misma categoría, pero con modalidades diferentes. Los grupos de comparación se diferenciaban en aspectos como la duración y el número de sesiones, o el ámbito de aplicación. En el caso del estudio de Trupin (2002) existen tres grupos de comparación, dos de ellos realizan una intervención cognitivo-conductual y el tercer grupo no realiza intervención.

IV.4.4.3. Características de las medidas de resultado (Otros EC)

Tabla 15. Características de las medidas de resultado (otros EC)											
ESTUDIO	C/AS	AP	TC	D	A	HAB	FA	FF	FPS	FPE	CD/R
NAS 2005 (PAÍSES BAJOS) ID= 52			X			X	X		X		
DESCHENES 1998 (EE.UU.) ID= 71	X					X		X	X	X	X
FLORSHEIM 2000 (EE.UU.) ID= 115	X									X	X
HAGAN 2001 (EE.UU.) ID= 172											X
MC MACKIN 2002 (EE.UU.) ID= 214					X						
JAINCHILL 2000 (EE.UU.) ID= 260	X	X	X	X	X		X				X
ARNOLD 2003 (EE.UU.) ID= 265									X		
MITCHELL 2004 (REINO UNIDO) ID= 299											X
SPOONER 2001 (AUSTRALIA) ID= 302	X								X	X	X
ARCHWAMETY 2000 (EE.UU.) ID= 328											X
NORRBIN 2004 (EE.UU.) ID= 347							X			X	X

Tabla 15. Características de las medidas de resultado (otros EC)

ESTUDIO	C/AS	AP	TC	D	A	HAB	FA	FF	FPS	FPE	CD/R
PERKINS-DOCK 2001 (EE.UU.) ID= 380								X		X	
SHANE 2003 (EE.UU.) ID= 384	X		X	X	X						
PULLMANN 2006 (EE.UU.) ID= 387											X
PUTNINS 1997 (AUSTRALIA) ID= 389									X		
JONES 2004 (EE.UU.) ID= 392											X
TRUPIN 2002 (EE.UU.) ID= 518	X	X	X	X	X						X
TSYTSAREV 2000 (EE.UU.) ID= 525	X									X	

C/AS: Consumo/Abuso de Sustancias; AP: Alteraciones de la Personalidad; TC: Trastornos de Conducta; D: Depresión; A: Ansiedad; FA: Funcionamiento Académico; HAB: Habilidades; FF: Funcionamiento Familiar; FPS: Funcionamiento Psicosocial; FPE: Funcionamiento Psicológico Emocional; CD/R: Conducta Delincente/Reincidencia

El 61.1% de los estudios utilizó la reincidencia o conducta delincente como medida de efectividad de las intervenciones. Las intervenciones menos efectivas para reducir esta medida fueron las educativas, comunitarias, y programas disuasorios y de disciplina (Archwamety 2000, Deschenes 1998, Florsheim 2000, Jones 2004). Los estudios que llevaron a cabo intervenciones en comunidades terapéuticas consiguieron una reducción de la conducta delincente al finalizar la intervención (Jainchill 2000, Pullmann 2006, Spooner 2001). Aquellos que utilizaron intervenciones multidimensionales disminuyeron esta conducta, pero la reducción no fue significativa (Hagan 2001, Mitchell 2004, Norrbin 2004). En el estudio de Trupin (2002) se consiguieron reducir los problemas de conducta con una orientación cognitiva conductual.

El 38.9% de los estudios (Deschenes 1998, Florsheim 2000, Jainchill 2000, Mitchell 2004, Shane 2003, Spooner 2001, Trupin 2002, Tsytarev 2000) evaluó el consumo de sustancias en comunidades terapéuticas, intervenciones comunitarias, programas de disciplina e intervenciones cognitivo-conductuales. A partir de estos estudios, excepto el de Deschenes (1998), los resultados mostraron una reducción del consumo de sustancias. Deschenes (1998) combinó un programa de orientación comunitaria y un programa de disciplina (con ambiente similar al Boot Camp), mostrando en sus resultados una reducción del consumo de sustancias por parte del grupo de intervención y del grupo control, pero las diferencias no fueron significativas y a los 24 meses de haber realizado el programa ambos grupos presentaron recaídas.

Tanto la medida del funcionamiento psicológico-emocional como del funcionamiento psicosocial fueron evaluadas en un 27.8% de los estudios. Estos niveles de funcionamiento lograron mejorar en aquellos estudios que aplicaron terapia cognitiva conductual, terapia comunitaria, terapia familiar, comunidades terapéuticas y programas de habilidades. Cabe destacar que en el estudio de Norrbin (2004) y Deschenes (1998) estas medidas fueron evaluadas únicamente en el pretratamiento.

En los estudios de Jainchill (2000), Shane (2003) y Trupin (2002) se contempla un alto porcentaje de medidas de salud mental, tales como: consumo o abuso de sustancias, alteraciones de la personalidad, depresión, ansiedad, y funcionamiento académico. Estas medidas sólo fueron evaluadas en el pretratamiento, a través de entrevistas diagnósticas estructuradas como la DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children) [47], o mediante baterías de evaluación como la GAIN (The Global Appraisal of Individual Needs) [48], cuyo objetivo reside en realizar una descripción de la muestra que le permita valorar los problemas psicológicos y psiquiátricos presentes en los participantes.

La evaluación de las habilidades, como medida de resultado, se llevó a cabo en los estudios de Nas (2005) y Deschenes (1998). En el primero, se consiguió mejorar las habilidades sociales de los jóvenes del grupo de intervención, pero no hubo diferencias significativas con el grupo control.

En el estudio de McMakin (2002), a partir de una intervención con orientación cognitiva-conductual, llevada a cabo en una comunidad terapéutica, se consiguió una ligera mejoría de los jóvenes afectados de estrés postraumático (TEP).

V. Discusión

Esta revisión sistemática se ha desarrollado con el fin de valorar la efectividad de los programas y métodos de intervención disponibles para jóvenes infractores, evaluando su contribución, directa o indirecta, sobre la reducción de los problemas emocionales y psicológicos que están presentes en estos jóvenes, así como el impacto de éstos sobre la disminución de las tasas de reincidencia.

Es importante tener en cuenta que la mayor parte de las investigaciones incluidas en esta revisión se refieren a jóvenes infractores en Estados Unidos (el 83% de los estudios empíricos y más del 50% de las revisiones no incluye estudios europeos), a excepción de las revisiones sistemáticas de Redondo (1999, 2002) en las que se incluyen sólo estudios en Europa.

Además, en la mayoría de las revisiones previas y en los estudios empíricos, el principal criterio para determinar si un programa de intervención ha sido efectivo es el índice de reincidencia, aún cuando otros factores también se ven influenciados por la intervención aplicada (ajuste social, psicológico, familiar, educativo, vocacional) y son, además, aspectos críticos que podrían estar relacionados con la disminución de la reincidencia. La reincidencia es un elemento clave a evaluar, pero no el único ni el más importante. Este es otro aspecto relevante a tener en cuenta, dado que no sólo el comportamiento antisocial es un problema difícil de erradicar, sino que, además, la consideración del índice de reincidencia, como medida de cambio, requiere un seguimiento mayor que cuando se tratan otros tipos de problemas psicológicos y/o comportamentales [49]. Así mismo, los resultados de diversos estudios reflejan que la magnitud del impacto de los programas de intervención es menor cuando se mide el porcentaje de reincidencia sólo que cuando se miden otros indicadores de ajuste institucional, actitudes u otros criterios psicológicos [50]. Por este motivo, en esta revisión sistemática se ha intentado seguir un enfoque global, que examine los programas en su conjunto, tomando en cuenta los programas de intervención como paquetes integrados con distintos objetivos (operacionales, estrategias y técnicas específicas, el personal, los usuarios, el contexto en el que se aplica dicho programa), con el fin de identificar las combinaciones de características que funcionan conjuntamente en un nuevo programa y cuyo efecto sea superior al que se obtiene por separado.

En este sentido, la evidencia científica sugiere que son numerosos los factores que podrían influir sobre los resultados de los programas de tratamiento aplicados a los jóvenes infractores y que se deben considerar en el momento de evaluar la efectividad de las diferentes estrategias de intervención (el modelo teórico subyacente a la intervención, la duración e intensidad del programa, las características de los individuos, las variables del contexto, etc.). Entre ellos, el modelo subyacente a los programas y el tipo específico de intervención aplicada, parecen ser los aspectos más importantes a valorar en estos programas (Redondo 2002). Además, el éxito de un programa de intervención dependerá tanto de los cambios en la conducta y en las características de los jóvenes infractores, como de los cambios en la institución o en la comunidad en la que esté inmerso el joven infractor. De esta manera, la diversidad de aspectos relevantes que pueden influir en el éxito de un programa de intervención refleja la naturaleza multidisciplinaria del trabajo que se requiere entre los diferentes organismos (judiciales, sociales, psicológicos, etc.).

En esta línea, esta revisión ha intentado valorar la efectividad de diversas intervenciones, con modalidades diferentes y en varios contextos distintos (comunitarios, centros residenciales, etc.) tanto para disminuir la reincidencia como la aparición y mantenimiento de los problemas psicopatológicos en los jóvenes infractores. Encontrándose que los trastornos psicopatológicos que han sido más evaluados, en general, han sido los trastornos de conducta, el abuso de consumo de sustancias, el trastorno psicopático de la personalidad y el trastorno de estrés postraumático, al ser, probablemente, los trastornos más frecuentes en este colectivo. Así mismo, se han considerado otros trastornos mentales o problemas psicológicos comórbidos, como la ansiedad y la depresión, con el fin de realizar una descripción clínica de la psicopatología presente en los jóvenes evaluados antes de llevar a cabo la intervención.

La evidencia científica muestra que los programas de intervención que han sido utilizados con jóvenes infractores son muy diversos y a la vez muy dispares (programas de diversión, intervención familiar, educación reglada, asesoramiento psicológico, etc.). Encontrándose que en la mayoría de los programas implementados no se sigue una metodología rigurosa y sistemática, en otros no se evalúa su efectividad de una forma adecuada, y en otros simplemente no se describe cuáles son los módulos o componentes que la conforman.

Sin embargo, se puede afirmar, en general, que los resultados de los estudios empíricos sugieren que los programas terapéuticos que

logran una mayor eficacia para disminuir los índices de reincidencia y otros problemas psicopatológicos relacionados, son aquellos programas más estructurados, en los que enseñan a los jóvenes nuevos modos de pensamiento y valoración de la realidad social y nuevas habilidades para la vida (programas conductuales, cognitivo-conductuales), en los que se considera, además, el contexto en el que se aplica la intervención como otro factor mediador de la efectividad de la intervención (Ahrens 2002, Arnold 2003, Ovaert 2003, Trupins 2002).

No obstante, es importante tener en cuenta que estos programas están formados por un conjunto amplio de categorías o contenidos. En el caso de los programas conductuales, se pueden destacar las siguientes técnicas: reforzamiento, castigo, relajación, desensibilización sistemática; mientras que en los programas de tipo cognitivo-conductual destaca: el entrenamiento autoinstruccional y autocontrol, el control de la ira, la resolución de problemas, el razonamiento moral, el entrenamiento en habilidades sociales. En los que, además, cada una de estas categorías incluye más de un componente. De manera que es posible que existan múltiples combinaciones de componentes terapéuticos, de las que sólo algunas pueden llegar a ser efectivas, mientras que otras no.

Por otra parte, estaría el contexto en el que se aplican los programas. En los estudios empíricos se puede apreciar que los mejores resultados de generalización se suelen obtener con los programas de intervención que han sido implantados en la propia comunidad (p.ej., libertad vigilada), en contrapartida con aquellos programas que se aplican exclusivamente en situación de internamiento [2], posiblemente porque las condiciones en las que se llevan a cabo estos programas de intervención, dentro de la propia administración de justicia, son condiciones que están muy lejos de ser las más idóneas [49].

En cuanto a las características de los jóvenes infractores, la evidencia científica sugiere que los tratamientos intensivos son más efectivos en los jóvenes más violentos y con alto riesgo de reincidencia. Estos resultados encontrados, tanto en la literatura norteamericana como europea, apoyan el principio de riesgo [10,11], según el cuál el nivel de riesgo que se asocia a la probabilidad de la conducta delincuente influye en los resultados obtenidos tras recibir un tratamiento, siendo más efectivo aplicar los niveles más intensos de tratamiento en los casos de alto riesgo y los tratamientos de intensidad mínima para los casos de bajo riesgo.

En relación con los problemas emocionales o trastornos psicopatológicos, las comunidades terapéuticas han mostrado ser

efectivas en la reducción del abuso de sustancias (Jainchill 2000, Mitchel 2006, Spooner 2001, Shane 2003). Además, se ha podido apreciar que en aquellas ocasiones en las que se llevó a cabo una intervención cognitiva-conductual o un programa de habilidades, en el propio centro correccional o en la comunidad terapéutica, se obtuvieron resultados favorables en cuanto a la reducción de la reincidencia y medidas de salud mental (en general), así como también para disminuir (específicamente) el abuso en el consumo de sustancias, el trastorno de conducta, el trastorno de estrés postraumático y para mejorar algunas habilidades específicas (solución de problemas, habilidades de conversación, tolerancia a la frustración). No obstante, los programas que parecen ser menos efectivos, son aquellos en los que se utilizan medidas disuasorias y programas de disciplina (Farrington 2005, Wilson 2005).

A continuación se comentan los resultados más relevantes que se han obtenido a partir de la evidencia científica de los 51 estudios incluidos en este informe (15 revisiones sistemáticas, 15 ensayos clínicos controlados y aleatorizados, 3 ensayos clínicos controlados-no aleatorizados y otros 18 estudios comparativos).

V.1. Revisiones sistemáticas

Como se ha comentado anteriormente, en todas las revisiones previas que han sido incluidas en esta revisión, la medida de efectividad más utilizada para evaluar los programas de intervención ha sido la tasa de reincidencia. Tan sólo algunas de las revisiones (menos del 50%) consideraban también la efectividad de las intervenciones para disminuir otros factores relacionados, como los posibles problemas o trastornos mentales (trastornos de conducta, abuso del consumo de sustancia, ansiedad, depresión, etc.), siendo los trastornos de conducta y el trastorno por abuso de sustancia los más evaluados (Curtis 2004, Lees 1999, Littell 2005, Lipsey 2007, Mitchell 2006, Woolfenden 2001), probablemente por ser los trastornos y problemas de conducta más prevalentes en esta población.

Generalmente, y aunque los resultados obtenidos en las revisiones previas son controvertidos y no se pueden extraer conclusiones definitivas, es posible sugerir que las intervenciones más eficaces para reducir la reincidencia, en general, son aquellas en las que se interviene tanto a los jóvenes infractores como a la familia (Curtis 2004, Dowden 2003, Farrington 2005, Latimer 2001, Littell 2005, Woolfenden 2001),

bien sea en el propio centro correccional (Farrington 2005, Grietens 2004) como en la comunidad (Farrington 2005). Además, los programas de Justicia Restaurativa (Farrington 2005, Latimer 2005) parecen ser un método más eficaz en la mejora de las víctimas y/o la satisfacción del infractor, la restitución del infractor y la disminución de la reincidencia comparado con los resultados de programas de justicia más tradicionales. Al contrario, la evidencia disponible sobre tratamientos centrados exclusivamente en reducir la reincidencia, sugiere que aquellos programas que parecen menos efectivos son los programas disuasorios (Scared Straight) (Farrington 2005, Petrosino 2003) y de disciplina (Boot Camp) (Farrington 2005, Wilson 2005) siendo incluso más perjudiciales los primeros.

Por otra parte, también los trastornos de conducta han sido tratados desde distintas perspectivas y modelos teóricos de intervención, no obstante, los programas familiares (Curtis 2004, Littell 2005 y Woolfenden 2001) que han sido, en general, los más utilizados y evaluados, muestran que las intervenciones dirigidas a la familia y a padres de delincuentes juveniles y, en particular, la Terapia Multisistémica (TMS), tienen efectos benéficos en cuanto a la reducción del tiempo de permanencia en instituciones por parte de jóvenes infractores después de recibir estas intervenciones. Además, se ha encontrado que el beneficio que representan estas intervenciones para el participante y su familia, pueden provocar un ahorro en los costes para la sociedad. No obstante, hay evidencia insuficiente que indique que este tipo de intervención reduzca el riesgo de que un joven infractor sea encarcelado o que tengan un efecto benéfico sobre las funciones de los padres. Además, aunque no hay evidencia que indique que estas intervenciones dirigidas a padres y a la familia, como la TMS, tengan efectos nocivos, estas terapias realizan una labor intensa sobre este colectivo de jóvenes y familias que podrían tener repercusiones importantes en esta población. Esto es importante ya que podría tener implicaciones prácticas en el proceso de toma de decisiones acerca de la implementación de estos programas y establecer prioridades en cuanto a la asignación de recursos (Woolfenden 2001).

El abuso del consumo de sustancias es otro problema grave que también aparece con frecuencia en estos jóvenes infractores (Curtis 2004, Lees 1999, Littell 2005 y Mitchell 2006) y su disminución ha sido el objetivo de múltiples intervenciones terapéuticas (programas de asesoramiento, comunidades terapéuticas, programas de mantenimiento de narcóticos, boot camps, etc.), encontrándose que los programas que se llevan a cabo en las comunidades terapéuticas son

los más efectivos, en general, al mostrar una reducción consistente y significativa tanto en la reincidencia como en las recaídas del abuso de sustancias (Lees 1999, Mitchel 2006).

V.2. Ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados

La evidencia obtenida a partir de los ECA sugiere, en general, que las intervenciones de tipo cognitivo-conductual (Henggeler 1996, Ovaert 2003), comunidad terapéutica (Hagan 1997), comunitaria (Henggeler 2006) y de tipo familiar (Dembo 2000a, 2000b, 2001a y 2001b, Henggeler 2006, McCold 1998, Shaeffer 2005) han sido las más efectivas en la reducción de la reincidencia, siendo los centros comunitarios o los hogares familiares los lugares de intervención más habituales, además de los centros residenciales con programa correccional.

En cuanto a los problemas emocionales o psicopatológicos, el abuso de consumo de sustancias ha sido el más evaluado. Las intervenciones más efectivas con esta medida fueron las de tipo familiar (Dembo 2000a, 2000b, 2001a y 2001b, Henggeler 1996, 2006) y multidimensional (Lane 2005). El funcionamiento psicológico-emocional y el funcionamiento familiar en estos jóvenes se logró mejorar con intervenciones familiares como la de los estudios de Dembo (Dembo 2000a, 2000b, 2001a y 2001b).

Así mismo, la intervención del trastorno de estrés postraumático, siguiendo un programa cognitivo-conductual en un centro juvenil de seguridad (Ahrens 2002 y Ovaert 2003) ha mostrado ser efectivo en la reducción de la sintomatología asociada al trastorno. Este tipo de terapia también fue efectiva en aquellos programas que se centraban en mejorar algunas habilidades en los jóvenes (habilidades en solución de problemas y habilidades en estrategias de afrontamiento) (Biggam 2002 y Rhode 2004).

Por otra parte, en el estudio de Caldwell (2005, 2006a, 2006b) siguiendo un programa aplicado en una comunidad terapéutica (Mendota Juvenile Center) para jóvenes infractores con trastorno disocial y con alteraciones de la personalidad como psicopatía ha mostrado ser efectivo en la reducción de la reincidencia.

V.3. Otros estudios comparativos

En la misma línea de los ensayos clínicos, la evidencia de otros estudios comparativos indica que la disminución de la reincidencia resultó ser efectiva en aquellas intervenciones realizadas en comunidades terapéuticas (Jainchill 2000, Pullmann 2006, Spooner 2001) y en las que se seguía una orientación cognitiva-conductual realizada en un centro correccional (Trupin 2002). Por el contrario, las menos efectivas fueron las educativas (Archwamety 2000, Jones 2004), comunitarias y programas disuasorios y de disciplina realizados mayoritariamente en centros residenciales (Deschenes 1998, Florsheim 2000).

Las comunidades terapéuticas (Jainchill 2000, Shane 2003 y Spooner 2001) y la terapia comunitaria fueron efectivas en la reducción del abuso de consumo de sustancias (Florsheim 2000). Estas intervenciones también ayudaron a mejorar el funcionamiento psicológico-emocional y el psicosocial (Florsheim 2000, Spooner 2001). La terapia cognitiva-conductual (Arnold 2003 y Tsytarev 2000), la familiar (Perkins-Dock 2001) y los programas de habilidades (Nas 2005 y Putnins 1997) también consiguieron la mejora de esta medida. Por otra parte, en el estudio de McMakin (2002), en el que se llevó a cabo una intervención en una comunidad terapéutica y con una orientación cognitiva-conductual, se intervino sobre el trastorno de estrés postraumático, consiguiendo resultados favorables.

Es importante destacar que en los estudios que consideraron medidas de salud mental más específicas, como los niveles de ansiedad, depresión, consumo/abuso de sustancias, alteraciones de la personalidad y conducta disocial (Jainchill 2000, Shane 2003 y Trupin 2002), y en los estudios que consideraron medidas más generales, como el funcionamiento psicológico-emocional y el psicosocial (Norrbin 2004 y Deschenes 1998), lo hicieron únicamente con el fin de realizar una evaluación descriptiva de los jóvenes previa a la aplicación de la intervención.

VI. Conclusiones

En síntesis, se puede afirmar que la evidencia rastreada sugiere que diferentes tipos de programas han sido, en particular, efectivos para la rehabilitación de los jóvenes infractores, mientras que otros lo son para subgrupos específicos (p.ej., jóvenes infractores con trastornos psicopatológicos). Así, algunos tratamientos parecen destacar por encima de otros según las áreas a intervenir.

En el caso de los jóvenes infractores con problemas psicopatológicos y con un nivel alto de riesgo, las terapias conductuales y cognitivo-conductuales se muestran más efectivas, al parecer, por ser programas intensivos y centrados en las necesidades de este colectivo.

Es importante destacar que la reincidencia responde a múltiples fuentes de variación: características de los individuos, del personal que aplica la terapia, del programa de intervención aplicado, del proceso de diseño y administración del tratamiento y, especialmente, de los cambios intermedios en el individuo y en las circunstancias de los jóvenes infractores como individuos.

Por tanto, a la hora de hablar de eficacia, se ha de tomar en cuenta cuáles son las diferencias entre los individuos, los tipos de intervención que se aplican y los lugares en los que se lleva a cabo la intervención. Cobran especial relevancia las diferencias tanto individuales como grupales. Resulta imprescindible fortalecer programas en los que se integren las características de los individuos (a nivel personal, grupal, cultural) y del propio programa en sí. Adelantamos que las variaciones en el contexto y en el tipo de sanciones penales sólo tendrán efecto sobre la reincidencia cuando interactúen con los factores citados, pero no si son aplicadas aisladamente.

La mayor consistencia se nos ofrece en un tipo de intervención terapéutica compleja o multicomponente, en que se consideren varios métodos de aproximación y diferentes medidas de resultados, permitiendo así, afrontar efectivamente la complejidad y multiplicidad de los problemas que presentan estos jóvenes.

VII. Implicaciones para la investigación y la práctica

En la actualidad se dispone de un amplio volumen de información y evidencia científica sobre la efectividad de distintas estrategias terapéuticas para tratar a los jóvenes infractores con diversos problemas psicopatológicos, dado que afortunadamente son cada vez más los programas que se evalúan de un modo sistemático y siguiendo una metodología más rigurosa. No obstante es importante hacer algunas consideraciones para la investigación y la práctica.

El ámbito de tratamiento de los jóvenes infractores con problemas psicopatológicos en España, en concreto, y en Europa, en general, requiere de más y mejores estudios empíricos en los que se evalúen de una forma precisa y en detalle los efectos de los programas sobre las variables moderadoras (aspectos demográficos, estatus social, etc.) con el fin de conocer el verdadero impacto (psicológico, social, económico) de estos programas sobre los diferentes problemas psicopatológicos que presentan estos jóvenes y, en consecuencia, sobre las tasas de reincidencia.

Además, y aún cuando resulta aconsejable mantener el índice de reincidencia como medida de resultado de la efectividad de los programas de intervención, se deben tomar en cuenta otras medidas de resultados intermedias (psicológicas, sociales, familiares), que serán relevantes en función del planteamiento teórico que subyace a la intervención y a su evaluación [51].

Esta revisión sistemática ha pretendido ofrecer una visión global en el abordaje terapéutico de los jóvenes infractores con diversos problemas emocionales y psicopatológicos, permitiendo identificar e integrar los patrones, secuencias e interacciones que caracterizan normalmente a los programas de intervención más efectivos en este grupo de jóvenes.

Finalmente, y en consonancia con otros autores [51], se recomienda elegir estrategias de intervención eficaces en función de las características de los jóvenes que serán tratados, tomando en cuenta los aspectos mediadores que podrían influir en los resultados finales y valorando a priori qué combinación de los componentes de la intervención serán los más efectivos.

VIII. Contribución de los autores

- *Lilisbeth Perestelo Pérez*. Psicóloga. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) - Revisión, extracción, síntesis y redacción del informe.
- *Jeanette Pérez Ramos*. Psicóloga. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) - Revisión, extracción, síntesis y redacción del informe.
- *Marién González Lorenzo*. Psicóloga. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) - Revisión, extracción, síntesis y redacción del informe.

Revisores externos:

- *Dr. Pablo García Medina*. Catedrático del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna. Tenerife.
- *Dr. Juan Manuel Bethencourt Pérez*. Director del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna. Tenerife.
- *Dr. José Luis Graña Gómez*. Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico (Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica). Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Madrid.

IX. Referencias

1. Steiner H, Karnik N, Shaw R. New approaches to Juvenile Delinquency: Psychopathology, development and neuroscience. *Psychiatric Times* 2006 Sep: 15-17.
2. Redondo S, Sánchez-Meca J. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la delincuencia juvenil. En: Pérez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I, editores. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide; 2003. p.183-214.
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona: Masson; 2003.
4. Organización Mundial de la Salud. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
5. Garrido V. *El psicópata. Un camaleón en la sociedad actual*. Alzira: Alger; 2000.
6. Garrido V. El tratamiento del psicópata. *Psicothema* 2002; 14 Supl:181-9.
7. Raine A. Psicopatía, violencia y neuroimagen. En: Raine A, Sanmartín J, editores. *Violencia y psicopatía*. Barcelona: Ariel; 2000. p.59-88.
8. Garrido V, Morales LA. Serious (violent and chronic) juvenile offenders: a Systematic Review of treatment effectiveness in secure corrections. Protocolo aprobado por Campbell Collaboration database of Reviews of Intervention and Policy effects (C2RIPE) 2003. Disponible en: http://camp.ostfold.net/campbell_library/index.shtml
9. Redondo S, Sánchez-Meca J, Garrido V. Los programas psicológicos con delincuentes y su efectividad: la situación europea. *Psicothema* 2002; 14 Supl:164-73.
10. Andrews D, Bonta J. *The Psychology of Criminal Conduct*. 2ª ed. Cincinnati: Anderson; 1998.

11. Andrews D, Zinder I, Hoge RD, Bonta J, Gendreau P, Cullen FT. Does correccional tratment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology* 1990; 28:369-04.
12. Garrido V, Stangeland P, Redondo S. Principios de Criminología. Valencia: Tirant lo Blanch; 2001.
13. Gendreau P, Ross R. Effective correctional treatment: bibliotherapy for cynics. *Crime Delinq* 1979; 25:463-89.
14. Lipsey MW. Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In: Cook TD, Cooper H, Cordray DS, Hartmann H, Hedges LV, Light RL, Louis TA, Mosteller F, editors. *Meta-analysis for Explanation. A Casebook*. New York: Sage; 1992. p. 83-127.
15. McGuire J. Enfocaments psicològics per a la reducció de la conducta delictuosa: investigació recent i implicacions pràctiques. *Papers d'Estudis i Formació* 1992; 10:67-77.
16. Redondo S. El tratamiento de la delincuencia en Europa: un estudio meta-analítico [tesis doctoral no publicada]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1994.
17. Redondo S. Evaluación y tratamiento en prisiones. En: Clemente M, coordinador. *Fundamentos de la Psicología jurídica*. Madrid: Pirámide; 1995. p.339-53.
18. Redondo S, Garrido V, Sánchez-Meca J. What Works in correctional rehabilitation in Europe: A meta analytic review. In: Redondo S, Garrido V, Pérez J, Barberet R, editors. *Advances in Psychology and Law: International Contributions*. Berlin: De Gruyter; 1997. p.499-523.
19. Redondo S, Sánchez-Meca J, Garrido V. The influence of tratment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: An European meta-analytic review. *Psychology, Crime, & Law* 1999; 5:251-78.
20. Ross R, Fabiano E, Garrido V. El Pensamiento Prosocial. El modelo cognitivo para la prevención y tratamiento de la delincuencia. *Monográfico de la revista delincuencia* 1990; 1:1-115.

21. Kazdin AE, Buela-Casal G. Conducta antisocial: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia (5ª. Ed.). Madrid: Pirámide; 1999.
22. Otero-López J, Romero E, Luengo A. Identificación factores de riesgo de la conducta delictiva: hacia un modelo integrador. *Anál Modif Conduct* 1994; 20:675-09.
23. MacKenzie DL. Criminal justice and crime prevention. In: National Institute of Justice Report: Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising. A report to the US Congress. Department of Criminology and Criminal Justice, University of Maryland; 1997.
24. Quinsey V, Khana A, Malcom P. A retrospective evaluation of the regional treatment centre sex offender treatment program. *J Interpers Violence* 1998; 13:621-44.
25. Woolfenden SR, Williams K, Peat J. Intervenciones dirigidas a la familia y a los padres en niños y adolescentes con trastorno de conducta y delincuencia con edades entre 10 y 17 años (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
26. Sherman LW, Gottfredson D, MacKenzie D, Eck J, Reuter P, Bushway S. Preventing crime: What works, what doesn't, what's promising. A report to the United States Congress. Prepared for the National Institute of Justice. Maryland: University of Maryland at College Park, Department of Criminology and Criminal Justice; 1997. Disponible en: <http://www.ncjrs.org/works/index.htm>
27. Lewis RV. Scared straight-California style: evaluation of the San Quentin SQUIRES program. *Crim Justice Behav* 1983; 10(2):209-26.
28. Finckenauer JO. Scared Straight and the Panacea Phenomenon. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1982.
29. Yarborough JC. Evaluation of JOLT as a deterrence program. Lansing, Michigan: Michigan Department of Corrections; 1979.

30. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, McQuaid HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clin Trials* 1996; 17:1-12.
31. Estabrooks CA, Goel V, Thiel E, Pinfold SP, Sawka C, Williams J. Consumer Decision Aids: Where do we stand?. A systematic review of structured consumer decision aids. ICES 2000. Technical Report.
32. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994; 272(17):1367-71.
33. Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *Am Psychol* 1993; 48:1181-209.
34. Lösel F. Working with young offenders: The impact of meta-analyses. In Hollin CR, Howells K, editors. *Clinical approaches to working with young offenders*. Chichester: Wiley; 1996. p. 57-82.
35. Landenberger NA, Lipsey MW. The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *J Exp Criminol* 2005; 1:451-76.
36. Lipsey MW, Chapman G, Landenberger NA. Cognitive-behavioral programs for offenders. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 2001; 578:144-57.
37. Lipsey MW, Landenberger NA. Cognitive-behavioral interventions. In: Welsh BC, Farrington DP, editors. *Preventing crime: What works for children, offenders, victims, and places*. Dordrecht, Netherlands: Springer; 2006. p.57-71.
38. Pearson FS, Lipton DS, Cleland CM, Yee DS. The effects of behavioral/cognitive-behavioral programs on recidivism. *Crime Delinq* 2002; 48(3):476-96.
39. Wilson DB, Bouffard LA, MacKenzie DL. A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Crim Justice Behav* 2005; 32(2):172-204.
40. Olson DH, Portner H, Bell R. FACES-II. In: DH Olson, HI Mccubbin, HL Barnes, A Larsen, M Muxen, M Wilson, editors. *Family inventories*. St. Paul: University of Minnesota: Department of Family Social Science; 1982. p.5-24.

41. Olson DH, Portner J, Lavee Y. FACES-III. St Paul: University of Minnesota: Department of Family Social Science; 1985.
42. Skinner HA, Steinhauer PD, Santa-Barbara J. The Family Assessment Measure. *Canadian Journal of Community Mental Health* 1983;2:91-105.
43. Derogatis LR. SCL-90-R: Manual-II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research; 1983.
44. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
45. Garrett CJ. Effects of residential treatment on adjudicated delinquents: A meta-analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 1985; 22:287-308.
46. Forth AE, Kosson DS, Hare RD. Psychopathy checklist: Youth version (draft) unpublished test manual, North Tonawanda. New York: Multi-Health Systems; 1996.
47. Shaffer D, Schwab MS, Fisher WP. The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC R): Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:643-50.
48. Dennis ML. Global Appraisal of Individual Needs (GAIN), administration guide for the GAIN and related measures. Bloomington, IL: Lighthouse Publications; 1999.
49. Martín A, Hernández B. La eficacia de los programas de rehabilitación. En: Sola Reche E, Bethencourt JM, Matud Aznar P y García Medina P, Editores. *Implicaciones de la Psicología en la Criminología Actual*. La Laguna: Universidad de La Laguna; 1999. p.53-67.
50. Lösel F. The efficacy of correctional treatment: a review and synthesis of metaevaluations. In: McGuire J, editor. *What works; Reducing reoffending. Guidelines for Research and practice*. The Willey Series in offender rehabilitation. Chichester: John Willey & Sons; 1995. p. 79-111.
51. Palmer T. Programmatic and nonprogrammatic aspects of successful intervention: New directions for research. *Crime Delinq* 1995; 41:100-31.

Anexo 1. Estrategia de búsqueda.

Términos de interés:

ADOLESCENCIA

- Adolescent
- Youth
- Juvenile
- Teenage
- Young person
- Young people
- Human males
- Human females
- Girl
- Boy

DELINCUENCIA

- Juvenile Delinquency
- Crime
- Offender
- Delinquent
- Trouble
- Violent
- Criminal
- Aggression
- Offending
- Convicted

INSTITUCIONES

- Institution
- Detention
- Detention center
- Detention facility
- Prison
- Jail
- Incarceration
- Hospital

- Borstal
- Correctional
- Reformatory
- Residential
- Children's home
- Secure unit

PROBLEMA MENTAL (ENFERMEDAD)

- Conduct Disorder
- Mental disorder
- Mental Disease
- Social behaviour disorder
- Antisocial personality disorder
- Psychopathy
- Violence
- Antisocial
- Behavior
- Aggression
- Anger
- Violent
- Serious
- Chronic

TERAPIA

- Correctional program
- Out of home treatment
- Rehabilitation
- Group treatment
- Therapeutics
- Treatment
- Program
- Therapy
- Adjustment
- Intervention
- Cognitive
- Social Skill train

MEDLINE

- 1) adolescent/
- 2) (youth\$ or juvenile\$ or adolescen\$ or teenage\$).tw.
- 3) (young person\$ or young people).tw.
- 4) (girl\$ or boy\$).tw.
- 5) 1 or 2 or 3 or 4
- 6) exp juvenile delinquency/
- 7) exp crime/
- 8) (offender\$ or delinquen\$ or trouble\$ or violen\$ or crime\$ or criminal\$ or aggress\$).tw.
- 9) offending.tw.
- 10) convicted.tw.
- 11) 6 or 7 or 8 or 9
- 12) institution\$.tw.
- 13) detention\$.tw.
- 14) detention cent\$.tw.
- 15) detention facilit\$.tw.
- 16) prisons/
- 17) prison\$.tw.
- 18) incarcerat\$.tw.
- 19) hospital\$.tw.
- 20) borstal\$.tw.
- 21) correctional\$.tw.
- 22) reformatore\$.tw.
- 23) residential.tw.
- 24) children's home\$.tw.
- 25) secure unit\$.tw.
- 26) (correction\$ adj3 facilit\$).tw.
- 27) 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26
- 28) exp conduct disorder/
- 29) social behavior disorder\$.tw.
- 30) exp antisocial personality disorder/

31) exp mental disorders/
 32) exp violence/
 33) (antisocial adj3 behavior\$.tw.
 34)(behavior adj3 disorder\$.tw.
 35)(conduct adj3 disorder\$.tw.
 36)exp aggression/
 37)exp anger/
 38)violent.tw.
 39)(correction\$ adj3 program\$.tw.
 40)out of home treatment\$.tw.
 41)rehabilitat\$.tw.
 42)group treatment\$.tw.
 43)exp therapeutics/
 44)treatment\$.tw.
 45)program\$.tw.
 46)therap\$.tw.
 47)adjustment\$.tw.
 48)intervention\$.tw.
 49)39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48
 50)28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38
 51)5 and 11 and 27 and 50 and 49
 52)limit 51 to yr="1996 - 2007"
 53)adolescent/
 54)(youth\$ or juvenile\$ or adolescen\$ or teenage\$.tw.
 55)(young person\$ or young people).tw.
 56)(girl\$ or boy\$.tw.
 57) 53 or 54 or 55 or 56
 58)exp juvenile delinquency/
 59)exp crime/
 60) (offender\$ or delinquen\$ or trouble\$ or violen\$ or crime\$ or
 criminal\$ or aggress\$.tw.
 61)offending.tw.
 62)convicted.tw.
 63)58 or 59 or 60 or 61
 64)institution\$.tw.

- 65)detention\$.tw.
- 66) detention cent\$.tw.
- 67) detention facilit\$.tw.
- 68) prisons/
- 69) prison\$.tw.
- 70) incarcerat\$.tw.
- 71) hospital\$.tw.
- 72) borstal\$.tw.
- 73) correctional\$.tw.
- 74) reformato\$.tw.
- 75) residential.tw.
- 76) children's home\$.tw.
- 77) secure unit\$.tw.
- 78) (correction\$ adj3 facilit\$.tw.
- 79) 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75
or 76 or 77 or 78
- 80) exp conduct disorder/
- 81) social behavior disorder\$.tw.
- 82) exp antisocial personality disorder/
- 83) exp mental disorders/
- 84) exp violence/
- 85) (antisocial adj3 behavior\$.tw.
- 86) (behavior adj3 disorder\$.tw.
- 87) (conduct adj3 disorder\$.tw.
- 88) exp aggression/
- 89) exp anger/
- 90) violent.tw.
- 91) (correction\$ adj3 program\$.tw.
- 92) out of home treatment\$.tw.
- 93) rehabilitat\$.tw.
- 94) group treatment\$.tw.
- 95) exp therapeutics/
- 96) treatment\$.tw.
- 97) program\$.tw.
- 98) therap\$.tw.

- 99) adjustment\$.tw.
- 100) intervention\$.tw.
- 101) 91 or 92 or 93 or 94 or 95 or 96 or 97 or 98 or 99 or 100
- 102) 80 or 81 or 82 or 83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88 or 89 or 90
- 103) 57 and 63 and 79 and 102 and 101
- 104) limit 103 to yr="1996 - 2006"

EMBASE

- 1) Adolescent/
- 2) (youth\$ or juvenile\$ or adolescen\$ or teenage\$).tw.
- 3) (young person\$ or young people).tw.
- 4) (girl\$ or boy\$).tw.
- 5) 1 or 2 or 3 or 4
- 6) exp Juvenile Delinquency/
- 7) exp CRIME/
- 8) (offender\$ or delinquen\$ or trouble\$ or violen\$ or crime\$ or criminal\$ or aggress\$).tw.
- 9) offending.tw.
- 10) convict\$.tw.
- 11) 6 or 7 or 8 or 9 or 10
- 12) institution\$.tw.
- 13) detention\$.tw.
- 14) exp DETENTION/
- 15) exp PRISON/
- 16) prison\$.tw.
- 17) jail\$.tw.
- 18) correctional\$.tw.
- 19) incarcerat\$.tw.
- 20) hospital\$.tw.
- 21) borstal\$.tw.
- 22) reformato\$.tw.
- 23) residential.tw.
- 24) children's home\$.tw.
- 25) secure unit\$.tw.
- 26) (correction\$ adj3 facilit\$).tw.
- 27) 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26
- 28) exp Conduct Disorder/

- 29) social behavior disorder\$.tw.
- 30) exp Psychopathy/
- 31) exp Mental Disease/ 3
- 32) exp VIOLENCE/
- 33) (antisocial adj3 disorder\$).tw.
- 34) (antisocial adj3 behavior\$).tw.
- 35) (behavior adj3 disorder\$).tw.
- 36) (conduct adj3 disorder\$).tw.
- 37) exp Aggression/
- 38) exp ANGER/
- 39) violent\$.tw.
- 40) 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38
or 39
- 41) rehabilitat\$.tw.
- 42) exp Therapy/
- 43) program\$.tw.
- 44) therap\$.tw.
- 45) adjustment\$.tw.
- 46) intervention\$.tw.
- 47) treatment\$.tw.
- 48) 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47
- 49) 5 and 11 and 27 and 40 and 48
- 50) limit 51 to yr="1996 - 2006"

SOCIAL SCIENCES CITATION INDEX (SSCI)

- #1 TS=(youth* OR juvenile* OR adolescen* OR teenage*)
- #2 TS=("young person*" OR "young people")
- #3 TS=(girl* OR boy*)
- #4 #3 OR #2 OR #1
- #5 TS=(juvenile SAME delinquency)
- #6 TS=(offender* OR delinquen* OR trouble* OR viole* OR
crime* OR criminal* OR aggress*)
- #7 TS=offending
- #8 TS=convicted
- #9 #8 OR #7 OR #6 OR #5
- #10 TS=institution*
- #11 TS=detention*
- #12 TS=prison*
- #13 TS=incarcerat*

#14 TS=hospital*
 #15 TS=borstal*
 #16 TS=correctional*
 #17 TS=reformatory*
 #18 TS=residential
 #19 TS="children's home*"
 #20 TS="secure unit*"
 #21 TS=(correction* SAME facilit*)
 #22 #21 OR #20 OR #19 OR #18 OR #17 OR #16 OR #15 OR #14 OR
 #13 OR #12 OR #11 OR #10
 #23 TS=(mental SAME disorder*)
 #24 TS=violence
 #25 TS=(antisocial SAME disorder*)
 #26 TS=(antisocial SAME behavior*)
 #27 TS=(behavior SAME disorder*)
 #28 TS=(conduct SAME disorder*)
 #29 TS=aggression
 #30 TS=anger
 #31 TS=violent
 #32 #31 OR #30 OR #29 OR #28 OR #27 OR #26 OR #25 OR #24 OR
 #23
 #33 TS=(correction* SAME program*)
 #34 TS="out of home treatment*"
 #35 TS=rehabilitat*
 #36 TS="group treatment*"
 #37 TS=therapeutic*
 #38 TS=treatment*
 #39 TS=program*
 #40 TS=therap*
 #41 TS=adjustment*
 #42 TS=intervention*
 #43 #42 OR #41 OR #40 OR #39 OR #38 OR #37 OR #36 OR #35 OR
 #34 OR #33
 #44 #43 AND #32 AND #22 AND #9 AND #4
 #45 limit 44 to yr="1996 - 2006"

CINAHL

S1 ((youth* or juvenile* or adolescen* or teenage*))
 S2 ((young person* or young people))

S3 ((girl* or boy*))
 S4 DE "Human Males"
 S5 DE "Human Females"
 S6 (S5 or S4 or S3 or S2 or S1)
 S7 (DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Female Delinquency" OR DE "Male Delinquency")
 S8 (DE "Crime" OR DE "Arson" OR DE "Child Abuse" OR DE "Driving Under the Influence" OR DE "Drug Distribution" OR DE "Hate Crimes" OR DE "Kidnapping" OR DE "Sex Offenses" OR DE "Theft" OR DE "Vandalism" OR DE "Violent Crime")
 S9 ((offender* or delinquen* or trouble* or violen* or crime* or criminal* or aggress*))
 S10 offending
 S11 convicted
 S12 DE "Predelinquent Youth"
 S13 (S12 or S11 or S10 or S9 or S8 or S7)
 S14 institution*
 S15 detention*
 S16 detention cent*
 S17 detention facilit*
 S18 prison*
 S19 incarcerat*
 S20 hospital*
 S21 borstal*
 S22 correctional*
 S23 reformat*
 S24 residential
 S25 children's home*
 S26 secure unit*
 S27 (DE "Correctional Institutions" OR DE "Prisons" OR DE "Reformatories")
 S28 (S27 or S26 or S25 or S24 or S23 or S22 or S21 or S20 or S19 or S18 or S17 or S16 or S15 or S14)
 S29 DE "Conduct Disorder"
 S30 social behavior disorder*
 S31 DE "Antisocial Personality Disorder"
 S32 (DE "Mental Disorders" OR DE "Adjustment Disorders" OR DE "Affective Disorders" OR DE "Alexithymia" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Autism" OR DE "Chronic Mental Illness" OR DE "Dementia" OR DE "Dissociative Disorders" OR DE "Eating Disorders" OR DE

"Elective Mutism" OR DE "Factitious Disorders" OR DE "Gender Identity Disorder" OR DE "Hysteria" OR DE "Impulse Control Disorders" OR DE "Koro" OR DE "Mental Disorders due to General Medical Conditions" OR DE "Neurosis" OR DE "Paraphilias" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Pervasive Developmental Disorders" OR DE "Pseudodementia" OR DE "Psychosis" OR DE "Schizoaffective Disorder")

S33 aggression

S34 ((aggression* or aggressive))

S35 (DE "Anger" OR DE "Hostility")

S36 violent

S37 serious

S38 chronic

S39 (DE "Antisocial Behavior" OR DE "Child Neglect" OR DE "Criminal Behavior" OR DE "Cruelty" OR DE "Elder Abuse" OR DE "Emotional Abuse" OR DE "Harassment" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Partner Abuse" OR DE "Patient Abuse" OR DE "Persecution" OR DE "Physical Abuse" OR DE "Recidivism" OR DE "Runaway Behavior" OR DE "Sexual Abuse" OR DE "Terrorism" OR DE "Torture" OR DE "Verbal Abuse" OR DE "Violence")

S40 (DE "Behavior Disorders" OR DE "Addiction" OR DE "Attempted Suicide" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Homicide" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Self Mutilation")

S41 DE "Aggressive Behavior"

S42 (S41 or S40 or S39 or S38 or S37 or S36 or S35 or S34 or S33 or S32 or S31 or S30 or S29)

S43 rehabilitat*

S44 group treatment*

S45 therapeutics

S46 (DE "Treatment" OR DE "Aftercare" OR DE "Alternative Medicine" OR DE "Behavior Modification" OR DE "Bibliotherapy" OR DE "Cognitive Techniques" OR DE "Creative Arts Therapy" OR DE "Crisis Intervention Services" OR DE "Cross Cultural Treatment" OR DE "Health Care Services" OR DE "Interdisciplinary Treatment Approach" OR DE "Involuntary Treatment" OR DE "Life Sustaining Treatment" OR DE "Medical Treatment (General)" OR DE "Milieu Therapy" OR DE "Movement Therapy" OR DE "Multimodal Treatment Approach" OR DE "Online Therapy" OR DE "Outpatient Treatment" OR DE "Pain Management" OR DE "Partial Hospitalization" OR DE "Personal Therapy" OR DE "Physical Treatment Methods" OR DE "Preventive

Medicine" OR DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE
 "Psychotherapy" OR DE "Rehabilitation" OR DE "Relaxation Therapy"
 OR DE "Sex Therapy" OR DE "Social Casework" OR DE
 "Sociotherapy" OR DE "Speech Therapy" OR DE "Treatment
 Guidelines")

S47 program*

S48 therap*

S49 (DE "Adjustment" OR DE "Emotional Adjustment" OR DE
 "Occupational Adjustment" OR DE "School Adjustment" OR DE "Social
 Adjustment")

S50 (DE "Intervention" OR DE "Crisis Intervention" OR DE "Early
 Intervention" OR DE "Family Intervention" OR DE "School Based
 Intervention")

S51 (DE "Mental Health Programs" OR DE "Crisis Intervention Services" OR
 DE "Deinstitutionalization" OR DE "Home Visiting Programs" OR DE
 "Hot Line Services" OR DE "Suicide Prevention Centers")

S52 (DE "Outpatient Treatment" OR DE "Outpatient Commitment")

S53 (DE "Rehabilitation" OR DE "Cognitive Rehabilitation" OR DE "Criminal
 Rehabilitation" OR DE "Drug Rehabilitation" OR DE
 "Neuropsychological Rehabilitation" OR DE "Occupational Therapy"
 OR DE "Physical Therapy" OR DE "Psychosocial Rehabilitation")

S54 DE "Juvenile Justice"

S55 (S54 or S53 or S52 or S51 or S50 or S49 or S48 or S47 or S46 or S45
 or S44 or S43)

S56 (S55 and S42 and S28 and S13 and S6)

S57 limit 56 to yr="1996 - 2006"

PsycINFO

S1 ((youth* or juvenile* or adolescen* or teenage*))

S2 ((young person* or young people))

S3 ((girl* or boy*))

S4 DE "Human Males"

S5 DE "Human Females"

S6 (S5 or S4 or S3 or S2 or S1)

S7 (DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Female Delinquency" OR DE
 "Male Delinquency")

S8 (DE "Crime" OR DE "Arson" OR DE "Child Abuse" OR DE "Driving
 Under the Influence" OR DE "Drug Distribution" OR DE "Hate
 Crimes" OR DE "Kidnapping" OR DE "Sex Offenses" OR DE "Theft"

OR DE "Vandalism" OR DE "Violent Crime")

S9 ((offender* or delinquen* or trouble* or violen* or crime* or criminal* or aggress*))

S10 offending

S11 convicted

S12 DE "Predelinquent Youth"

S13 (S12 or S11 or S10 or S9 or S8 or S7)

S14 institution*

S15 detention*

S16 detention cent*

S17 detention facilit*

S18 prison*

S19 incarcerat*

S20 hospital*

S21 borstal*

S22 correctional*

S23 reformato*

S24 residential

S25 children's home*

S26 secure unit*

S27 (DE "Correctional Institutions" OR DE "Prisons" OR DE "Reformatories")

S28 (S27 or S26 or S25 or S24 or S23 or S22 or S21 or S20 or S19 or S18 or S17 or S16 or S15 or S14)

S29 DE "Conduct Disorder"

S30 social behavior disorder*

S31 DE "Antisocial Personality Disorder"

S32 (DE "Mental Disorders" OR DE "Adjustment Disorders" OR DE "Affective Disorders" OR DE "Alexithymia" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Autism" OR DE "Chronic Mental Illness" OR DE "Dementia" OR DE "Dissociative Disorders" OR DE "Eating Disorders" OR DE "Elective Mutism" OR DE "Factitious Disorders" OR DE "Gender Identity Disorder" OR DE "Hysteria" OR DE "Impulse Control Disorders" OR DE "Koro" OR DE "Mental Disorders due to General Medical Conditions" OR DE "Neurosis" OR DE "Paraphilias" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Pervasive Developmental Disorders" OR DE "Pseudodementia" OR DE "Psychosis" OR DE "Schizoaffective Disorder")

S33 aggression

S34 ((aggression* or aggressive))

- S35 (DE "Anger" OR DE "Hostility")
- S36 violent
- S37 serious
- S38 chronic
- S39 (DE "Antisocial Behavior" OR DE "Child Neglect" OR DE "Criminal Behavior" OR DE "Cruelty" OR DE "Elder Abuse" OR DE "Emotional Abuse" OR DE "Harassment" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Partner Abuse" OR DE "Patient Abuse" OR DE "Persecution" OR DE "Physical Abuse" OR DE "Recidivism" OR DE "Runaway Behavior" OR DE "Sexual Abuse" OR DE "Terrorism" OR DE "Torture" OR DE "Verbal Abuse" OR DE "Violence")
- S40 (DE "Behavior Disorders" OR DE "Addiction" OR DE "Attempted Suicide" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Homicide" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Self Mutilation")
- S41 DE "Aggressive Behavior"
- S42 (S41 or S40 or S39 or S38 or S37 or S36 or S35 or S34 or S33 or S32 or S31 or S30 or S29)
- S43 rehabilitat*
- S44 group treatment*
- S45 therapeutics
- S46 (DE "Treatment" OR DE "Aftercare" OR DE "Alternative Medicine" OR DE "Behavior Modification" OR DE "Bibliotherapy" OR DE "Cognitive Techniques" OR DE "Creative Arts Therapy" OR DE "Crisis Intervention Services" OR DE "Cross Cultural Treatment" OR DE "Health Care Services" OR DE "Interdisciplinary Treatment Approach" OR DE "Involuntary Treatment" OR DE "Life Sustaining Treatment" OR DE "Medical Treatment (General)" OR DE "Milieu Therapy" OR DE "Movement Therapy" OR DE "Multimodal Treatment Approach" OR DE "Online Therapy" OR DE "Outpatient Treatment" OR DE "Pain Management" OR DE "Partial Hospitalization" OR DE "Personal Therapy" OR DE "Physical Treatment Methods" OR DE "Preventive Medicine" OR DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE "Psychotherapy" OR DE "Rehabilitation" OR DE "Relaxation Therapy" OR DE "Sex Therapy" OR DE "Social Casework" OR DE "Sociotherapy" OR DE "Speech Therapy" OR DE "Treatment Guidelines")
- S47 program*
- S48 therap*
- S49 (DE "Adjustment" OR DE "Emotional Adjustment" OR DE "Occupational Adjustment" OR DE "School Adjustment" OR DE

"Social Adjustment")

- S50 (DE "Intervention" OR DE "Crisis Intervention" OR DE "Early Intervention" OR DE "Family Intervention" OR DE "School Based Intervention")
- S51 (DE "Mental Health Programs" OR DE "Crisis Intervention Services" OR DE "Deinstitutionalization" OR DE "Home Visiting Programs" OR DE "Hot Line Services" OR DE "Suicide Prevention Centers")
- S52 (DE "Outpatient Treatment" OR DE "Outpatient Commitment")
- S53 (DE "Rehabilitation" OR DE "Cognitive Rehabilitation" OR DE "Criminal Rehabilitation" OR DE "Drug Rehabilitation" OR DE "Neuropsychological Rehabilitation" OR DE "Occupational Therapy" OR DE "Physical Therapy" OR DE "Psychosocial Rehabilitation")
- S54 DE "Juvenile Justice"
- S55 (S54 or S53 or S52 or S51 or S50 or S49 or S48 or S47 or S46 or S45 or S44 or S43)
- S56 (S55 and S42 and S28 and S13 and S6)
- S57 limit 56 to yr="1996 - 2006"

CAMPBELL

- 1) Adolescent/
- 2) (youth* or juvenile* or adolescen* or teenage*).tw.
- 3) (young person* or young people).tw.
- 4) (girl* or boy*).tw.
- 5) 1 or 2 or 3 or 4
- 6) exp Juvenile Delinquency/
- 7) exp CRIME/
- 8) (offender* or delinquen* or trouble* or violen* or crime* or criminal* or aggress*).tw.
- 9) offending.tw.
- 10) convict*.tw.
- 11) 6 or 7 or 8 or 9 or 10
- 12) institution*.tw.
- 13) detention\$.tw.
- 14) exp DETENTION/
- 15) exp PRISON/
- 16) prison*.tw.
- 17) jail*.tw.
- 18) correctional*.tw.
- 19) incarcerat*.tw.

- 20) hospital*.tw.
- 21) borstal*.tw.
- 22) reformatory*.tw.
- 23) residential.tw.
- 24) children's home*.tw.
- 25) secure unit*.tw.
- 26) 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25
- 27) exp Conduct Disorder/
- 28) social behavior disorder*.tw.
- 29) exp Psychopathy/
- 30) exp Mental Disease/ 3
- 31) exp VIOLENCE/
- 32) exp Aggression/
- 33) exp ANGER/
- 34) violent*.tw.
- 35) 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34
- 36) rehabilitat*.tw.
- 37) exp Therapy/
- 38) program*.tw.
- 39) therap*.tw.
- 40) adjustment*.tw.
- 41) intervention*.tw.
- 42) treatment*.tw.
- 43) 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42
- 44) 5 and 11 and 26 and 35 and 43
- 45) limit 44 to yr="1996 - 2006"

COCHRANE

- #1 MeSH descriptor Adolescent explode all trees
- #2 (youth* or juvenile* or adolescen* or teenage*)
- #3 (young person* or young people)
- #4 (girl* or boy*)
- #5 (#1 OR #2 OR #3 OR #4)
- #6 MeSH descriptor Juvenile Delinquency explode all trees
- #7 MeSH descriptor Crime explode all trees
- #8 (offender* or delinquen* or trouble* or violen* or crime* or criminal* or aggress*)
- #9 (offending)

- #10 (convict*)
- #11 (#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10)
- #12 (institution*)
- #13 (detention*)
- #14 (prison*)
- #15 (prison)
- #16 (jail*)
- #17 (correctional*)
- #18 (incarcerat*)
- #19 (hospital*)
- #20 (borstal*)
- #21 (reformatory*)
- #22 (residential)
- #23 (children's home*)
- #24 (secure unit)
- #25 (correction* next facilit*)
- #26 (#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25)
- #27 MeSH descriptor Conduct Disorder explode all trees
- #28 MeSH descriptor Social Behavior Disorders explode all trees
- #29 (psychopathy)
- #30 (mental disease)
- #31 MeSH descriptor Violence explode all trees
- #32 (antisocial next disorder*)
- #33 (antisocial next behavior*)
- #34 (behavior next disorder*)
- #35 (conduct next disorder*)
- #36 MeSH descriptor Aggression explode all trees
- #37 MeSH descriptor Anger explode all trees
- #38 (violent*)
- #39 (#27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38)
- #40 MeSH descriptor Rehabilitation explode all trees
- #41 (therapy)
- #42 MeSH descriptor Program Development explode all trees
- #43 MeSH descriptor Therapeutic Community explode all trees
- #44 MeSH descriptor Adjustment Disorders explode all trees
- #45 MeSH descriptor Intervention Studies explode all trees
- #46 MeSH descriptor Treatment Failure explode all trees
- #47 (#40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46)

- | | |
|-----|---|
| #48 | (#5 AND #11 AND #26 AND #39 AND #47) |
| #49 | (#5 AND #11 AND #26 AND #39 AND #47), from 1996 to 2006 |

Anexo 2. Escala de Jadad

Revisor:	Fecha:
REVISIÓN SISTEMÁTICA: INTERVENCIÓN EN MENORES	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:

	Sí	No	Bonificación
1. ¿Se menciona si el estudio es aleatorizado?			
2. ¿Se menciona si el estudio es doble ciego? (enmascaramiento del tratamiento a pacientes y a investigadores/evaluadores)			
3. ¿Se describen las pérdidas de seguimiento?			

Puntuación final	
------------------	--

Puntuación final: 0 - 5 puntos (a mayor puntuación mayor calidad del estudio)

MÉTODO DE PUNTUACIÓN:

Se da 1 punto para cada Sí y 0 puntos para cada NO.

Se da 1 punto adicional si:

- en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y éste es adecuado
- y/o
- en la pregunta 2 se describe el método de enmascaramiento del paciente y del investigadores y éstos son adecuados

Se resta 1 punto si:

- en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y es inadecuado
- y/o
- en la pregunta 2 el método de enmascaramiento es inadecuado

Escala adaptada de: Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Controlled Clin Trials 1996; 17:1-12

Anexo 3. Escala de Estabrooks

Revisor:	Fecha:
REVISIÓN SISTEMÁTICA: INTERVENCIÓN EN MENORES	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:
DISEÑO Y ASIGNACIÓN	INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
La descripción de la aleatorización fue:	¿Los criterios de inclusión/exclusión estaban claramente definidos?
Adecuada.....2	Sí.....2
Parcial.....1	Parcialmente.....1
Inadecuada.....0	No.....0
¿Crees que ha habido algún tipo de predisposición en la asignación de la intervención?	¿Sabemos cuántos pacientes elegibles fueron excluidos de la selección (no incluidos por razones logísticas, por no haber consentimiento, etc...)?
Sí.....0	Sí.....2
Quizás.....1	Parcialmente.....1
No.....2	No.....0
¿Se evalúa la equivalencia de los grupos a posteriori?	Sub-Total Inclusión y Exclusión: /4
Sí.....1	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN
No.....0	¿Se describe la intervención para el grupo de tratamiento de forma detallada?
Sub-Total Diseño y Asignación: /5	Sí.....2
RECLUTAMIENTO	Parcialmente.....1
¿Está la selección de la muestra adecuadamente descrita?	No.....0
Sí.....1	¿Se describe la intervención para el grupo control de forma detallada?
No.....0	Sí.....2
¿El índice de participación está claramente descrito?	Parcialmente.....1
Sí.....1	No.....0
No.....0	SubTotal Descripción de la Intervención: /4
¿Cuál es el índice de pérdida?	ANÁLISIS ESTADÍSTICO:
<20%.....2	¿Incluye tests?
21-50%.....1	Sí.....1
>50%.....0	No.....0
¿Existe justificación para el tamaño de la muestra?	Significación estadística y/o C.I.
Sí.....2	Sí.....1
No.....0	No.....0
Sub-Total Reclutamiento: /6	¿Es apropiado el análisis estadístico?
	Sí.....1
	No.....0
	¿Se intenta controlar estadísticamente las variables extrañas?
	Sí/NA.....1
	No.....0
	¿Las conclusiones expuestas son razonables y se sustentan en los datos?
	Sí.....2
	Algo.....1
	No.....0
	Sub-Total del Análisis Estadístico : /6

Anexo 4. Escala de Oxman

Revisor:	Fecha:
REVISIÓN SISTEMÁTICA: INTERVENCIÓN EN MENORES	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?

Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: Un tema puede ser definido en términos de la población de estudio, la intervención realizada y los resultados ("outcomes") considerados

2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuados?

Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: La mejor "clase de estudios" es la que se dirige a la pregunta objeto de la revisión y tiene un diseño apropiado

3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y relevantes?

Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA:

- ¿Qué bases de datos bibliográficas se han usado?
- ¿Seguimiento de las referencias?
- ¿Contacto personal con experto?
- ¿Búsqueda también de estudios no publicados?
- ¿Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés?

4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho lo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?

Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce")

5. Si los resultados de la revisión han sido combinados, ¿era razonable hacer eso?

Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: Considera si:

- Los resultados de los estudios eran similares entre sí
- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados
- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados

Estas 5 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al. User's Guides to The Medical Literature. VI. How to use an overview. JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371

Anexo 5. Niveles y Grados de Evidencia

Graduación de la evidencia (Según la jerarquía de evidencia del NICE)

Nivel	Tipo de Evidencia
Ia	Evidencia obtenida de revisiones sistemáticas o meta-análisis.
Ib	Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo controlado y aleatorizado.
IIa	Al menos un estudio controlado sin aleatorización, bien diseñado.
IIb	Al menos un estudio quasi-experimental bien diseñado de otro tipo.
III	Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados como estudios comparativos, de correlación y estudios de casos.
IV	Comités de expertos, artículos de opinión y / o experiencia clínica de autoridades en la materia.

Sistema de graduación para estudios individuales	
Grado I (RCT)	Ia - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados. Ib - potencia. Definición estándar de las medidas de resultados. Ic - ninguna de las anteriores
Grado II. Ensayos controlados no aleatorizados o estudios retrospectivos con control efectivo de las variables de confusión.	IIa - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados y ajuste de los efectos por las principales variables de confusión. IIb – una o más de las anteriores.
Grado III. Resto de estudios	IIIa – grupo de comparación, cálculo del tamaño muestral y potencia, definición estándar de las medidas de resultados. IIIb – al menos 2 de las anteriores. IIIc – ninguna de las anteriores

Anexo 6. Hoja de extracción de datos (RS)

REVISIÓN SISTEMÁTICA:

Objetivo de la revisión:

Búsqueda de estudios primarios:

Bases de datos utilizadas:

Búsqueda manual:

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

Criterios para evaluar la calidad y cómo se aplicaron:

Relevancia del estudio:

Extracción de datos:

Calidad metodológica del estudio:

Datos extraídos de los estudios primarios:

Características generales:

Referentes al diseño del estudio:

Resultados evaluados:

Síntesis de datos:

Diferencias entre los estudios:

Síntesis de datos:

Resumen de los resultados:

Anexo 7. Hoja de extracción de datos (ECA)

PRIMER AUTOR:		Nº ESTUDIO:	REV:
Programa de Intervención			
<i>Participantes</i>			
Diseño			
Reclutamiento			
Inclusión y Exclusión			
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)			
Medidas de resultados			
Análisis Estadístico			
Resultados			
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5):		
	A (máx 2):	C (máx 2):	S (máx 1):
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
NOTAS EN CALIDAD: A = aleatorización; C = cegamiento; S = seguimiento NOTAS EN ASIGNACIÓN: A = adecuado; B = inadecuado; D = desconocido			

Anexo 8. Hoja de extracción de datos (ECNA y otros EC)

PRIMER AUTOR:			Nº ESTUDIO:	REV:
Programa de Intervención				
Participantes				
Diseño				
Reclutamiento				
Inclusión y Exclusión				
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)				
Medidas de resultados				
Análisis Estadístico				
Resultados				
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO:	MEDIO:	ALTO:	
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación /3	Reclutamiento /6	Inclusión y exclusión /4	
	Descripción de la intervención /4	Análisis estadístico /6	Medidas de los Resultados /10	
	Validez total /33	Nivel Evidencia		

Anexo 9. Tabla de evidencia (ECA)

PRIMER AUTOR (año de publicación, país)	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES (N inicio, seguimiento, final)	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA*					
					A	C	S	Q	OA	NE

* A : ALEATORIZACIÓN, C: CEGAMIENTO, S: SEGUIMIENTO, Q: CALIDAD, OA: OCULTACIÓN EN LA ASIGNACIÓN, NE: NIVEL DE EVIDENCIA

Anexo 10. Tabla de evidencia (ECNA y otros EC)

PRIMER AUTOR (año de publicación, país)	TIPO DISEÑO	PARTICIPANTES (N inicio, seguimiento, final)	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA *							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE

* DA: DISEÑO Y ASIGNACIÓN, R: RECLUTAMIENTO, I/E: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, I: INTERVENCIÓN, AE: ANÁLISIS ESTADÍSTICO, R: RESULTADOS, V: VALIDEZ, NE: NIVEL DE EVIDENCIA

Anexo 11. Referencias: Estudios incluidos

ESTUDIOS INCLUIDOS		
Revisiones Sistemáticas (RS)		
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA
78	DOWDEN 2003	Dowden C, Andrews DA. Does Family Intervention Work for Delinquents? Results of a Meta-Analysis. Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice 2003; 45(3): 327-342.
102	FARRINGTON 2005	Farrington DP, Welsh BC. Randomized experiments in criminology: What have we learned in the last two decades? Journal of Experimental Criminology 2005; 1(1): 9-38.
112	GRIETENS 2004	Grietens H, Hellinckx W. Evaluating effects of residential treatment for juvenile offenders by statistical metaanalysis: A review. Aggression & Violent Behavior 2004; 9(4): 401-415.
166	LATIMER 2001	Latimer J. A meta-analytic examination of youth delinquency, family treatment, and recidivism. Canadian Journal of Criminology 2001; 43(2): 237-253.
295	LATIMER 2005	Latimer J, Dowden C, Muise D. The Effectiveness of Restorative Justice Practices: A Meta-Analysis. Prison Journal 2005; 85(2): 127-144.
538	WOOLFENDEN 2001	Woolfenden SR, Williams K, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2001 Issue 2 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 2001.

ESTUDIOS INCLUIDOS		
544	LITTELL 2005	Littell JH, Popa M, Forsythe B. Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005 Issue 4 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 2005.
547	CURTIS 2004	Curtis N, Ronan K, Borduin CM. Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies (Provisional record). Journal of Family Psychology 2004; 18: 411-419.
549	LEES 1999	Lees J, Manning N, Rawlings B. Therapeutic Community Effectiveness. A Systematic International Review of Therapeutic Community Treatment for People with Personality Disorders and Mentally Disordered Offenders, (CRD Report 17). York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. 1999.
562	PETROSINO 2002	Petrosino A, Turpin-Petrosino C, Buehler J. 'Scared Straight' and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency. Campbell Collaboration Library (RIPE), 2002.
563	MITCHELL 2006	Mitchell OJ, Wilson DB, MacKenzie DL. Effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behaviour. University of Cincinnati, USA. Campbell Collaboration Library (RIPE), 2006.
564	WILSON 2005	Wilson DB, George Mason University, USA, and Doris Layton MacKenzie. Effects of Correctional Boot Camps on Offending. Campbell Collaboration Library (RIPE), 2005.
565	LIPSEY 2007	Lipsey M, Landenberger N, Wilson S. Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders. Campbell Collaboration Library (RIPE), 2007.
566	REDONDO 1999	Redondo, S., Sánchez-Meca, y Garrido, V. The influence of treatment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: An European meta-analytic review. Psychology, Crime, & Law 1999; 5: 251-278.

ESTUDIOS INCLUIDOS		
567	REDONDO 2002	Redondo, S., Sánchez-Meca, y Garrido, V. Programas psicológicos con delincuentes y su efectividad: La situación europea. Psicothema 2002; 14 (Supl.): 164-173.
Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)		
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA
38	BIGGAM 2002	Biggam FH, Power KG. A controlled, problem-solving, group-based intervention with vulnerable incarcerated young offenders. International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology 2002; 46(6): 678-698.
156	HAGAN 1997	Hagan MP, Cho ME, Jensen JA, King RP. An assessment of the effectiveness of an intensive treatment program for severely mentally disturbed juvenile offenders. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 1997; 41(4): 340-350.
193	HENGGELER 2006	Henggeler SW, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Randall J, Shapiro SB, Chapman JE. Juvenile Drug Court: Enhancing Outcomes by Integrating Evidence-Based Treatments. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006; 74(1): 42-54.
200	HENGGELER 1996	Henggeler SWA. Multisystemic Therapy: An Effective Violence Prevention Approach for Serious Juvenile Offenders. Journal of Adolescence 1996; 19(1): 47-61.
215	AHRENS 2002	Ahrens J, Rexford L. Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 2002; 6(1): 201-216.
222	SMITH 2002	Smith LL, Griffin JK. Conversations with Delinquents: The Mingling of Meager Dialogues. A Pilot Study. Journal of Correctional Education 2002; 53(4): 127-130.

ESTUDIOS INCLUIDOS		
292	LANE 2005	Lane J, Turner S, Fain T, Sehgal A. Evaluating an Experimental Intensive Juvenile Probation Program: Supervision and Official Outcomes. <i>Crime & Delinquency</i> 2005; 51(1): 26-52.
339	NAKAYA 2004	Nakaya N, Kumano H, Minoda K, Koguchi T, Tanouchi K, Kanazawa M et al. Preliminary study: Psychological effects of muscle relaxation on juvenile delinquents. <i>International Journal of Behavioral Medicine</i> 2004; 11(3): 176-180.
365	OVAERT 2003	Ovaert LB, Cashel ML, Sewell KW. Structured group therapy for posttraumatic stress disorder in incarcerated male juveniles. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 2003; 73(3): 294-301.
426	ROHDE 2004	Rohde P, Jorgensen JS, Seeley JR, Mace DE. Pilot evaluation of the coping course: A cognitive-behavioral intervention to enhance coping skills in incarcerated youth. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> 2004; 43(6): 669-676.
452	SCHAEFFER 2005	Schaeffer CM, Borduin CM. Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Juvenile Offenders. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> 2005; 73(3): 445-453.
477	DEMBO 2001a	Dembo R, Schmeidler J, Seeberger W, Shemwell M, Rollie M, Pacheco K et al. Long-term impact of a family empowerment intervention on juvenile offender psychosocial functioning. <i>Journal of Offender Rehabilitation</i> 2001; 33(1): 59-109.
478	DEMBO 2001b	Dembo R, Ramirez-Garnica G, Schmeidler J, Rollie M, Livingston S, Hartsfield A. Long-term impact of a family empowerment intervention on juvenile offender recidivism. <i>Journal of Offender Rehabilitation</i> 2001; 33(1): 33-57.

ESTUDIOS INCLUIDOS		
479	DEMBO 2000a	Dembo R, Seeberger W, Shemwell M, Schmeidler J, Klein L, Rolie M et al. Psychosocial functioning among juvenile offenders 12 months after family empowerment intervention. Journal of Offender Rehabilitation 2000; 32(1/2): 1-56.
480	DEMBO 2000b	Dembo R, Shemwell M, Pacheco K, Seeberger W, Rolie M, Schmeidler J et al. Longitudinal study of the impact of a family empowerment intervention on juvenile offender psychosocial functioning: An expanded assessment. Journal of Child and Adolescent Substance Abuse 2000; 10(2): 1-7.
Ensayos Clínicos No Aleatorizados (ECNA)		
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA
55	CALDWELL 2005	Caldwell MF, Van Rybroek GJ. Reducing violence in serious juvenile offenders using intensive treatment. International Journal of Law and Psychiatry 2005; 28(6): 622-636.
60	CALDWELL 2006a	Caldwell M, Skeem J, Salekin R, Van Rybroek G. Treatment response of adolescent offenders with psychopathy features - A 2-year follow-up. Criminal Justice and Behavior 2006; 33(5): 571-596.
63	CALDWELL 2006b	Caldwell MF, Vitacco M, Van Rybroek GJ. Are Violent Delinquents Worth Treating?: A Cost-Benefit Analysis. Journal of Research in Crime and Delinquency 2006; 43(2): 148-168.
Estudios Comparativos (EC)		
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA

ESTUDIOS INCLUIDOS		
52	NAS 2005	Nas CN, Brugman D, Koops W. Effects of the EQUIP programme on the moral judgement, cognitive distortions, and social skills of juvenile delinquents. <i>Psychology, Crime & Law</i> 2005; 11(4): 421-434.
71	DESCHENES 1998	Deschenes EP, Greenwood PW. Alternative placements for juvenile offenders: Results from the evaluation of the Nokomis Challenge Program. <i>Journal of Research in Crime & Delinquency</i> 1998; 35(3): 267-294.
115	FLORSHEIM 2000	Florsheim P, Shotorbani S, Guest-Warnick G, Barratt T, Hwang WC. Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. <i>Journal of Clinical Child Psychology</i> 2000; 29(1): 94-107.
172	HAGAN 2001	Hagan MP, Gust-Brey KL, Cho ME, Dow E. Eight-year comparative analyses of adolescent rapists, adolescent child molesters, other adolescent delinquents, and the general population. <i>International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology</i> 2001; 45(3): 314-324.
214	MCMACKIN 2002	McMackin RA, Leisen MB, Sattler L, Krinsley K, Riggs DS. Preliminary development of trauma-focused treatment groups for incarcerated juvenile offenders. <i>Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma</i> 2002; 6(1): 175-199.
260	JAINCHILL 2000	Jainchill N, Hawke J, De Leon G, Yagelka J. Adolescents in therapeutic communities: One-year posttreatment outcomes. <i>Journal of Psychoactive Drugs</i> 2000; 32(1): 81-94.
265	ARNOLD 2003	Arnold EM, Kirk RS, Roberts AC, Griffith DP, Meadows K, Julian J. Treatment of incarcerated, sexually-abused adolescent females: An outcome study. <i>Journal of Child Sexual Abuse</i> 2003; 12(1): 123-139.
299	MITCHELL 2004	Mitchell J, Palmer EJ. Evaluating the 'Reasoning and Rehabilitation' Program for Young Offenders. <i>Journal of Offender Rehabilitation</i> 2004; 39(4): 31-45.

ESTUDIOS INCLUIDOS		
302	SPOONER 2001	Spooner C, Mattick RP, Noffs W. Outcomes of a comprehensive treatment program for adolescents with a substance-use disorder. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 2001; 20(3): 205-213.
328	ARCHWAMETY 2000	Archwamety T, Katsiyannis A. Academic remediation, parole violations, and recidivism rates among delinquent youths. <i>Remedial and Special Education</i> 2000; 21(3): 161-170.
347	NORRBIN 2004	Norrbin SC, Rasmussen DW, Von Frank DM. Using Civil Representation to Reduce Delinquency Among Troubled Youth. <i>Evaluation Review</i> 2004; 28(3): 201-217.
380	PERKINS-DOCK 2001	Perkins-Dock RE. Family interventions with incarcerated youth: A review of the literature. <i>International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology</i> 2001; 45(5): 606-625.
384	SHANE 2003	Shane PA, Jasiukaitis P, Green RS. Treatment outcomes among adolescents with substance abuse problems: the relationship between comorbidities and post-treatment substance involvement. <i>Evaluation and Program Planning</i> 2003; 26(4): 393-402.
387	PULLMANN 2006	Pullmann MA, Kerbs J, Koroloff N, Veach-White E, Gaylor R, Sieler DD. Juvenile offenders with mental health needs: Reducing recidivism using wraparound. <i>Crime & Delinquency</i> 2006; 52(3): 375-397.
389	PUTNINS 1997	Putnins AL. Victim awareness programs for delinquent youths: Effects on moral reasoning maturity. <i>Adolescence</i> 1997; 32(127): 709-714.
392	JONES 2004	Jones CD, Lowe LA, Risler EA. The Effectiveness of Wilderness Adventure Therapy Programs for Young People Involved in the Juvenile Justice System. <i>Residential Treatment for Children & Youth</i> 2004; 22(2): 53-62.

ESTUDIOS INCLUIDOS		
518	TRUPIN 2002	Trupin EW, Stewart DG, Beach B, Boesky L. Effectiveness of dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. Child and Adolescent Mental Health 2002; 7(3): 121-127.
525	TSYTSAREV 2000	Tsytsarev S, Manger J, Lodrini D. The use of reinforcement and punishment on incarcerated and probated substance-abusing juvenile offenders. International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology 2000; 44(1): 22-32.

Anexo 12. Referencias: Estudios excluidos y motivos de exclusión

ESTUDIOS EXCLUIDOS Y MOTIVOS DE EXCLUSIÓN			
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
8	CHAMBERLAIN 1996	Chamberlain P. Community-based residential treatment for adolescents with conduct disorder. <i>Advances in Clinical Child Psychology</i> 1996; 18: 63-90.	Tipo de estudio (diseño)
15	MYERS 2006	Myers K, Valentine J, Morganthaler R, Melzer S. Telepsychiatry with incarcerated youth. <i>Journal of Adolescent Health</i> 2006; 38(6): 643-648.	
22	ABRAMS 2006	Abrams LS. Listening to Juvenile Offenders: Can Residential Treatment Prevent Recidivism? <i>Child & Adolescent Social Work Journal</i> 2006; 23(1): 61-85.	
30	ARMOUR 2005	Armour MP, Schwab J. Reintegrating children into the system of substitute care: Evaluation of the exceptional care pilot project. <i>Research on Social Work Practice</i> 2005; 15(5): 404-417.	
34	AYLWIN 2005	Aylwin AS, Reddon JR, Burke AR. Sexual Fantasies of Adolescent Male Sex Offenders in Residential Treatment: A Descriptive Study. <i>Archives of Sexual Behavior</i> 2005; 34(2): 231-239.	
36	BAILEY 2003	Bailey S. Young offenders and mental health. <i>Current Opinion in Psychiatry</i> 2003; 16(5): 581-591.	
37	BARTH 2005	Barth RP. Residential care: from here to eternity. <i>International Journal of Social Welfare</i> 2005; 14(3): 158-162.	
41	CHAPMAN 2006	Chapman JF, Desai RA, Falzer PR. Mental health service provision in juvenile justice facilities: Pre- and postrelease psychiatric care. <i>Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America</i> 2006; 15(2): 445-458.	
56	BORDUIN 1999	Borduin CM. Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> 1999; 38(3): 242-249.	
81	EASTMAN 2004	Eastman BJ. Assessing the efficacy of treatment for adolescent sex offenders: A cross-over longitudinal study. <i>Prison Journal</i> 2004; 84(4): 472-485.	
100	ERICKSON 2005	Erickson PG, Butters JE. How Does the Canadian Juvenile Justice System Respond to Detained Youth with Substance Use Associated Problems? Gaps, Challenges, and Emerging Issues. <i>Substance Use & Misuse</i> 2005; 40(7): 953-973.	
110	FLORSHEIM 2004	Florsheim P, Behling S, South M, Fowles TR, DeWitt J. Does the Youth Corrections System Work? Tracking the Effectiveness of Intervention Efforts With Delinquent Boys in State Custody. <i>Psychological Services</i> 2004; 1(2): 126-139.	
116	ROGERS 2004	Rogers R, Jackson RL, Sewell KW, Johansen J. Predictors of Treatment Outcome in Dually-Diagnosed Antisocial Youth: An Initial Study of Forensic Inpatients. <i>Behavioral Sciences & the Law</i> 2004; 22(2): 215-222.	

ESTUDIOS EXCLUIDOS Y MOTIVOS DE EXCLUSIÓN			
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
124	BECKER 2004	Becker MG, Hall JS, Ursic CM, Jain S, Calhoun D. Caught in the Crossfire: The effects of a peer-based intervention program for violently injured youth. <i>Journal of Adolescent Health</i> 2004; 34(3): 177-183.	
148	GAVAZZI 2003	Gavazzi SM, Yarcheck C, Rhine EE, Partridge CR. Building bridges between the parole officer and the families of serious juvenile offenders: A preliminary report on a family-based parole program. <i>International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology</i> 2003; 47(3): 291-308.	
149	LARZELERE 2004	Larzelere RE, Daly DL, Davis JL, Chmelka MB, Handwerk ML. Outcome Evaluation of Girls and Boys Town's Family Home Program. <i>Education & Treatment of Children</i> 2004; 27(2): 130-149.	
179	HANDWERK 2000	Handwerk ML, Field CE, Friman PC. The iatrogenic effects of group intervention for antisocial youth: Premature extrapolations? <i>Journal of Behavioral Education</i> 2000; 10(4): 223-238.	
190	KEILEY 2002	Keiley MK. The development and implementation of an affect regulation and attachment intervention for incarcerated adolescents and their parents. <i>Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families</i> 2002; 10(2): 177-189.	
191	GREENWOOD 1996	Greenwood PW. Responding to juvenile crime: Lessons learned. <i>Future of Children</i> 1996; 6(3): 75-85.	
195	RYDER 2001	Ryder D, Kraszian K, Lien D, Allen E, Chiplin T, Dick S et al. The Western Australian Court Diversion Service: Client profile and predictors of program completion, sentencing and re-offending. <i>Psychiatry Psychology & Law</i> 2001; 8(1): 65-75.	
202	BYRNES 1999	Byrnes EI, Hansen KG, Malloy TE, Carter C, Curry D. Reductions in criminality subsequent to group, individual, and family therapy in adolescent residential and day treatment settings. <i>International Journal of Group Psychotherapy</i> 1999; 49(3): 307-322.	
206	BENNINK 2003	Bennink J, Gussak DE, Skowran M. The role of the art therapist in a Juvenile Justice setting. <i>Arts in Psychotherapy</i> 2003; 30(3): 163-173.	
209	HINRICHS 2001	Hinrichs G+. Multidimensional assessment of young male offenders in penal institutions. <i>International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology</i> 2001; 45(4): 478-488.	
220	HUANG 2005	Huang CN, Jou SC, Lai YL. A national survey of juvenile correctional institutions in Taiwan. <i>Journal of Contemporary Criminal Justice</i> 2005; 21(4): 386-405.	
221	BLECHMAN 2000	Blechman EA, Vryan KD. Prosocial family therapy: A manualized preventive intervention for juvenile offenders. <i>Aggression & Violent Behavior</i> 2000; 5(4): 343-378.	

ESTUDIOS EXCLUIDOS Y MOTIVOS DE EXCLUSIÓN			
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
223	HUNTER 2004	Hunter JA, Gilbertson SA, Vedros D, Morton M. Strengthening Community-Based Programming for Juvenile Sexual Offenders: Key Concepts and Paradigm Shifts. Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children 2004; 9(2): 177-189.	
276	BROOME 1996	Broome KM, Knight K, Hiller ML, Simpson DD. Drug treatment process indicators for probationers and prediction of recidivism. Journal of Substance Abuse Treatment 1996; 13(6): 487-491.	
287	INLOCK 2004	Kinlock TW, Gordon MS, Battjes RJ. Pretreatment Illegal Activities of a Nationwide Sample of Adolescent Substance Abuse Clients. Journal of Psychoactive Drugs 2004; 36(1): 5-12.	
288	KINSLER 2004	Kinsler PJ, Saxman A, Fishman DB. The Vermont Defendant Accommodation Project: A Case Study. Psychology, Public Policy, and Law 2004; 10(1): 134-161.	
296	LEONE 2004	Leone PE, Cutting CA. Appropriate Education, Juvenile Corrections, and No Child Left Behind. Behavioral Disorders 2004; 29(3): 260-265.	
298	LEONE 2005	Leone PE, Krezmien M, Mason L, Meisel SM. Organizing and Delivering Empirically Based Literacy Instruction to Incarcerated Youth. Exceptionality 2005; 13(2): 89-102.	
305	LIPSEY 1999	Lipsey MW. Can intervention rehabilitate serious delinquents? Annals of the American Academy of Political and Social Science 1999; 564:142-166.	
310	BUSCH 2000	Busch AB, Shore MF. Seclusion and restraint: A review of recent literature. Harvard Review of Psychiatry 2000; 8(5): 261-270.	
314	HAWKINS 2003	Hawkins MA. Section I: Theory and review. Effectiveness of the Transcendental Meditation program in criminal rehabilitation and substance abuse recovery: A review of the research. Journal of Offender Rehabilitation 2003; 36(1): 47-65.	
320	BORDUIN 2001	Borduin CM, Schaeffer CM. Multisystemic treatment of juvenile sexual offenders: A progress report. Journal of Psychology & Human Sexuality 2001; 13(3): 25-42.	
325	MAGOON 2005	Magoon ME, Gupta R, Derevensky J. Juvenile Delinquency and Adolescent Gambling: Implications for the Juvenile Justice System. Criminal Justice and Behavior 2005; 32(6): 690-713.	
326	MCCURDY 2004	McCurdy BL, McIntyre EK. 'And what about residential...?' Re-conceptualizing residential treatment as a stop-gap service for youth with emotional and behavioral disorders. Behavioral Interventions 2004; 19(3): 137-158.	
327	MEARS 2001	Mears DP, Kelly WR, Durden ED. Findings from a process evaluation of a statewide residential substance abuse treatment program for youthful offenders. Prison Journal 2001; 81(2): 246-270.	

ESTUDIOS EXCLUIDOS Y MOTIVOS DE EXCLUSIÓN			
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
330	FRASER 1997	Fraser MW, Nelson KE, Rivard JC. Effectiveness of family preservation services. Social Work Research 1997; 21(3): 138-153.	
334	MURRAY 2005	Murray LF, Belenko S. CASASTART: A community-based, school-centered intervention for high-risk youth. Substance Use & Misuse 2005; 40(7): 913-933.	
346	CHANG 2005	Chang DC, Cornwell EE, III, Sutton ER, Yonas MA, Allen F. A multidisciplinary youth violence-prevention initiative: impact on attitudes. Journal of the American College of Surgeons 2005; 201(5): 721-723.	
352	NUGENT 1998	Nugent WR, Bruley C, Allen P. The effects of Aggression Replacement Training on antisocial behavior in a runaway shelter. Research on Social Work Practice 1998; 8(6): 637-656.	
353	KRISTIANSSON 2002	Kristiansson M. Risk/need analysis in juvenile delinquents: an integrated multiprofessional longitudinal approach - a clinical pilot project. Acta Psychiatrica Scandinavica 2002; 106:67-70.	
361	NUGENT 1999	Nugent WR, Bruley C, Allen P. The effects of Aggression Replacement Training on male and female antisocial behavior in a runaway shelter. Research on Social Work Practice 1999; 9(4): 466-482.	
362	MOORE 2000	Moore J, DeChillo N, Nicholson B, Genovese A, Sladen S. Flashpoint: An innovative media literacy intervention for high-risk adolescents. Juvenile and Family Court Journal 2000; 51(2): 23-34.	
371	CROWLEY 1998	Crowley TJ, Mikulich SK, MacDonald M, Young SE, Zerbe GO. Substance-dependent, conduct-disordered adolescent males: Severity of diagnosis predicts 2-year outcome. Drug and Alcohol Dependence 1998; 49(3): 225-237.	
377	PARTRIDGE 2001	Partridge CR, Gavazzi SM, Rhine EE. Working with the families of serious juvenile offenders: The Growing Up FAST parole program. Contemporary Family Therapy: An International Journal 2001; 23(4): 403-417.	
383	POMEROY 2001	Pomeroy EC, Green DL, Kiam R. Female juvenile offenders incarcerated as adults: A psychoeducational group intervention. Journal of Social Work 2001; 1(1): 101-115.	
400	MOORE 2001	Moore KJ, Sprengelmeyer PG, Chamberlain P. Community-based treatment for adjudicated delinquents: The Oregon Social Learning Center's 'Monitor' Multidimensional Treatment Foster Care program. Residential Treatment for Children & Youth 2001; 18(3): 87-97.	
409	RICE 1997	Rice ME. Violent offender research and implications for the criminal justice system. American Psychologist 1997; 52(4): 414-423.	

ESTUDIOS EXCLUIDOS Y MOTIVOS DE EXCLUSIÓN			
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
410	LARSON 1998	Larson JD, Calamari JE, West JG, Frevert TA. Aggression management with disruptive adolescents in the residential setting: Integration of a cognitive-behavioral component. Residential Treatment for Children & Youth 1998; 15(4): 1-9.	
416	RICHARDS 1996	Richards I, Sullivan A. Psychotherapy for delinquents? Journal of Adolescence 1996; 19(1): 63-73.	
421	MOSSERI 1998	Mosseri R. Changing the culture of violence: A seven-day admission to a secure unit provides a powerful norm in residential care. Residential Treatment for Children & Youth 1998; 16(1): 1-9.	
433	ANÓNIMO 2006	Teens caught in the middle: juvenile justice system and treatment. Brown University Child & Adolescent Behavior Letter 2006; 22(1): 4-6.	
436	KIRKWOOD 2003	Kirkwood S. Practicing restraint. Children's Voice 2003; 12(5): 14-19.	
441	SMITH 2006	Smith PN, Sams MW. Neurofeedback with juvenile offenders: A pilot study in the use of QEEG-based and analog-based remedial neurofeedback training. Journal of Neurotherapy 9(3): 87-99.	
448	RYAN 2005	Ryan JP, Yang H. Family Contact and Recidivism: A Longitudinal Study of Adjudicated Delinquents in Residential Care. Social Work Research 2005; 29(1): 31-39.	
461	SIMON 1998	Simon LMJ. Does criminal offender treatment work? Applied & Preventive Psychology 1998; 7(3): 137-159.	
474	ALEXANDER 1998	Alexander J, Barton C, Gordon D, Grotper J, Hansson K, Harrison R et al. Blueprints model programs: Functional family therapy (FFT). Book Three. 1998. Center for the Study and Prevention of Violence. Blueprints for Violence Prevention.	
470	SLAVET 2005	Slavet JD, Stein LAR, Klein JL, Colby SM, Barnett NP, Monti PM. Piloting the Family Check-Up With Incarcerated Adolescents and Their Parents. Psychological Services 2005; 2(2): 123-132.	
474	CHAMBERLAIN 1998	Chamberlain P, Mihalic SF. Blueprints model programs: multidimensional treatment foster care (mtfc). Book Eight. 1998. Center for the Study and Prevention of Violence. Blueprints for Violence Prevention	
489	SMITH 1997	Smith T. PAVE-ing (Program Against Violent Events) the way to violence prevention: community, hospital develop peer mentoring. Health Care Strategic Management 1997; 15(11): 18-20.	
495	HENGGELE 1998	Henggeler SW, Mihalic SF, Rone L, Thomas C, Timmons-Mitchell J. Blueprints model programs: Multisystemic therapy (MST). Book Six. 1998. Center for the Study and Prevention of Violence. Blueprints for Violence Prevention.	

ESTUDIOS EXCLUIDOS Y MOTIVOS DE EXCLUSIÓN			
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
496	STATHIS 2005	Stathis S, Martin G, McKenna JG. A preliminary case series on the use of quetiapine for posttraumatic stress disorder in juveniles within a youth detention center. Journal of Clinical Psychopharmacology 2005; 25(6): 539-544.	Tipo de intervención
16	BROWN 2006	Brown SL, Ireland CA. Coping style and distress in newly incarcerated male adolescents. Journal of Adolescent Health 2006; 38(6): 656-661.	
57	BOTTCHER 2005	Bottcher J, Ezell ME. Examining the Effectiveness of Boot Camps: A Randomized Experiment with a Long-Term Follow Up. Journal of Research in Crime and Delinquency 2005; 42(3): 309-332.	
125	FRANKLIN 2002	Franklin GA, Pucci PS, Arbabi S, Brandt M-M, Wahl WL, Taheri PA et al. Decreased juvenile arson and firesetting recidivism after implementation of a multidisciplinary prevention program. Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care 2002; 53(2): 260-266.	
194	GOLDSTEIN 2003	Goldstein NE, Arnold DH, Weil J, Mesiarik CM, Peuschold D, Grisso T et al. Comorbid symptom patterns in female juvenile offenders. International Journal of Law and Psychiatry 2003; 26(5): 565-582.	
218	FREY 2002	Frey ED, Epkins CC. Examining cognitive models of externalizing and internalizing problems in subgroups of juvenile delinquents. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 2002; 31(4): 556-566.	
259	WEISZ 2002	Weisz V, Lott RC, Thai ND. A teen court evaluation with a therapeutic jurisprudence perspective. Behavioral Sciences & the Law 2002; 20(4): 381-392.	
279	KATSIYANNIS 1997	Katsiyannis A, Archwamety T. Factors related to recidivism among delinquent youths in a state correctional facility. Journal of Child and Family Studies 1997; 6(1): 43-55.	
300	AUFFREY 1999	Auffrey C, Fritz JM, Lin B, Bistak P. Exploring differences between violent and nonviolent juvenile offenders using juvenile corrections facility client records. Journal of Educational and Psychological Consultation 1999; 10(2): 129-143.	
324	MACKENZIE 2001	MacKenzie DL, Wilson DB, Armstrong GS, Gover AR. The impact of boot camps and traditional institutions on juvenile residents: Perceptions, adjustment, and change. Journal of Research in Crime and Delinquency 2001; 38(3): 279-313.	
333	HICKS 2000	Hicks MM, Rogers R, Cashel M. Predictions of violent and total infractions among institutionalized male juvenile offenders. Journal of the American Academy of Psychiatry & the Law 2000; 28(2): 183-190.	
382	PETROSINO 2000	Petrosino A, Turpin-Petrosino C, Finckenauer JO. Well-meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments of programs such as Scared Straight. Crime & Delinquency 2000; 46(3): 354-379.	

ESTUDIOS EXCLUIDOS Y MOTIVOS DE EXCLUSIÓN			
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
498	STYVE 2000	Styve GJ, MacKenzie DL, Gover AR, Mitchell O. Perceived conditions of confinement: A national evaluation of juvenile boot camps and traditional facilities. Law and Human Behavior 2000; 24(3): 297-308.	
499	TEPLIN 2005	Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Washburn JJ, Pikus AK. Detecting Mental Disorder in Juvenile Detainees: Who Receives Services. American Journal of Public Health 2005; 95(10): 1773-1780.	
507	LITZELFELNER 2001	Litzelfelner P. Use of citizen review boards with juvenile offender cases: An evaluation of the effectiveness of a pilot program. Juvenile and Family Court Journal 2000; 52(1): 1-9.	
117	FOLEY 2001	Foley RM. Academic characteristics of incarcerated youth and correctional education programs: A literature review. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2001; 9(4): 248-259.	Tipo de medidas de resultado
267	ARMSTRONG 2002	Armstrong TA. The effect of environment on the behavior of youthful offenders: A randomized experiment. Journal of Criminal Justice 2002; 30(1): 19-28.	
329	MEISEL 2001	Meisel JS. Relationships and juvenile offenders: The effects of intensive aftercare supervision. Prison Journal 2001; 81(2): 206-245.	
497	STEIN 2006	Stein LAR, Colby SM, Barnett NP, Monti PM, Golembeske C, Lebeau-Craven R et al. Enhancing Substance Abuse Treatment Engagement in Incarcerated Adolescents. Psychological Services 2006; 3(1): 25-34.	
39	SAKAI 2006	Sakai JT, Mikulich-Gilbertson SK, Crowley TJ. Adolescent inhalant use among male patients in treatment for substance and behavior problems: Two-year outcome. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 2006; 32(1): 29-40.	Tipo de participantes
44	MASI 2006	Masi G, Milone A, Canepa G, Millepiedi S, Mucci M, Muratori F. Olanzapine treatment in adolescents with severe conduct disorder. European Psychiatry 2006; 21(1): 51-57.	
47	BOGAERTS 2004	Bogaerts S, Vervaeke G, Goethals J. A Comparison of Relational Attitude and Personality Disorders in the Explanation of Child Molestation. Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment 2004; 16(1): 37-47.	
69	CONNOR 2003	Connor DF, Boone RT, Steingard RJ, Lopez ID, Melloni RH. Psychopharmacology and aggression: II. A meta-analysis of nonstimulant medication effects on overt aggression-related behaviors in youth with SED. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2003; 11(3): 157-168.	
70	CHAMBERLAIN 1998	Chamberlain P, Reid JB. Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1998; 66(4): 624-633.	

ESTUDIOS EXCLUIDOS Y MOTIVOS DE EXCLUSIÓN			
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
72	DI PLACIDO 2006	Di Placido C, Simon TL, Witte TD, Gu D, Wong SCP. Treatment of Gang Members Can Reduce Recidivism and Institutional Misconduct. Law and Human Behavior 2006; 30(1): 93-114.	
75	LINDSAY 2005	Lindsay WR, Taylor JL. A Selective Review of Research on Offenders with Developmental Disabilities: Assessment and Treatment. Clinical Psychology & Psychotherapy 2005; 12(3): 201-214.	
83	EDDY 2000	Eddy JM, Chamberlain P. Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. Journal of Consulting & Clinical Psychology 2000; 68(5): 857-863.	
88	EDDY 2004	Eddy JM, Whaley RB, Chamberlain P. The prevention of violent behavior by chronic and serious male juvenile offenders: A 2-year follow-up of a randomized clinical trial. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2004; 12(1): 2-8.	
90	HAHN 2005	Hahn RA, Bilukha O, Lowy J, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A et al. The Effectiveness of Therapeutic Foster Care for the Prevention of Violence: A Systematic Review. American Journal of Preventive Medicine 2005; 28(2): 72-90.	
99	EDWARDS 2005	Edwards R, Beech A, Bishopp D, Erikson M, Friendship C, Charlesworth L. Predicting dropout from a residential programme for adolescent sexual abusers using pre-treatment variables and implications for recidivism. Journal of Sexual Aggression 2005; 11(2): 139-155.	
121	CHAMBERLAIN 2003	Chamberlain P. The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model: Features, Outcomes, and Progress in Dissemination. Cognitive & Behavioral Practice 2003; 10(4): 303-312.	
128	FRENCH 2006	French SA, Gendreau P. Reducing prison misconducts - What works! Criminal Justice and Behavior 2006; 33(2): 185-218.	
132	MILLER-JOHNSON 2004	Miller-Johnson S, Sullivan TN, Simon TR. Evaluating the impact of interventions in the Multisite Violence Prevention Study - Samples, procedures, and measures. American Journal of Preventive Medicine 2004; 26: 48-61.	
143	FRIEDRICH 2005	Friedrich WN, Baker AJL, Parker R, Schneiderman M, Gries L, Archer M. Youth with problematic sexualized behaviors in the child welfare system: A one-year longitudinal study. Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment 2005; 17(4): 391-406.	
145	FRIMAN 1996	Friman PC, Osgood DW, Smith G, Shanahan D, Thompson RW, Larzelere R et al. A longitudinal evaluation of prevalent negative beliefs about residential placement for troubled adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology 1996; 24(3): 299-324.	

ESTUDIOS EXCLUIDOS Y MOTIVOS DE EXCLUSIÓN			
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
147	GALAIF 2001	Galaif ER, Hser YI, Grella CE, Joshi V. Prospective risk factors and treatment outcomes among adolescents in DATOS-A. Journal of Adolescent Research 2001; 16(6): 661-678.	
167	STEINER 2003	Steiner H, Saxena K, Chang K. Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. Cns Spectrums 2003; 8(4): 298-308.	
175	ORLANDO 2003	Orlando M, Chan KS, Morral AR. Retention of court-referred youths in residential treatment programs: client characteristics and treatment process effects. American Journal of Drug & Alcohol Abuse 2003; 29(2): 337-357.	
284	KRONER 2004	Kroner DG, Mills JF. The Criminal Attribution Inventory: A Measure of Offender Perceptions. Journal of Offender Rehabilitation 2004; 39(4): 15-29.	
285	BRETELER 1996	Breteler MHM, Van den Hurk AA, Schippers GM, Meerkerk G-J. Enrollment in a drug-free detention program: The prediction of successful behavior change of drug-using inmates. Addictive Behaviors 1996; 21(5): 665-669.	
301	LESURE-LESTER 2002	LeSure-Lester GE. An application of cognitive-behavior principles in the reduction of aggression among abused African American adolescents. Journal of Interpersonal Violence 2002; 17(4): 394-402.	
307	LOZA 2004	Loza W, Conley M, Warren B. Concurrent Cross-Validation of the Self-Appraisal Questionnaire: A Tool for Assessing Violent and Nonviolent Recidivism and Institutional Adjustment on a Sample of North Carolina Offenders. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 2004; 48(1): 85-95.	
332	MOSHER 2006	Mosher C, Phillips D. The Dynamics of a Prison-Based Therapeutic Community for Women Offenders: Retention, Completion, and Outcomes. Prison Journal 2006; 86(1): 6-31.	
335	GOVER 2000	Gover AR, MacKenzie DL, Styve GJ. Boot camps and traditional correctional facilities for juveniles: A comparison of the participants, daily activities, and environments. Journal of Criminal Justice 2000; 28(1): 53-68.	
364	NUGENT 1997	Nugent WR, Champlin D, Wiinimaki L. The effects of anger control training on adolescent antisocial behavior. Research on Social Work Practice 1997; 7(4): 446-462.	
399	HANSEN 1996	Hansen WB. Pilot test results comparing the All Star program with seventh grade D.A.R.E.: Program integrity and mediating variable analysis. Substance Use & Misuse 1996; 31(10): 1359-1377.	
404	REY 1998	Rey JM, Denshire E, Wever C, Apollonov I. Three-year outcome of disruptive adolescents treated in a day program. European Child & Adolescent Psychiatry 1998; 7(1): 42-48.	

ESTUDIOS EXCLUIDOS Y MOTIVOS DE EXCLUSIÓN			
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
425	RIVARD 2003	Rivard JC, Bloom SL, Abramovitz R, Pasquale LE, Duncan M, McCorkle D et al. Assessing the implementation and effects of a trauma-focused intervention for youths in residential treatment. <i>Psychiatric Quarterly</i> 2003; 74(2): 137-154.	
429	NIELSEN 1996	Nielsen AL, Scarpitti FR, Inciardi JA. Integrating the therapeutic community and work release for drug-involved offenders. <i>The CREST Program. Journal of Substance Abuse Treatment</i> 1996; 13(4): 349-358.	
438	RUFFOLO 2004	Ruffolo MC, Sarri R, Goodkind S. Study of delinquent, diverted, and high-risk adolescent girls: Implications for mental health intervention. <i>Social Work Research</i> 2004; 28(4): 237-245.	
457	SCHOLTE 2000	Scholte EM, van der Ploeg JD. Exploring factors governing successful residential treatment of youngsters with serious behavioural difficulties: Findings from a longitudinal study in Holland. <i>Childhood: A Global Journal of Child Research</i> 2000; 7(2): 129-153.	
473	BURGHARDT 2001	Burghardt J, Schochet PZ, McConnell S, Johnson T, Gritz RM, Glazerman S et al. Does Job Corps Work? Summary of the National Job Corps Study. Summary Report. 2001-06-00.	
486	FOSHEE 1998	Foshee VA, Bauman KE, Arriaga XB, Helms, R.W., Koch GG et al. An evaluation of Safe Dates, an adolescent dating violence prevention program. <i>American Journal of Public Health</i> 1998; 88(1): 45-50.	
510	TISSUE 1998	Tissue R, Korz A. Making a successful transition: effects of a treatment-based and school-based program on emotionally troubled children and their adjustment to new placements. <i>Child Psychiatry & Human Development</i> 1998; 28(3): 199-210.	
513	MCCONNELL 2001	McConnell S, Glazerman S. National Job Corps Study: The Benefits and Costs of Job Corps. Princeton, N.J.: Mathematica Policy Research, Inc., June 2001.	
529	VAN BOKHOVEN 2006	van Bokhoven I, Matthys W, van Goozen SHM, van Engeland H. Adolescent outcome of disruptive behaviour disorder in children who had been treated in in-patient and day-treatment settings. <i>European Child & Adolescent Psychiatry</i> 2006; 15(2): 79-87	
530	WEINROTT 1997	Weinrott MR, Riggan M, Frothingham S. Reducing deviant arousal in juvenile sex offenders using vicarious sensitization. <i>Journal of Interpersonal Violence</i> 1997; 12(5): 704-728.	
533	ZUN 2006	Zun LS, Downey L, Rosen J. The effectiveness of an ED-based violence prevention program. <i>American Journal of Emergency Medicine</i> 2006; 24(1): 8-13.	
32	ARMSTRONG 2003	Armstrong TA. The Effect of Moral Reconation Therapy on the Recidivism of Youthful Offenders: A Randomized Experiment. <i>Criminal Justice and Behavior</i> 2003; 30(6): 668-687.	Incluido en la Revisión Sistemática de

ESTUDIOS EXCLUIDOS Y MOTIVOS DE EXCLUSIÓN			
Ref ID	AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
			FARRINGTON 2005 ID = 102
197	HENGGELE 1997	Henggeler SW, Melton GB, Brondino MJ, Scherer DG, Hanley JH. Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1997; 65(5): 821-833.	Incluido en las Revisiones Sistemáticas de LITTEL 2005 ID = 544, CURTIS 2004 ID = 547, WOOLFENDEN 2001 ID = 538
252	FRIEDMAN 2002	Friedman AS, Terras A, Glassman K. Multimodel substance use intervention program for male delinquents. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse 2002; 11(4): 43-65.	Incluido en la Revisión Sistemática de LIPSEY 2007 ID = 565
458	SEALOCK 1997	Sealock MD, Gottfredson DC, Gallagher CA. Drug treatment for juvenile offenders: Some good and bad news. Journal of Research in Crime & Delinquency 1997; Vol. 34(2): 210-236.	Incluido en la Revisión Sistemática de MITCHELL 2006 ID= 563
512	MC COLD 1998	McCold P, Wachtel T. Restorative policing experiment: The Bethlehem Pennsylvania police family group conferencing project. Pipersville, PA: Community Service Foundation. 1998.	Incluido en la Revisión Sistemática de FARRINGTON 2005 ID = 102
531	WOOLFENDEN 2002	Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. Archives of Disease in Childhood 2002; 86(4): 251-256.	Se extraen los datos de WOOLFENDEN 2001 (versión más amplia)

Anexo 13. Referencias: Estudios en curso (ONGOING)

AUTOR Y AÑO	REFERENCIA
ANDREASSEN 2006	Andreassen TH, Armelius B, Egelund T, Ogden T. Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. Campbell Collaboration Library-RIPE 2006.
GADON 2005	Gadon L, Cooke D J, Johnstone L. Institutional Violence: A systematic review and meta-analysis of the impact of situational factors on violence. Campbell Collaboration Library-RIPE 2005.
GARRIDO 2003	Garrido V, Morales L A. Serious (violent and chronic) juvenile offenders: A systematic review of treatment effectiveness in secure corrections. Campbell Collaboration Library-RIPE 2003.
LITTELL 2007	Littell JH, Winsvold A, Bjørndal A, Hammerstrøm KT. Functional Family Therapy for families of youth (age 11-18) with behaviour problems. Campbell Collaboration Library-RIPE 2007.
SCOTT 2006	Scott, D. The effectiveness of Criminal Justice Liaison and Diversion Services (CJLDS) for mentally disordered offenders. Campbell Collaboration Library-RIPE 2006.

Anexo 14. Características de las revisiones incluidas (RSs):

Anexo 14.1. Incluyen medidas de salud mental y reincidencia

Revisor: MG/JP	Fecha: 17/04/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 112	Primer autor: GRIETENS
Fecha de publicación: 2003	Revista: Agresion and Violent Behavior

Objetivo de la revisión:

Los objetivos de la revisión fueron: averiguar, mediante un metanálisis, el tamaño del efecto en el tratamiento residencial para jóvenes infractores, discutir las ventajas e inconvenientes de este método de síntesis en este campo, y aportar elementos clave para enfocar futuras síntesis.

Búsqueda de estudios primarios:

Bases de datos utilizadas: Durante el periodo comprendido entre 1985 y 1999 se buscó en las siguientes bases de datos electrónicas: PsycInfo, Criminal Justice Abstracts y Medline. Se utilizaron las siguientes palabras claves: meta-análisis, delincuencia juvenil, agresión, violento, delincuente y tratamiento residencial.

Búsqueda manual: Los estudios meta-analíticos sobre intervenciones para infractores fueron catalogados usando las bibliografías de artículos de revisión y manuales de Psicopatología y Criminología.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Criterios de inclusión: Se incluyeron estudios donde sus participantes eran jóvenes que habían realizado actos violentos y agresivos, se aplicaba una intervención y se medía ajuste psicológico y reincidencia.
- Criterios de exclusión: Se excluyeron los estudios donde se aplicaban intervenciones basadas en la comunidad.

Criterios para evaluar la calidad y cómo se aplicaron:

Relevancia del estudio: No se describe

Extracción de datos: No se describe

Calidad metodológica del estudio: No se describe

Datos extraídos de los estudios primarios:

Características generales: Se obtuvieron cinco meta-análisis. Se realizó una revisión narrativa de cada uno de los metanálisis incluidos.

- Garrett (1985): Se calculó el tamaño del efecto general de 58 estudios de jóvenes infractores que recibieron tratamiento residencial. Eran estudios con un diseño comparativo o pre/post. Los estudios se llevaron a cabo en una institución o residencia comunitaria de EEUU. Durante 1960 y 1983. La media de edad de los participantes fue de 15.8 años (SD = 1.6 años). Las medidas de resultados sobre efectividad que se encontraron fueron las siguientes: reincidencia, ajuste institucional, ajuste psicológico, ajuste comunitario y ajuste académico.
- Lösel and Köferl (1989): Incluye 16 estudios realizados en el oeste de Alemania entre 1977 y 1987. Todos los infractores fueron tratados en prisiones socio terapéuticas. El objetivo de estas intervenciones era reducir los déficit en habilidades de la vida diaria a través de modelos de entrenamiento social. En todos los estudios se realizó una comparación entre efectos del tratamiento en prisiones normales y socio terapéuticas. Las medidas de resultados evaluadas fueron variables de personalidad y reincidencia.
- Redondo et al. (1997, 1999): Los autores incluyeron 49 estudios realizados en seis países europeos entre 1982 y 1991. Trece estudios trataban exclusivamente de efectos del tratamiento en centros residenciales, particularmente en un centro juvenil reformativo y en prisiones juveniles o de adultos. La media de edad de los participantes fue de 19 años. Los estudios se seleccionaron según los siguientes criterios: (1) los programas eran aplicados a sujetos que estaban bajo el sistema de justicia criminal, (2) usaban una estrategia orientada en la rehabilitación, (3) incorporaban un diseño de evaluación científica que permitía comparar entre grupo de tratamiento y control o entre medidas pre/post, y (4) incluían datos suficientes para calcular el tamaño del efecto.
- Lipsey (1992) y Lipsey y Wilson (1998): Seleccionaron 200 estudios por características generales del estudio (p.ej., año de publicación y

autor principal), características de los jóvenes en tratamiento (edad y raza), tratamiento y características del programa (tipo de tratamiento y media de horas por semana de tratamiento), métodos y procedimientos (procedimiento de asignación a los grupos y tamaño de la muestra). Los programas y sus efectos fueron llevados a cabo principalmente en Norte América entre 1950 y 1995. Los autores hicieron una distinción entre los efectos del tratamiento entre jóvenes infractores institucionalizados (83 estudios) y no institucionalizados (117 estudios). La única medida de resultado fue la reincidencia. La variable “tipo de tratamiento” para infractores institucionalizados incluyó las siguientes categorías: asesoramiento, habilidades de orientación, tratamiento conductual, tratamiento residencial comunitario, grupos guiados y terapia del entorno, y otros tipos de tratamiento. La media de edad de los participantes era de 14 a 17 años.

- Dowden y Andrews (1999): Fueron incluidos 134 estudios primarios. Todos los estudios evaluaron los efectos de los programas de justicia y de intervención correccional en Norte América para jóvenes infractores menores de 18 años. Cuatro variables principales fueron consideradas en el metanálisis: el principio del servicio humano, principio de riesgo, principio de necesidad y principio de responsividad. La reincidencia fue elegida como medida de resultado para evaluar el efecto de los programas.

Síntesis de datos:

Para resumir las conclusiones de los cinco metanálisis sobre los efectos del tratamiento residencial en infractores juveniles, se calculó la media total de las medias generales y los tamaños del efecto de la reincidencia. El tratamiento de jóvenes infractores produjo una reducción media de la reincidencia de un 9% aproximadamente. Esta reducción es muy baja comparada con los efectos generales de la psicoterapia en los trastornos del comportamiento y emocionales en la gente joven (Lipsey y Wilson, 1993; Lösel, 1996). Esto demuestra que el comportamiento delincuente es difícil de tratar. Por otra parte, si se comparan los efectos del tratamiento para los infractores juveniles y los efectos del tratamiento en el campo médico (p.ej., los efectos de tratamiento del cáncer o cirugía de bypass) demuestran resultados similares y no parecen tan bajos (Lipsey y Wilson, 1993; McGuire y Priestley, 1995).

La Reincidencia es un resultado muy conservador, midiendo la generalización de los efectos del tratamiento en un cierto plazo,

mientras que los cambios del comportamiento y actitud de los jóvenes durante el tratamiento informan sobre los efectos directos del programa de tratamiento.

Los metanálisis europeos muestran un tamaño del efecto más bajo que los de Norte América. Estas diferencias podrían deberse a las características de los estudios implicados. Los metanálisis americanos incluyeron más estudios primarios que los europeos. Las diferencias entre las culturas, los sistemas judiciales y la intervención policial también podrían influir en los resultados obtenidos.

Revisor: MG/JP	Fecha: 10/05/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 538	Primer autor: WOOLFENDEN
Fecha de publicación: 2001	Revista: La Colaboración Cochrane

Objetivo de la revisión:

Determinar si las intervenciones dirigidas a la familia y a los padres mejoran la conducta de niños/adolescentes, la salud mental de los padres, el funcionamiento familiar y las relaciones, y si tienen un efecto sobre los resultados psicosociales a largo plazo del niño/adolescente.

Búsqueda de estudios primarios:

Bases de datos utilizadas: Registro de Ensayos controlados de Cochrane (Biblioteca Cochrane, volumen 2, 1999), Medline (de 1966 a julio de 1999), EMBASE (de 1988 a julio de 1999), CINAHL (de 1982 a marzo de 1999) Psych Info (de 1984 a Enero de 1999), Sociofile (de 1974 a junio de 1999), ERIC (de 1966 a junio de 1999) y Healthstar (de 1975 a julio de 1999).

Búsqueda manual: Otras fuentes de información fueron bibliografías de revisiones sistemáticas y no sistemáticas y un listado de referencias de artículos identificados a través de la estrategia de búsqueda. Para conseguir los artículos no publicados se contactó con los autores a través de correo ordinario. No hubo restricciones del lenguaje.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Tipos de estudios:
 - Los estudios debían ser ensayos controlados aleatorizados.
- Tipos de participantes:
 - Se consideraron niños y adolescentes con edades entre 10 y 17 años, con trastorno de conducta y/o delincuencia, junto con sus familias. El trastorno de conducta se definió mediante una evaluación psicológica estandarizada o mediante un diagnóstico psiquiátrico. La delincuencia se definió mediante una remisión de la Justicia Juvenil o de otro Sistema Legal para niños/adolescentes que hayan cometido un delito grave (como asalto) o que hayan tenido infracciones por lo menos en dos ocasiones.
 - Se excluyeron los estudios en donde los participantes cometieron solamente delitos sexuales o relacionados con drogas.

- Tipos de intervención:
 - Los tipos de intervenciones que se consideraron fueron: Entrenamiento de padres, Terapia familiar; Terapia Multisistémica (TMS), Intervención multidimensional de adopción temporal (IMAT). Se requería que tuvieran un grupo control, el cual podía ser un grupo sin intervención, un grupo en lista de espera o un grupo que recibiera la intervención habitual.
- Tipos de medidas de resultado:
 - El foco principal de la intervención de estudio era sobre el funcionamiento de los padres y/o de la familia. Había por lo menos una medida objetiva de resultados (por ejemplo, tasa de arrestos) o resultados psicosociales (como funcionamiento familiar) mediante una medida publicada en publicaciones revisadas por pares y validada para los propósitos relevantes.
 - Dentro de los instrumentos empleados para medir estos resultados se incluyen: una medida que haya sido publicada en publicaciones revisadas por pares y validadas para medir el trastorno de conducta/delinuencia y medidas objetivas.

Criterios para evaluar la calidad y cómo se aplicaron:

Relevancia del estudio: Los títulos y abstracts de la búsqueda fueron leídos por un revisor. Los artículos que claramente no cumplían con los criterios de inclusión, según el título o abstract, fueron rechazados. Los artículos fueron obtenidos y revisados por dos revisores según los criterios de inclusión.

Extracción de datos: Fue realizada por dos revisores. La información extraída incluía lugar del estudio, método, detalles de los participantes, tipo de intervención y resultado. Los datos se basaron en factores de riesgos conocidos y resultados adversos para chicos y adolescentes con trastornos de conducta y delincuencia.

Calidad metodológica del estudio: La calidad metodológica y la adecuación de los estudios considerados fueron evaluadas por dos revisores según el manual de Cochrane. Algunas diferencias fueron discutidas por un tercer revisor. Las evaluaciones fueron basadas en la ocultación de la asignación, cegamiento en la evaluación de los resultados, informe de los resultados clínicamente importantes y finalización del seguimiento.

Datos extraídos de los estudios primarios:

Características generales: De los novecientos setenta títulos que se identificaron inicialmente mediante la estrategia de búsqueda, hubo ocho ensayos que cumplieron los criterios de inclusión. Se asignó al azar un total de 749 niños con sus familias a una intervención dirigida a padres y a la familia o a un grupo control. En siete de estos estudios, los participantes eran delincuentes juveniles con sus familias, y solamente en uno, los participantes eran niños/adolescentes con trastornos de conducta que aún no habían tenido contacto con el sistema juvenil de justicia.

Referentes al diseño del estudio: Todos los estudios fueron ensayos controlados aleatorizados. Cuatro de los ocho estudios que habían usado asignación aleatoria habían realizado adecuadamente la ocultación de la asignación. En siete de los estudios, el cegamiento de los evaluadores con respecto a la intervención parecía ser adecuado, ya que los datos de seguimiento sobre resultados objetivos fueron archivados. En cinco de estos siete estudios también había datos psicosociales que fueron recolectados sin cegamiento. En un estudio no hubo cegamiento en la evaluación de los resultados, lo cual igualmente constituye una fuente potencial de sesgo. En los estudios incluidos, las tasas de deserción variaban entre 0% y 14%, y en un estudio no se reportaron los datos sobre deserciones.

Resultados evaluados: Se evaluó el efecto de las intervenciones para padres y la familia sobre la conducta del niño/adolescente, sobre la función parental y la salud mental de los padres, sobre el funcionamiento familiar y las relaciones (se consideraron las fugas y la reunificación con la familia), y el efecto de las intervenciones para padres y la familia sobre los resultados a largo plazo del niño/adolescente, en términos de: desempeño académico, criminalidad, riesgo de arrestos repetidos, duración del tiempo empleado en instituciones, riesgo de encarcelamiento, autoreporte de delincuencia, empleo futuro, delincuencia en los hermanos y las relaciones con parejas.

Síntesis de datos:

La síntesis de los datos se realizó utilizando RevMan 4.1. Para los datos de resultados continuos, como funcionamiento familiar, se comparó la puntuación promedio en el seguimiento para cada resultado entre los dos grupos mediante diferencias estandarizadas de promedios (DEP) en

caso de que las medidas de resultado fueran diferentes entre los estudios, o bien se usarían diferencias ponderadas de promedio (DPP) cuando los estudios utilizaran la misma medida. Para los datos de resultados dicotómicos, como el número de arrestos repetidos, se calcularon riesgos relativos con su intervalo de confianza del 95% IC del 95%) para comparar los grupos en el seguimiento. Se evaluó la heterogeneidad mediante la prueba de chi-cuadrado de heterogeneidad, junto con una inspección visual de los datos. Un nivel de significación menor a 0.1 se interpretó como evidencia de heterogeneidad importante. Se llevó a cabo un análisis de sensibilidad para explorar los efectos de la variación en la calidad de los estudios sobre los resultados. Se excluyeron de este análisis de sensibilidad los estudios cuyo encubrimiento de la asignación "no era claro" o "no se utilizó".

Resumen de los resultados: El metanálisis mostró una reducción significativa en el tiempo de permanencia en instituciones por parte de infractores juveniles que habían recibido intervenciones dirigidas a la familia y a los padres. Cinco de los estudios reportaron una reducción en el tiempo de permanencia en instituciones (prisión, detención) para los infractores juveniles que recibieron intervenciones dirigidas a los padres y a la familia. Cuatro de los estudios reportaron los datos de acuerdo con "días de permanencia en las instituciones" (Bank y cols. 1990, Chamberlain 1998, Henggeler y cols. 1992, Henggeler y cols. 1997). Las intervenciones dirigidas a la familia y a los padres redujeron significativamente en el seguimiento el tiempo de permanencia de los infractores juveniles dentro de instituciones, en comparación con aquellos que recibieron intervenciones usuales.

Dos estudios reportaron datos de resultados dicotómicos en el número de jóvenes infractores que habían sido encarcelados durante el seguimiento. Ambos estudios usaron el TMS con infractores jóvenes serios y crónicos. Cinco estudios dieron datos de resultados dicotómicos sobre el número de jóvenes infractores que habían sido arrestados en el seguimiento. Las Intervenciones familiares y educativas redujeron significativamente el riesgo de que un infractor juvenil fuera subsecuentemente re-arrestado comparado con aquellos que habían tenido intervenciones usuales. Tres estudios usaron escalas de autoreporte de delincuencia para medir la actividad criminal: Self-Report Delinquency Scale y Elliot Behavioural Checklist. Era necesario utilizar una diferencia estandarizada de promedios para combinar los conjuntos de datos. Los datos combinados revelaron una diferencia significativa

entre el grupo de intervención (TMS y con IMAT) y el grupo de intervención usual (Atención en grupo o libertad condicional).

Chamberlain comparó infractores juveniles crónicos “sin hogar” que recibieron MTFC, que tenía un gran componente familiar y educativo, frente a aquellos que recibieron intervención usual o “cuidados de grupo”. El estudio encontró que los infractores del grupo de intervención se fugaban menos que los infractores del grupo de intervención habitual (30.5% vs. 57.8%). Además, los infractores del grupo de intervención pasaron el doble de tiempo viviendo con sus padres durante los 12 meses de seguimiento.

Sólo en un estudio se reportaron resultados de datos escolares donde compararon jóvenes infractores que recibieron “el proyecto adolescente de diversión multifocal”, “El proyecto adolescente de diversión familiar”, y la intervención habitual (grupo control). El estudio encontró, en todos los grupos, una tendencia a disminuir la asistencia a la escuela durante los seis meses de seguimiento. No hubo datos objetivos de empleo futuro en los estudios.

Tres estudios reportaron sobre agresiones dirigidas hacia parejas, relaciones y vínculos. Los datos combinados revelaron que no había diferencias significativas en cuanto a la agresión contra parejas (DEP -0.154, IC del 95% -0.374 a 0.066), a la vinculación (DEP -0.018, IC del 95% -0.238 a 0.202) y a la madurez de los pares (DEP 0.031, IC del 95% -0.189 a 0.25) entre los grupos tratados con TMS y con la intervención usual. Un estudio reportó una reducción significativa en la delincuencia en los hermanos en el seguimiento a 2.5 y a 3.5 años, después de una Intervención Conductual a corto plazo sobre la Familia. Encontró que el porcentaje de hermanos de infractores cuyas familias recibieron esta intervención, que habían presentado agresiones, era del 20% en comparación con 59% dentro de aquellos tratados con Grupos Centrados en el Cliente (la intervención usual de control), 63% dentro de aquellos tratados con un Programa Psicodinámico Familiar (la intervención usual de control) y 40% en el grupo de control que no recibió una intervención.

Los autores concluyen que las intervenciones dirigidas a la familia y a los padres para los delincuentes y sus familias, tiene efectos benéficos al reducir el tiempo de permanencia en las instituciones. Esto tiene un beneficio obvio para los participantes y sus familias y puede provocar un ahorro en los costos para la sociedad. Estas intervenciones también pueden reducir las tasas de arrestos posteriores, pero en la actualidad, estos resultados deben interpretarse con cautela debido a la heterogeneidad de los resultados.

Revisor: JP/MG	Fecha: 18/05/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 544	Primer autor: LITTELL
Fecha de publicación: 2005	Revista: The Cochrane Collaboration

Objetivo de la revisión:

Evaluar las repercusiones de la Terapia Multisistémica (TMS) sobre las disposiciones en residencias fuera del hogar, el crimen y la delincuencia, y otras medidas de resultado conductuales y psicosociales para los jóvenes y sus familias.

Búsqueda de estudios primarios:

Bases de datos utilizadas: Se realizaron búsquedas electrónicas en bases de datos bibliográficas desde 1985 hasta enero de 2003. Los estudios se identificaron mediante búsquedas electrónicas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados y en otras bases de datos bibliográficas (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, ASSIA, C2-SPECTR, Cambridge Journals, Dissertation Abstracts International (DAI), ERIC, Family Services Research Center of the Medical University of South Carolina, Info Trac, Science Direct, Sociological Abstracts, Social Work Abstracts, Web of Knowledge / Web of Science . Bancos de datos de políticas gubernamentales y motores de búsqueda en Internet que incluían Terapia multisistémica para los problemas sociales, emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años.

Búsqueda manual: Se estableció contacto personal con los creadores de la TMS y con investigadores independientes para identificar informes no publicados y estudios en curso. También se exploraron las referencias de las revisiones y los estudios originales para identificar nuevas citas.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Tipos de estudios:
 - Estudios experimentales en los cuales los participantes se asignaron al azar a los grupos. No hubo restricciones de publicación o de idioma.
- Tipos de participantes:
 - Niños y jóvenes (de 10 a 17 años de edad) con trastornos sociales, emocionales y conductuales, y los miembros de su familia.

- Los participantes podían ser niños y jóvenes maltratados, abusados y dependientes, con problemas de salud mental y jóvenes en riesgo de encarcelación o disposición en ámbitos de tratamiento residenciales.
- Tipos de intervención:
 - La Terapia Multisistémica se comparó con cualquier condición diferente, incluidos los "servicios habituales" (de justicia juvenil o protección infantil), otras condiciones de tratamiento (p.ej., la terapia individual) y ningún tratamiento. Para ser incluidos en esta revisión, los programas de TMS debían estar autorizados; no se incluyeron otros tratamientos multisistémicos.
- Tipos de medidas de resultado:
 - Las medidas de resultado conductuales incluyeron el comportamiento antisocial, el consumo de drogas y la asistencia escolar.
 - Las medidas de resultado psicosociales incluyeron medidas de los síntomas psiquiátricos, el rendimiento escolar, las relaciones con los pares y la autoestima.
 - Las medidas de resultado familiares incluyeron las disposiciones en residencias para niños y jóvenes y las características del funcionamiento familiar (p.ej. adaptabilidad, cohesión).

Criterios para evaluar la calidad y cómo se aplicaron:

Relevancia del estudio: Dos revisores leyeron de forma independiente 95 informes en su versión completa y decidieron cuáles de ellos cumplían con los criterios de inclusión. Se ratificaron las decisiones de selección y el equipo de revisión resolvió cualquier desacuerdo.

Extracción de datos: Se extrajo información sobre el diseño y la ejecución del estudio, las características de la muestra, las características de la intervención y las medidas de resultado, y se codificó en un formulario de extracción de datos. Dos revisores codificaron de forma independiente todos los estudios. Las diferencias entre los evaluadores se discutieron a fin de refinar los esquemas de codificación y resolver cualquier discrepancia. Las citas y los datos se introdujeron y organizaron en RevMan 4.2.

Calidad metodológica del estudio: En los estudios incluidos se evaluó la implementación adecuada de la asignación aleatoria, la estandarización y el cegamiento de las evaluaciones, la deserción y el análisis del tipo intención de tratar. Los estudios se ordenaron según su capacidad para

admitir un análisis del tipo intención de tratar y el uso de medidas de resultado estandarizadas. La calidad metodológica global de los estudios se clasificó en base a dos aspectos: intención de tratar (intention-to-treat) y seguimiento.

Datos extraídos de los estudios primarios:

Características generales: Se identificaron 35 estudios diferentes con medidas de resultado sobre la TMS. Un total de 14 estudios fueron excluidos, trece estudios aleatorios o posiblemente aleatorios se clasificaron como "en curso" y ocho estudios cumplieron los criterios de inclusión para esta revisión. Estos estudios incluidos se realizaron entre 1990 y 2004 en tres países. Seis estudios se realizaron en EE.UU. (Borduin 1990; Borduin 1995; Henggeler 1992; Henggeler 1997; Henggeler 1999a; Henggeler 1999b), uno en Canadá (Leschied 2002), y uno en Noruega (Ogden 2004). Varios estudios incluyeron localizaciones múltiples; un estudio se realizó en dos sitios en Carolina del Sur (Henggeler 1997); el estudio canadiense tuvo lugar en cuatro sitios en Ontario; y el estudio noruego se realizó en cuatro sitios en ese país. Los resultados propios del sitio no se informaron en los estudios de EE.UU. y Noruega.

Seis estudios se centraron en los efectos de la TMS para los infractores juveniles, incluidos los agresores sexuales (Borduin, 1990), los infractores juveniles con trastornos por abuso de sustancias (Henggeler 1999a), y los infractores juveniles en general (Borduin 1995; Henggeler 1992; Henggeler 1997; Leschied 2002). El estudio noruego incluyó jóvenes con trastornos de la conducta como agresión, violación de normas, otros comportamientos antisociales, dificultad académica grave o relaciones disfuncionales (Ogden 2004). Un estudio se centró en los efectos de la TMS para los jóvenes con emergencias psiquiátricas (Henggeler 1999b).

Los estudios con infractores juveniles compararon la TMS con la Terapia Individual (Borduin 1990; Borduin 1995), los servicios habituales de la justicia juvenil (Henggeler 1992; Henggeler 1997; Leschied 2002), y los servicios para pacientes ambulatorios con abuso de sustancias (Henggeler 1999a). El estudio noruego comparó la TMS con los servicios habituales en el sistema de protección infantil (disposición, supervisión domiciliaria, etc., Ogden 2004). Cabe destacar que los servicios habituales son diferentes entre los estudios, debido a sus diferentes ubicaciones geográficas. El estudio con jóvenes con emergencias psiquiátricas comparó la TMS con la hospitalización psiquiátrica (Henggeler 1999b).

Referentes al diseño del estudio: Todos los estudios utilizaron la asignación al azar a la TMS y las condiciones de comparación. En algunos estudios, (Henggeler 1992; Henggeler 1997; Henggeler 1999a; Henggeler 1999b), los casos que se asignaron al azar a la TMS fueron distribuidos en pares ("apareados") con otros asignados al azar a los servicios habituales, en base al momento de ingreso al estudio. En un estudio, los "jóvenes elegibles se derivaban... en pares, con un joven asignado al azar... para recibir TMS y el otro para recibir los servicios habituales" (Henggeler 1992a.). Dado que no había fecha de finalización del tratamiento para los casos asignados a los servicios habituales, las evaluaciones "después del tratamiento" para ambos casos se realizaron después de la finalización de los servicios en el caso de TMS.

Resultados evaluados: Se evaluaron las disposiciones en residencias fuera del hogar, detención o condena por un delito penal, consumo de drogas, asistencia escolar, autoestima, análisis después de la intervención, delincuencia autoinformada, relaciones con los pares (autoinformes e informes de los padres o profesores), características del funcionamiento familiar, competencia social, conducta problemática de los jóvenes informada por el cuidador, y síntomas psiquiátricos que se evaluaron en algunos casos con el Índice de Gravedad General (Global Severity Index- GSI) del Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory - BSI) (Derogatis 1993); o con lista de verificación de 90 síntomas SCL-90-R (Derogatis 1983) y la Lista de verificación del Comportamiento Infantil (Child Behavior Checklist – CBCL) (Achenbach 1991).

Síntesis de datos:

La síntesis de los datos se realizó con RevMan 4.2, la última versión del software de metanálisis de la Colaboración Cochrane. RevMan 4.2 utiliza los métodos de Mantel-Haenszel para agrupar los datos de las medidas de resultado binarias entre los estudios.

Resumen de los resultados: Ocho ensayos controlados aleatorios de TMS reunieron los criterios de inclusión para esta revisión. Sin embargo, solamente uno de estos ensayos pudo admitir el análisis completo del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis) (ITT) con un período de observación de seguimiento bien definido para al menos algunas medidas de resultado. Los otros estudios tenían períodos de observación variables que no podían representarse en el metanálisis y/o

excluyeron los abandonos del programa y los que lo rechazaron. Los datos de archivo sobre las medidas de resultado se utilizaron en la mayoría de los estudios de TMS; en consecuencia, no está claro por qué el análisis completo del tipo intención de tratar (ITT analysis) no se realizó en algunos estudios (excepto en Noruega, donde los investigadores no tienen acceso a los datos de archivo sobre los abandonos).

Las medidas de resultados psicosociales se evaluaron generalmente inmediatamente después del tratamiento, mediante autoinformes de los participantes que finalizaron el programa o mediante el personal del programa o entrevistadores que no estaban cegados a las asignaciones a los grupos. No es posible determinar si estos datos fueron afectados por las características de exigencia del experimento.

El estudio más amplio realizado hasta la fecha (y el único estudio totalmente independiente con análisis completo del tipo intención de tratar [ITT analysis]) no halló diferencias significativas en las medidas de resultado de la TMS y los servicios de justicia juvenil habituales. Cuando se agrupan los resultados de estudios de distinta calidad, hay pruebas de heterogeneidad considerable entre ellos, lo que indica que diferentes estudios apuntan hacia conclusiones algo diferentes.

En los análisis agrupados, los efectos promedio de la TMS no son significativamente diferentes de los efectos de otros servicios. Este patrón obtiene, en los análisis de seguimiento, medidas de encarcelación y detenciones o condenas y, en los análisis inmediatos después de la intervención, medidas de funcionamiento psicosocial. La dirección general de los efectos favorece generalmente a la TMS y, dado el bajo poder estadístico del análisis, es posible que la TMS tenga algunos efectos que no se pueden detectar en esta pequeña serie de estudios heterogéneos. Sin embargo, no podemos descartar la posibilidad de que la TMS no sea más efectiva que otros servicios. Por lo tanto, las pruebas disponibles no apoyan la hipótesis de que la TMS sea consistentemente más efectiva que los servicios habituales u otras intervenciones para los jóvenes con trastornos sociales, emocionales, o de conducta. En cambio, no es adecuado llegar a la conclusión de que la TMS no tiene efectos, ya que las pruebas acerca de la efectividad de la TMS no son concluyentes. Estas conclusiones no concuerdan con las de las revisiones anteriores que indicaban que la efectividad de la TMS está bien establecida.

Revisor: JP/MG	Fecha: 21/05/07
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 547	Primer autor: CURTIS
Fecha de publicación: 2004	Revista: Journal of Family Psychology

Objetivo de la revisión:

Examinar la efectividad de la Terapia Multisistémica (TMS) sobre el tratamiento de la conducta antisocial y conductas asociadas en una población de jóvenes (y sus familias), mediante la cuantificación y resumen de la magnitud del efecto (resultados de tratamiento) de todos los resultados de los estudios elegibles.

Búsqueda de estudios primarios:

Bases de datos utilizadas: En el periodo comprendido entre 1986 hasta 2003 fueron identificados 91 artículos de los estudios listados en la Literatura Psicológica y en las bases de datos del Centro de Información de Recursos Educativos, empleando las palabras clave terapia multisistémica y tratamiento multisistémico cruzadas con resultados de tratamiento, delincuencia juvenil, conducta antisocial y relaciones familiares.

Búsqueda manual: Se buscaron de forma manual aquellas tablas de contenido publicadas en revistas recientes y en estudios publicados sobre TMS.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Los estudios elegibles para el metaanálisis debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión:
 - Identificar como acercamiento terapéutico a la Terapia Multisistémica.
 - Asignar aleatoriamente a los participantes a la TMS y a uno o más grupos control.
 - Tener una muestra clínica en la que los jóvenes o sus padres/cuidadores manifestaran conducta antisocial (definido como violación de reglas, actos en contra de otros, o ambas) y/o síntomas psiquiátricos.
 - Usar medidas de evaluación tanto en el pretratamiento como en el postratamiento y/o usar medidas de evaluación de seguimiento.

- Usar tests estadísticos apropiados para el metaanálisis (medias, desviación estándar, y/o F de Fisher).
- Tipos de medidas de resultado:
 - Individual: síntomas de los jóvenes, síntomas de los padres, problemas de conducta de los jóvenes, hospitalización.
 - Familia: relaciones familiares autoinformadas, adaptabilidad/cohesión, monitorización parental, tensión, interacciones familiares observadas, conflicto-hostilidad, apoyo familiar global, efectividad parental, actividad verbal, inconformidad del joven.
 - Relaciones con los iguales: agresión, vínculos, madurez social, competencia social, asociación con los iguales desviados.
 - Atendimiento escolar.
 - Actividad criminal: número de arrestos por todos los delitos, número de arrestos por delitos de abusos de sustancias, seriedad de los arrestos, días de encarcelación, delincuencia autoinformada, consumo de drogas autoinformado.

Criterios para evaluar la calidad y cómo se aplicaron:

Relevancia del estudio: No se describe.

Extracción de datos: No se describe.

Calidad metodológica del estudio: No se describe.

Datos extraídos de los estudios primarios:

Características generales:

Un total de once estudios fueron incluidos (Brunk 1987, Borduin 1990, Henggeler 1991, Henggeler 1992, Borduin 1995, Henggeler 1997, Henggeler 1999a, Henggeler 1999b, Brown 1999, Schoenwald 2000 y Henggeler 2002). Todos los estudios se realizaron en EE.UU, y los estudios primarios fueron financiados a través de agencias locales, del estado, y/o de agencias de salud mental federales (n = 6), o por un centro investigador de excelencia (n = 1).

Los tamaños de la muestra de los estudios oscilaron entre 16 y 176 participantes, con una media de 116. Los jóvenes tenían de 8.3 a 17.6 años (mediana de 14.8 años), el 70% eran varones y el 81% vivía con al menos un padre biológico. El 54% de los jóvenes eran afroamericanos, el 45% eran caucásicos, el 0.7% eran hispanoamericanos, y el 0.5% eran asiáticoamericanos. El 59% de los jóvenes fueron clasificados como infractores juveniles violentos/ crónicos/ en riesgo; el 17% fue

clasificado como abusadores de sustancias; el 16% requirió hospitalización psiquiátrica de emergencia (presentaban ideación suicida, ideación homicida, y psicosis); un 6% fue clasificado como abusado (abuso físico incluyendo trauma psicológico) y/o descuidado (incluyendo abandono/ carencia de la supervisión y cuidado inadecuado); y un 2% lo componían infractores sexuales. Un 84% de los jóvenes había sido arrestado previamente.

Aunque todos los estudios de TMS fueron implementados dentro de instalaciones comunitarias, tres de los siete estudios primarios (Borduin et al., 1990, 1995; Brunk, Henggeler, & Whelan, 1987) emplearon como terapeutas a estudiantes graduados supervisados. Es decir, se ejerció más control sobre las condiciones de tratamiento que en los cuatro estudios restantes (Henggeler et al., 1992; Henggeler, Pickrel, y Brondino, 1999; Henggeler et al., 1997; Henggeler, Rowland et al., 1999).

En base a la información obtenida respecto a la educación parental, empleo, estado de un solo padre, y renta media, parece dibujarse una población en desventaja socioeconómica.

Referentes al diseño del estudio: Se incluyeron once ensayos clínicos aleatorizados. La TMS fue comparada en cuatro estudios con una gama de servicios usuales y con otros programas de tratamiento en los tres estudios restantes. Los servicios generalmente fueron proporcionados a través (a) de agencias juveniles de justicia, (b) de un centro de salud mental de la comunidad, (c) de un programa de tratamiento de abuso de sustancias para pacientes no internados, y (d) de un hospital psiquiátrico para hospitalizados.

Las medidas del seguimiento se tomaron de 1 a 4 años tras la finalización del tratamiento.

Resultados evaluados: Una evaluación multimétodo fue realizada en 6 de 7 estudios, usando un total de 23 medidas de resultados. Un estudio no incluyó medidas de evaluación múltiple (Borduin et al., 1990), determinando los resultados de tratamiento mediante los datos de rearrestos obtenidos del tribunal juvenil y de adultos, y de expedientes de la policía estatal.

Síntesis de datos:

Se evaluó la magnitud de los efectos, el poder del análisis, la relación entre el tamaño del efecto y el ámbito de tratamiento y se realizó un análisis categórico moderador:

La media del efecto de la TMS a través de los resultados de los 7 estudios primarios y los 4 estudios secundarios fue $d=.55$, correspondiente a $U_3=.70$ (Mediana=.52). La significación de este tamaño del efecto fue analizada con un intervalo de confianza del 95% ($d=.40$ a $d=.70$).

La $d=.55$ calculada en este estudio se puede categorizar como efecto moderado (véase a Cohen, 1988). En base a la comparación total entre TMS ($n=361$) y grupos control ($n=347$), el poder de detectar un tamaño moderado del efecto fue de .57 (Mediana=.73).

La comparación de la media de los tamaños del efecto de las medidas de ajuste individual ($d=.28$) con las medidas de las relaciones de los pares ($d=.11$) no revelaron una diferencia significativa ($Z=0.92$). Sin embargo, las medidas de las relaciones de la familia demostraron un tamaño del efecto medio más grande ($d=.57$) respecto a las dos medidas anteriores.

El análisis de la homogeneidad para los tamaños del efecto en la actual revisión reveló que había más variabilidad en los índices combinados de “d” que los que podrían esperarse debido a errores del muestreo o a otras fuentes de error previstas $Q_1(df=1) = 11.73$, $p < .05$.

Tres de los siete estudios primarios (Borduin et al., 1995; Henggeler et al., 1992, 1997) usaron TMS con poblaciones de infractores juveniles violentos y crónicos. El tamaño medio del efecto alcanzado en estos estudios ($d=.44$, $IC= \pm .19$) fue comparado con el tamaño del efecto medio alcanzado por los estudios restantes ($d=.38$, $IC= \pm .27$). Los análisis de las diferencias en los tamaños del efecto a través los estudios y entre los estudios indicaron que el tipo de población objetivo no moderó los efectos del tratamiento.

Resumen de los resultados:

- Los jóvenes (y sus familias) tratados con TMS funcionaban mejor y delinquían menos que el 70% que recibió el tratamiento o los servicios alternativos.
- Específicamente, se encontró que la TMS era relativamente eficaz en la reducción de problemas emocionales y del comportamiento en miembros individuales de la familia, en la mejora de las relaciones de padres-jóvenes y de la familia en su totalidad, en la disminución de la agresión de los jóvenes hacia sus iguales y en la implicación con éstos, y en la reducción de la criminalidad de los jóvenes.
- Los efectos del tratamiento fueron sostenidos hasta 4 años.
- Esta revisión encontró que la TMS presentaba efectos más grandes en medidas de relaciones de la familia que en medidas de ajuste

individual o de relaciones con los iguales. El efecto superior observado de la TMS sobre las medidas de las relaciones de la familia, respecto a otras medidas, puede deberse a que las condiciones de comparación (servicios usuales o tradicionales ó un tratamiento alternativo) se centraron en el adolescente y no en la familia. De hecho, dos de los estudios incluidos en esta revisión (Borduin et al., 1995; Henggeler et al., 1992) demostraron que, en oposición a la TMS, las condiciones comparación centradas en el individuo condujeron a una deterioro en las relaciones de la familia durante el curso del tratamiento.

- Los resultados de esta revisión también indicaron que los tamaños del efecto en los resultados de los estudios de TMS no fueron moderados por el tipo de población diana (definida ampliamente como infractores juveniles violentos y crónicos versus otras poblaciones de jóvenes) que participó en la TMS.
- Los resultados indicaron que los efectos del tratamiento en los resultados de la TMS podrían haber sido moderados por diferencias en las condiciones del estudio.
- La TMS fue desarrollada originalmente y validada con poblaciones de infractores juveniles serios y violentos y se ha extendido recientemente a poblaciones de jóvenes con problemas de abuso de sustancias o trastornos emocionales serios. Aunque los resultados de esta revisión sugieren que la TMS parece ser un acercamiento prometedor para poblaciones distintas a las de jóvenes infractores violentos y crónicos, se necesitan estudios adicionales que evalúen la eficacia de la TMS en estos ámbitos.

Revisor: JP/MG	Fecha: 30/07/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio:549	Primer autor: LEES
Fecha de publicación:1999	Revista: Centre for Reviews and Dissemination

Objetivo de la revisión:

Revisar la existencia de literatura internacional sobre la naturaleza y efectividad de las Comunidades Terapéuticas (de seguridad, de seguridad basadas en el concepto y democráticas de no seguridad) en instalaciones de seguridad y algunas de no seguridad.

Las Comunidades Terapéuticas basadas en el concepto se centran exclusivamente en el consumidor de sustancias y tiene programas de tratamiento estructurados, mientras que los usuarios trabajan superando una serie de fases sucesivas, que finalizan con la reinserción comunitaria. Las democráticas están centradas en el rango de las enfermedades mentales, donde el abuso de sustancias, si está presente, se considera más un síntoma que una cuestión central.

Búsqueda de estudios primarios:

Bases de datos utilizadas: Los estudios se buscaron en veintiséis bases de datos electrónicas, abarcando revistas, libros y materiales similares, literatura gris, actas de conferencias, panfletos y materiales similares.

Búsqueda manual: Todos los números de sesenta y cuatro revistas fueron buscadas a mano en 1996 y 1997. Se buscaron referencias de investigación actual y se visitaron bibliotecas clave (BMA Tavistock Centre, Institute of Psychiatry, Institute of Criminology, Prison Staff Service College). También se hicieron búsquedas en la World Wide Web. Asimismo, se enviaron peticiones a investigadores de actualidad, a autores de artículos relevantes, a personas interesadas, a organizaciones gubernamentales y profesionales, a institutos de investigación y a otras instituciones relevantes (para pedirles material no publicado), y a una muestra pequeña de comunidades terapéuticas.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Tipos de estudios incluidos en la revisión:
 - Estudios que tuvieran postratamiento.
 - Investigaciones cortas en forma de reporte o sesión informativa.
 - Estudios de cuidado individual.

- Estudios de resultados de individuos o poblaciones.
- Artículos de estudios de resultados.
- Estudios a través de instituciones.
- Estudios de intercambio de costes (cost-offset).
- Tipos de estudios excluidos en la revisión:
 - Artículos de menos de dos páginas y descripciones idiosincrásicas breves.
 - Debates cortos sobre práctica y filosofía.
- Tipos de participantes incluidos en la revisión:
 - Psicópatas varones “subnormales” (principalmente adolescentes).
 - Chicos en una comunidad terapéutica-reformatorio de seguridad.
 - Pacientes que son descritos como psicopáticos, violentos o disruptivos.
 - Prisioneros que han sido puestos en libertad en un rango de entre 7 semanas y 4 años.
 - Hombres (adolescentes) reclusos de 13 a 25 años, con relativamente bajo coeficiente intelectual.
 - Pacientes (hombres y mujeres) con problemas de personalidad de larga duración (trastornos afectivos y de la personalidad).
 - Personas con problemas de personalidad o trastorno límite de la personalidad y abuso de sustancias.
 - Adolescentes antisociales.
 - Pacientes forenses (infractores psicóticos, algunos prisioneros y gente con trastornos psiquiátrico socialmente acentuados) en Eslovenia.
 - Infractores persistentes (varones).
- Tipos de medidas de resultado:
 - Aspectos psicológicos: rasgos de personalidad, autoestima, control interno, cambios en los síntomas centrales de los trastornos de personalidad, estilos de afrontamiento de aspectos cotidianos, habilidad para generar relaciones personales satisfactorias, nivel de perturbación, intentos de suicidio, ajuste social, problemas de drogas y alcohol (abuso de sustancias), hostilidad.
 - Aspectos clínicos: reducción de síntomas, ser trasladado a una sala de agudos, finalización del tratamiento, estarse medicando en el alta, bienestar clínico tras la puesta en libertad, readmisión hospitalaria.
 - Criminalidad: niveles de agresión y número de agresiones e incidentes violentos.
 - Cantidad de violencia en prisión (disturbios, agresiones violentas, suicidios, intentos de fuga).

- “Éxito” y “Mejora”.
- Alineación, independencia y finalidad en la vida.
- Interacción (escala COPES).
- Reincidencia y nuevas condenas.
- Registros de empleo tras la puesta en libertad, satisfacción con el empleo y con las actividades sociales y de ocio.
- Funcionamiento global.

Criterios para evaluar la calidad y cómo se aplicaron:

Relevancia del estudio: No se describe.

Extracción de datos: Los autores no establecen cómo se extrajeron los datos para la revisión, aunque mencionan que las listas de títulos y abstracts fueron examinados por dos investigadores que trabajaban de forma independiente.

Calidad metodológica del estudio: Los resultados de los estudios se categorizaron de acuerdo a su posición sobre una metodología de investigación jerárquica. Los niveles de evidencia se asignaron usando como guía la NHSCRD. Los autores no establecen como se hicieron las evaluaciones de la validez, o cuantos investigadores participaron en ellas.

Datos extraídos de los estudios primarios:

Características generales: No se describe.

Referentes al diseño del estudio: Se incluyeron en la revisión un total de 85 estudios: 10 Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs), 10 estudios comparativos de instituciones y tratamiento, 32 estudios comunitarios simples con grupos control/comparación, 29 estudios comunitarios simples sin grupo control/comparación, 4 estudios de intercambio de costes.

Resultados evaluados: La extracción de datos incluyó: institución, criterio diagnóstico usado, características de la muestra (edad, género y tamaño muestral) e información adicional, resultados criterio, seguimiento en el postratamiento, tratamientos comparados, instrumentos usados, y resultados.

Síntesis de datos:

Diferencias entre los estudios: De los 85 estudios incluidos, aquellos que contaban con grupo control y unos criterios claros fueron combinados en un metaanálisis (n = 29).

Los 29 estudios del metaanálisis: OR 0.567 (95% IC: 0.524, 0.614):

- Sólo ECAs (n=8): OR 0.464 (95% IC: 0.392, 0.548)
- Sólo democrático (n=21): OR 0.695 (95% IC: 0.631, 0.769)
- Sólo de seguridad (n=22): OR 0.544 (95% IC: 0.498, 0.596)
- Sólo de concepto (n=8): OR 0.318 (95% IC: 0.271, 0.374)

Síntesis de datos: No se describe.

Resumen de los resultados:

Los autores establecen que este grupo de estudios apoyan fuertemente la efectividad del tratamiento en comunidades terapéuticas. Tres estudios de postratamiento sobre intercambio de costes mostraron que el gasto por paciente oscilaba entre £2579 y £12659, pero los 3 estudios no fueron directamente comparables, debido a que las medidas no se emplearon de la misma forma.

Revisor: MG/JP	Fecha: 13/05/07
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 563	Primer autor: MITCHELL
Fecha de publicación: 2006	Revista: The Campbell Collaboration

Objetivo de la revisión:

El objetivo de esta revisión es sintetizar sistemáticamente la evidencia disponible sobre la efectividad de los tratamientos de drogas para jóvenes encarcelados en la reducción de la reincidencia y en las recaídas del consumo de drogas.

Búsqueda de estudios primarios:

Bases de datos utilizadas: Se realizaron las búsquedas en las siguientes bases de datos electrónicas: PsychLit, MedLine, NCJRS, Criminal Justice abstracts, Dissertation Abstracts, Sociological Abstracts, SSCI, SocioFile, Conferences Papers Index, UnCover, C2 SPECTR, CINAHL y en los motores de búsqueda de Google.

Búsqueda manual: El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de revistas especializadas y la revisión de las referencias citadas en los estudios seleccionados. Los años de búsqueda manual fueron entre 1999 y 2004.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Se incluyeron los estudios en los que la intervención se llevaba a cabo en un centro correccional (prisión o cárcel) para jóvenes y/o adultos.
- Se incluyeron los estudios en los que las intervenciones eran sólo para consumidores de sustancias (drogas).
- Se incluyeron los estudios en los que se utilizó un diseño experimental o dos grupos cuasi-experimentales, que incluían un grupo sin intervención o con una intervención mínima en el grupo de comparación.
- Se incluyeron los estudios en los que se evaluó una medida de resultado "post" del comportamiento criminal tras la puesta en libertad (este concepto incluye uso de la droga).
- Se incluyeron los estudios en los que la intervención fue realizada entre 1980 y 2004 (inclusive).

- Se incluyeron los estudios en los que se divulgó bastante información para calcular el tamaño del efecto. Los estudios elegibles podían ser publicados o inéditos.

Criterios para evaluar la calidad y cómo se aplicaron:

Relevancia del estudio: Los resultados de la estrategia de búsqueda fueron revisados por un especialista. Si los abstracts obtenidos cumplían con los criterios de inclusión se consideraban para la revisión. Los estudios seleccionados fueron revisados detalladamente.

Extracción de datos: Dos revisores evaluaron cada estudio. Las discrepancias entre ellos fueron resueltas por el investigador principal. En la extracción de datos se consideró la naturaleza del tratamiento, los participantes, la metodología, las medidas de resultados y la magnitud de los efectos observados.

Calidad metodológica del estudio: Se utilizó la escala de Maryland para evaluar el rigor metodológico de los estudios ("The Maryland Scientific Methods Scale", Farrington, David P., Dense C. Gottfredson, Lawrence W. Sherman, and Brandon C. Welsh. 2002).

Datos extraídos de los estudios primarios:

Características generales: Se encontraron 233 estudios potencialmente elegibles. Solo se obtuvieron copias de 229 de estos estudios. 53 estudios cumplieron con los criterios de inclusión.

La mayoría de las evaluaciones incluidas se realizaron en EEUU. Aproximadamente la mitad de las evaluaciones fueron de estudios publicados en artículos de revistas o en capítulos de libro y la otra mitad fueron informes técnicos no publicados y documentos del gobierno. Dos tercios del total de las evaluaciones fueron de estudios realizados después de 1996.

Referentes al diseño del estudio: Los estudios utilizaron, al menos, un grupo de comparación.

Resultados evaluados: Tipo de reincidencia (arrestos, condenas, re-encarcelamiento) y el tipo de medida del abuso de sustancias (autoinforme, análisis de orina).

Síntesis de datos:

Diferencias entre los estudios: Los estudios incluidos presentaron una gran heterogeneidad en las medidas de resultados tipo de reincidencia y el tipo de abuso de sustancias. El diseño de codificación de los datos consideró estas variaciones metodológicas.

Síntesis de datos: Se calculó el tamaño del efecto para cada evaluación. Se utilizaron los odds-ratio del tamaño del efecto para los resultados dicotómicos. Los indicadores del comportamiento criminal basados en una escala continua fueron codificados según las diferencias de las medias estandarizadas del tamaño del efecto. Los tamaños del efecto positivo indicaban que el grupo de tratamiento tenía resultados más favorables que el grupo de comparación. Para realizar el análisis se utilizó el macro programa Stata de D.B. Wilson.

Resumen de los resultados: Se incluyeron 53 estudios. La unidad de análisis para este estudio fueron las 66 evaluaciones encontradas en los 53 estudios incluidos. Estas 66 evaluaciones independientes cumplieron los criterios de inclusión y utilizaron un grupo de comparación. Aproximadamente un 83% de los odds-ratios de reincidencia indicaron que el grupo de tratamiento de drogas tenía menos reincidencia que el grupo de comparación. La media de los odds ratio fue de 1,37, indicando que la media de la participación en estos programas de abusos de sustancias estaba asociada con una modesta reducción en los delitos cometidos después del tratamiento.

Los autores concluyeron que la efectividad del grupo de tratamiento de abuso de sustancias varió según el tipo de tratamiento. En el caso de programas como Boot Camps orientados al tratamiento de consumo de sustancias fueron inefectivos en la reducción de la reincidencia y en las recaídas de drogas.

En cuanto a los programas de mantenimiento de narcóticos no mostraron reducción en la reincidencia o en el consumo de sustancias, pero la evidencia en este área ha tenido poca atención.

Los programas de asesoramiento mostraron reducción en la reincidencia pero no en las recaídas del abuso de sustancias. Por el contrario, las comunidades terapéuticas mostraron una reducción consistente y fuerte en la reincidencia y en las recaídas del abuso de sustancias.

Anexo 14.2. Incluyen sólo medidas de Reincidencia

Revisor: MG/JP	Fecha: 26/07/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 78	Primer autor: DOWDEN
Fecha de publicación: 2003	Revista: Revue Canadienne de Criminology et de Justice Pénale

Objetivo de la revisión:

Explorar el impacto del rigor metodológico sobre los hallazgos de evaluaciones de programas de Intervención Familiar para jóvenes infractores, poniendo especial énfasis en los papeles que juegan los principios de riesgo, necesidad y receptividad/respuesta general en la determinación de la efectividad de las intervenciones familiares.

Búsqueda de estudios primarios:

Los estudios usados en este metaanálisis (n = 38) se extrajeron de un gran examen metaanalítico, a partir de la literatura existente en rehabilitación correccional (Dowden 1998). Asimismo, se reseña que el 89% de los estudios incluidos en este estudio fueron incluidos también por Latimer (2001).

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

No se describe.

Resultados medidos:

Nivel de riesgo, necesidad de intervenciones familiares criminógenas vs. no criminógenas, receptividad/respuesta general, tipo de tratamiento, rigor metodológico.

Síntesis de datos:

El metaanálisis mostró que los principios de un tratamiento correccional efectivo (p. ej., riesgo, necesidad, y receptividad/respuesta general) fueron los contribuyentes centrales de la efectividad de los programas correccionales, como se ha demostrado entre los programas de intervención familiar, incluso cuando se llevaron a cabo estrictos controles metodológicos. A pesar de estos hallazgos positivos, se necesita investigación adicional que confirme la robustez de estos principios para los tratamientos de rigor metodológico.

Revisor: JP/MG	Fecha: 26/07/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 102	Primer autor: FARRINGTON
Fecha de publicación: 2005	Revista: Journal of Experimental Criminology

Objetivo de la revisión:

Revisar experimentos aleatorizados en criminología.

Búsqueda de estudios primarios:

Las búsquedas se realizaron en libros clave (p.ej., Sherman et al., 2002; Welsh y Farrington, 2005), revisiones sistemáticas clave (p.ej., Braga, 2001; MacKenzie et al., 2001; Tong y Farrington, 2005), y revistas clave (p.ej., Criminal Justice and Behavior; Justice Quarterly). También se seleccionaron bases de datos online, como NCJRS y SPECTR (Petrosino et al., 2000) y se hicieron consultas a investigadores destacados.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

Estudios publicados entre 1982 y 2004 con:

- Unidades (personas o lugares) asignadas de forma aleatoria a las condiciones.
- Al menos 50 unidades inicialmente asignadas a cada condición, ó al menos 100 unidades inicialmente asignadas a dos condiciones experimentales.
- Una medida de resultado de delito.
- Publicaciones en inglés (la revisión no se limitó a libros y revistas, sino que también abarcó informes de agencias).

Resultados medidos:

Condición terapéutica.

Síntesis de datos:

Los experimentos fueron clasificados en 5 categorías: política, prevención, correccionales, tribunales, comunidad. En los resultados de los experimentos llevados a cabo en correccionales se concluye que los métodos de prevención en general, y la Terapia Multisistémica en particular, son efectivos en la reducción del delito. Sin embargo, los programas de Scared Straight y los Boot Camp causan un incremento del delito. La terapia correccional, los tribunales de drogas y la

restitución juvenil resultaron ser efectivos en la reducción de la reincidencia. También hay indicadores de que la policía centrada en los “puntos calientes” (conflictivos) resulta efectiva a la hora de reducir el delito, pero el tamaño del efecto es pequeño (0,07).

Revisor: MG/JP	Fecha: 12/07/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 166	Primer autor: LATIMER
Fecha de publicación: 2001	Revista: Canadian Journal of Criminology

Objetivo de la revisión:

Mediante un metanálisis proporcionar una síntesis de la literatura existente sobre la relación entre delincuencia juvenil, intervención familiar y reincidencia.

Búsqueda de estudios primarios:

Se realizó la búsqueda en bases de datos electrónicas y en la bibliografía de los estudios encontrados, en el período comprendido entre 1973 y 1999.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Se incluyeron estudios en los que había un grupo de tratamiento compuesto por jóvenes infractores y se les ofreció un tipo de tratamiento con un componente de intervención familiar.
- Se incluyeron estudios en los que se usó un grupo control o un grupo de comparación que no recibían intervención y, en el caso de que la recibieran, no tenía el componente de intervención familiar.
- Los datos de reincidencia debían indicar la proporción de jóvenes infractores que volvían a delinquir y la proporción de jóvenes que no lo hacían.

Resultados medidos:

Se midió la relación existente entre delincuencia juvenil, tratamientos de intervención familiar y reincidencia.

Síntesis de datos:

35 estudios primarios cumplieron los criterios de inclusión. La muestra total obtenida al integrar todos los estudios, para la realización del metanálisis, fue de 17141 jóvenes infractores. Los resultados obtenidos al comparar los grupos experimentales con los controles evidenciaron que en promedio los sujetos tratados tuvieron menores tasas de reincidencia, con un tamaño del efecto medio de $r = 0,15$. Dentro de las características de los programas, el único factor relacionado con la efectividad fue la participación voluntaria de los sujetos. En cuanto a los

participantes, la única variable moderadora significativa fue la edad: los tratamientos dirigidos a edades inferiores a los 15 años mostraron índices de reincidencia menores. Por último, se detectó una relación negativa y significativa entre la calidad metodológica de los estudios y el tamaño del efecto: aquellos estudios de escaso rigor tenían mayores efectos que los trabajos metodológicamente fuertes.

Revisor: MG/JP	Fecha: 09/07/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 295	Primer autor: LATIMER
Fecha de publicación: 2005	Revista: The Prison Journal

Objetivo de la revisión:

Mediante un metaanálisis proporcionar una síntesis de la literatura existente sobre la efectividad de los programas de Justicia Restaurativa.

Búsqueda de estudios primarios:

Se realizó una búsqueda de la literatura existente sobre los programas de Justicia Restaurativa de los últimos 25 años. Los estudios fueron buscados en Internet, revistas de ciencias sociales y en informes gubernamentales y no gubernamentales. También se realizó una búsqueda a partir de la bibliografía de los estudios encontrados y contactando con los investigadores para identificar información nueva en el campo.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Se incluyeron estudios que evaluaban programas de Justicia Restaurativa con la misma definición.
- Se incluyeron estudios en los que cada uno tenía un grupo control o un grupo de comparación que no participó en un programa de Justicia Restaurativa.
- Se incluyeron estudios en los que al menos uno de los cuatro resultados siguientes fue evaluado en el grupo de tratamiento y en el grupo de comparación y/o control: reincidencia, satisfacción de la víctima, satisfacción del infractor, y/o cumplimiento de la restitución.
- Los estudios tenían que proporcionar información estadística suficiente para calcular el tamaño del efecto.

Resultados medidos:

Reincidencia, satisfacción de la víctima, satisfacción del infractor y cumplimiento de la restitución.

Síntesis de datos:

Veintidós estudios que examinaron la eficacia de 35 programas de justicia individuales restaurativos generaron 66 tamaños del efecto. La

mayoría eran de programas con un 94 % de hombres y un 74% de infractores jóvenes.

Se encontró que los programas de Justicia Restaurativos son un método más eficaz en la mejora de las víctimas y/o la satisfacción del infractor, la restitución del infractor y la disminución de la reincidencia comparado con los resultados de programas de justicia más tradicionales.

Revisor: MG/JP	Fecha: 20/05/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 562	Primer autor: PETROSINO
Fecha de publicación: 2002	Revista: The Campbell Collaboration

Objetivo de la revisión:

Evaluar los efectos de los programas que comprenden visitas organizadas a prisiones de infractores juveniles o preinfractores (menores en problemas pero no considerados oficialmente como infractores), con el objetivo de disuadirlos de la actividad criminal.

Búsqueda de estudios primarios:

Bases de datos utilizadas: Se utilizaron bases de datos electrónicas como Criminal Justice Abstracts (1968- septiembre 2001), Current Contents (1993-2001), Dissertation Abstracts (1981-agosto 2001), Education Full Text (junio 1983-octubre 2001), ERIC (1966-2001), GPO Monthly (1976-2001), MEDLINE (1966-2001), National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect (2001), NCJRS (2001), Political Sciences Abstracts (1975 - Marzo 2001), PAIS International (1972 - Octubre 2001), PsycINFO (1987 - Noviembre 2001), SSCI (febrero 1983 - octubre 2001), Sociofile (enero 1963-septiembre 2001).

Búsqueda manual: Se realizó una búsqueda manual en 29 revistas destacadas de criminología o ciencia social, se realizó un control de las citas informadas en el "Registry of Randomised Experiments in Criminal Sanctions" (Weisburd 1990), y se controlaron citas de documentos pertinentes de programas como "Scared Straight". Se realizó una campaña extensa de correo con más de 200 investigadores y 100 centros de investigación. También se buscó en solicitudes publicadas en boletines de asociación, seguimiento de referencias en más de 50 revisiones sistemáticas y síntesis bibliográficas pertinentes, y seguimiento de referencias en bibliografías, libros, artículos y otros documentos pertinentes.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Tipos de estudios: Sólo se incluyeron los estudios que utilizaron procedimientos aleatorios o cuasialeatorios para asignar a los participantes, con o sin cegamiento, siempre que tuvieran un grupo control ningún tratamiento.

- Tipos de participantes: Sólo se incluyeron estudios que involucraron menores, es decir, jóvenes de 17 años o menos. Los participantes fueron infractores o preinfractores. También se incluyeron estudios con muestras superpuestas de menores y adultos jóvenes (p.ej., de 13 a 21 años).
- Tipos de intervención: Sólo se incluyeron estudios que presentaron como componente principal una visita de los participantes del programa a una prisión. La mayoría de los programas incluyeron una presentación de los presidiarios, que varió de gráfica (Finckenauer 1982) a educacional (Cook 1992). Los programas a veces presentaron una sesión de orientación (vivir como un prisionero durante ocho horas, etc.) o una visita al establecimiento.
- Tipos de medidas de resultado: Los estudios tenían que incluir al menos un resultado de comportamiento agresor posterior, medido en índices como arrestos, condenas, contactos con la policía o delitos autoinformados. El interés de los ciudadanos, la política y los encargados de tomar decisiones en la práctica, los medios de comunicación y la comunidad de investigación se encuentra en si "Scared Straight" y otros programas de "chicos que visitan prisiones" tienen efectos sobre estas medidas. A pesar de que no se analizaron, se enumeran otras medidas "sin delito" (p.ej., de actitud, educacional) que informan los investigadores cuando posteriormente los revisores de la Colaboración Cochrane o Campbell les solicitan que identifiquen estudios potencialmente elegibles.

Criterios para evaluar la calidad y cómo se aplicaron:

Relevancia del estudio: Los métodos de búsqueda generaron 487 citas y la mayoría tenía resúmenes. Un investigador (AP) sometió a cribaje (screening) estas citas y determinó que 30 eran informes de evaluación. Dos investigadores (AP y CTP) analizaron de forma independiente estas citas y estuvieron de acuerdo en que 11 fueron ensayos aleatorios potenciales. Se obtuvieron todos los informes.

Extracción de datos: El instrumento de obtención de datos se adaptó de un estudio anterior de Petrosino (Petrosino 1997). En los casos en los que faltaba información del resultado en los informes originales, se realizaron intentos por correo electrónico y correspondencia de correo regular para, a partir de los investigadores originales, recuperar los datos para el análisis.

Calidad metodológica del estudio: Se evaluaron las siguientes características en cada estudio: adecuación del ocultamiento de la asignación aleatoria por parte del personal y los participantes del programa, arrepentimiento, pérdidas durante el seguimiento, es decir, más del 10%.

Datos extraídos de los estudios primarios:

Características generales: Se seleccionaron nueve estudios que se informaron de forma narrativa. Los nueve estudios se realizaron en ocho estados diferentes de los EE.UU., Michigan fue el lugar para dos de los estudios (Yarborough 1979; Michigan D.O.C 1967). Ningún grupo de investigadores realizó más de un experimento. Los estudios abarcan los años desde 1967 a 1992. Los primeros cinco estudios ubicados no fueron publicados y se diseminaron en documentos gubernamentales o disertaciones; los cuatro restantes se encontraron en revistas académicas o publicaciones de libros.

La edad promedio de los jóvenes participantes en cada estudio varió entre 15 y 17 años. Sólo el estudio de New Jersey incluyó mujeres (Finckenauer 1982). La composición racial en los nueve experimentos fue diversa y varió de un 36% a un 84% de personas de raza blanca. La mayoría de los estudios trataron con jóvenes infractores que ya tenían contacto con el sistema de justicia juvenil.

Referentes al diseño del estudio: Todos fueron experimentos simples de dos grupos, excepto la evaluación de Vreeland del programa Texas Face-to-Face (Vreeland 1981). Sólo un estudio utilizó técnicas de alternación cuasialeatoria para asignar a los participantes (Cook 1992); los estudios restantes alegaron utilizar asignación aleatoria, aunque no todos fueron explícitos acerca de cómo se realizó dicha asignación.

Resultados evaluados: Sólo el estudio de Texas (Vreeland 1981) incluyó datos de medidas de autoinforme. En dos estudios (Cook 1992; Locke 1986), no se informaron tasas de agresión después de la intervención. Algunos estudios que incluyeron tasas promedio no incluyeron desviaciones estándar que permitieran calcular los tamaños del efecto promedio ponderado. Además, los períodos de seguimiento fueron diversos e incluyeron mediciones a los tres, seis, nueve, doce y veinticuatro meses.

En cuanto a la evaluación de la calidad metodológica se determinó que cuatro factores fueron más críticos y prácticos de obtener. Éstos fueron: Integridad de la asignación aleatoria, deserción de la muestra inicial, cegamiento y fidelidad de la implementación de programas. Estos

programas parecen ser relativamente simples y a corto plazo y plantean pocos problemas para su ejecución. Ningún investigador notificó problemas de ejecución.

Síntesis de datos:

Mediante el programa informático RevMan, se expresaron las medidas de resultado dicotómicas de criminalidad como Odds-Ratios (OR) y las medidas continuas de criminalidad como diferencias de medias ponderadas (DPP). Para ambos casos se informaron los Intervalos de confianza (IC) del 95%. Se asumieron los modelos de efectos fijos y aleatorios para la ponderación de los efectos de tratamiento a través de los ensayos aleatorios. Estos efectos se analizaron a intervalos de seguimiento de cero a seis meses, siete a 12 meses, 13 a 18 meses, 19 a 24 meses y más de dos años.

Se realizó un análisis de sensibilidad que compara los resultados para dos grupos diferentes de ensayos. El primer grupo son aquellos que informan una adecuada "integridad de la asignación aleatoria" (ocultamiento de procedimientos de asignación, ninguna subversión o deterioro de asignación aleatoria y ninguna deserción grave de la muestra de asignación aleatoria inicial). El segundo grupo de ensayos informó una o más de estas características.

Se realizó un metanálisis de las tasas de agresión después de la intervención a partir de datos oficiales. El análisis de los datos de los siete estudios que informaron tasas de regreso al delito indica que la intervención aumenta el delito o los resultados de delincuencia en el primer período de seguimiento. Si se asume un modelo de efectos fijos y aleatorios su repercusión negativa general se mantiene sin cambio.

Mediante un modelo de efectos fijos, el OR es 1,68 (IC: 1,20; 2,36); el OR promedio, si se asume un modelo de efectos aleatorios, no es muy diferente 1,72 (IC: 1,13; 2,62). Ambos son estadísticamente significativos. La intervención aumenta los odds de delito entre 1,6 y 1,7 a uno.

En el análisis de sensibilidad 1 se excluyó el estudio de Finckenauer debido a sus problemas de asignación aleatoria de los análisis informados en las "Tablas de comparación 01 y 02". Debido a la poca diferencia en el OR al asumirse un modelo de efectos fijos y aleatorios, se realizó un metanálisis mediante un modelo de efectos aleatorios. Debido a que el estudio de Finckenauer informó los mayores efectos negativos para el programa, no es sorprendente que disminuyan los OR. Sin embargo, aún mantiene una dirección negativa a 1,47 y estadísticamente significativo (IC: 1,03; 2,11). En el análisis de

sensibilidad 2 se excluyó al estudio de Yarborough debido a que omitió las ausencias, lo que indica una gran deserción potencial a partir de la muestra inicial del estudio. Nuevamente se asumió un modelo de efectos aleatorios. La omisión de este estudio no altera la repercusión negativa general de estos programas, ya que el OR es 1,96. Esto es estadísticamente significativo (IC:1,25; 3,08).

A pesar de que las limitaciones metodológicas de los estudios justifican estos análisis de sensibilidad, su exclusión no alteró la conclusión principal de los metanálisis: una repercusión negativa y significativa del programa.

Resumen de los resultados:

Estos ensayos aleatorios, realizados a lo largo de un período de 25 años en ocho jurisdicciones diferentes, aportan pruebas de que "Scared Straight" y otros programas de "concientización juvenil" no son eficaces como estrategia única de prevención del delito. Lo que es más importante, aportan pruebas empíricas, en condiciones experimentales, de que estos programas suelen aumentar los odds de que los menores expuestos a ellos cometerán delitos en el futuro.

A pesar de la variabilidad en el tipo de intervención utilizada, que varía desde interacciones duras y de enfrentamiento a visitas al establecimiento, se llega al mismo resultado: un aumento de la criminalidad en el grupo experimental, en comparación con el control ningún tratamiento. Habría sido mejor no hacer nada que exponer a los jóvenes a estos programas.

El hecho de que los siete ensayos utilizados en el metanálisis se realizaron en seis jurisdicciones mediante diferentes concepciones de la intervención, subraya la alta validez externa de estos hallazgos.

Se debe señalar que los otros dos ensayos que no informaron datos de prevalencia para el metanálisis tampoco informaron efectos para la intervención (Cook 1992; Locke 1986).

En efecto, los datos promedio del estudio Mississippi también son negativos en cuanto a la dirección y los investigadores de Kansas informaron que los datos autoinformados indicaron una repercusión negativa. Estos resultados reflejan el metanálisis de prevención juvenil y programas de tratamiento de Lipsey (Lipsey 1992), que indicó que el tamaño del efecto para 11 programas de encarcelación y "Scared Straight" fue -0,14 (o produjeron tasas de reincidencia 7% mayores en el grupo experimental que en el control, si se considera un valor inicial de 50%).

Revisor: MG/JP	Fecha: 19/05/07
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 564	Primer autor: WILSON
Fecha de publicación: 2005	Revista: The Campbell Collaboration

Objetivo de la revisión:

El objetivo de esta revisión sistemática es sintetizar los efectos de los programas Boot Camp (Campos de bota) sobre la conducta criminal de infractores jóvenes y adultos, y valorar su eficacia sobre la reincidencia.

Búsqueda de estudios primarios:

Bases de datos utilizadas: Las búsquedas se realizaron entre 1991 y 2003 en bases de datos electrónicas como Criminal Justice Periodical Index Dissertation Abstracts Online, Government Publications Office Monthly Catalog, Government Publications Reference File, NCJRS, PsychINFO, Sociological Abstracts, Social SciSearch, U.S. Political Science Documents.

Búsqueda manual: Se realizó una búsqueda manual en el registro de los estudios de The Campbell Collaboration en los apartados Social, Psicológico, Educativo y Criminológico. La búsqueda final de estas fuentes fue completada a principios de diciembre de 2003. Los autores se pusieron en contacto con personal no investigador de los EE.UU. y del extranjero que trabajaban en esta área.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Se incluyeron los estudios en los que se evalúa un centro correccional en el que se lleva a cabo un Boot Camp, encarcelamiento de choque, o un programa de encarcelamiento intensivo (p.ej., un programa residencial para los infractores condenados que incorpora un ambiente militarista y/o la actividad estructurada del trabajo).
- Se incluyeron estudios que comparaban con un grupo que estaba en un centro correccional alternativo, como la cárcel o la prisión. El diseño de estudio podía ser experimental o cuasi experimental.
- Se excluyeron los diseños de investigación de un solo grupo.
- Los participantes del estudio debían estar exclusivamente bajo la supervisión del sistema de justicia criminal o juvenil.

- El estudio debía tener una medida “post” de conducta criminal, como detenciones (la medida podía estar basada en boletines oficiales o en autoinformes y estar redactada en una escala continua o dicotómica).

Criterios para evaluar la calidad y cómo se aplicaron:

Relevancia del estudio: Todos los estudios fueron evaluados por dos investigadores independientes, las dudas fueron resueltas por los doctores MacKenzie o Wilson.

Extracción de datos: Las referencias identificadas como seleccionables para esta revisión se insertaron en una base de datos bibliográfica creada en FileMaker Pro (TM) por D. B. Wilson y J. H. Derzon. Los documentos identificados fueron obtenidos y los investigadores evaluaron su inclusión en la revisión. Se extrajeron datos de los participantes, el tipo de estudio, las características de los programas de intervención y los resultados sobre reincidencia y efectividad del Boot Camp.

Calidad metodológica del estudio: Para controlar el rigor metodológico de los estudios se tuvo en cuenta la asignación aleatoria, los grupos control o el control estadístico, el diseño de los estudios prospectivos. Se realizó un análisis de los abandonos , un análisis de las pérdidas globales y un .análisis de las pérdidas diferenciales.

Datos extraídos de los estudios primarios:

Características generales: La mayoría de los estudios evaluados eran sobre Boot Camp en EEUU. Uno evaluaba un programa canadiense y otro evaluaba dos programas distintos Gran Bretaña. Del total de los estudios, 22 fueron redactados en informes de gobierno. Ocho estudios fueron redactados en un par de revistas revisadas y dos sólo estaban disponibles como reportes técnicos.

Referentes al diseño del estudio: Los estudios eran comparativos. Se comparaba un grupo intervenido con el Boot Camp con otro grupo intervenido con tratamiento tradicional.

Resultados evaluados: Todos los estudios incluidos en esta revisión incluyeron una medida de resultados que media en el seguimiento la conducta criminal, es decir, la reincidencia. Esta medida se evaluó, mayoritariamente, con un indicador dicotómico de arrestos, convicción,

nuevo encarcelamiento o con indicadores específicos de los tipos de delitos y su frecuencia. Unos estudios también incluyeron medidas de autoinforme de participación criminal (estos no fueron usados en los análisis meta-analíticos).

Síntesis de datos:

Diferencias entre los estudios: Tres de estos estudios reportaron múltiples resultados de contrastes entre grupos de tratamiento y grupos de comparación. MacKenzie y Souryal (1994) redactaron resultados de nueve áreas geográficas diferentes (estados), de los cuales ocho fueron seleccionados para esta síntesis. Farrington, et al. (2001) redactaron los resultados de las evaluaciones de dos programas de Boot Camp distintos. Zhang (2000) reportó los resultados de la comparación entre un grupo controlado y un grupo no controlado del mismo programa de Boot Camp. Las muestras del estudio de Zhang (2000) eran distintas por lo que se codificaron y trataron por separado en el análisis. El Departamento de Florida de evaluación de Justicia Juvenil (1997) redactó resultados del programa de Boot Camp del Condado de Polk por separado para chicos y chicas. Esta distinción se mantuvo en el análisis.

Síntesis de datos:

El principal efecto de interés fue medir la reincidencia y valorar la efectividad del Boot Camp. Los datos de reincidencia se evaluaron utilizando indicadores dicotómicos. Para evaluar la efectividad del programa el índice utilizado fue el de odds-ratio.

La media de los odds-ratio y la homogeneidad de los efectos a través de los estudios fueron calculadas usando el método de peso de discrepancia inverso. Un modelo de efectos arbitrario fue asumido y el componente de discrepancia de efectos arbitrario fue estimado usando los métodos perfilados por DerSimonian y Laird (1986) y Raudenbush (1994). Los cálculos fueron realizados usando macros escritos por B. Wilson y disponibles para su uso con el SAS, SPSS, y Stata (Lipsey and Wilson, 2001). Se utilizó la versión Stata. Estas macros usan los mismos métodos de cálculo que los usados en el programa de La Colaboración Cochrane MetaView (Deeks, 1999).

Se realizó un análisis del efecto moderador para examinar la influencia del método, los infractores y las características del tratamiento en los resultados.

En el apartado de características de los grupos de comparación fue dónde se encontraron datos significativos sobre la efectividad. La mayoría de los grupos de comparación eran cárceles o prisiones y

tratamiento residencial. Los estudios que utilizaron un grupo control de este tipo mostraron pequeños efectos positivos del Boot Camp. En los tres estudios que utilizaron un grupo control de libertad condicional mostraron un efecto negativo del Boot Camp (a este resultado se le da poco peso debido al pequeño número de estudios).

En cuanto a las características de los participantes No se encontraron diferencias entre las medias de los odds ratios significativas. De las características de los programas examinados, sólo las sesiones de asesoramiento como componente integral del Boot Camp fue considerablemente relacionado con la media de los odds-ratio. Esta diferencia fue estadísticamente significativa para los Boot Camp juveniles. Los programas juveniles sin este componente tenían un impacto negativo total (las tarifas más altas de reincidencia).

Resumen de los resultados:

La estrategia de búsqueda identificó 152 estudios seleccionables de los que se obtuvo 144 copias. De estos 144 documentos, 43 cumplieron los criterios de inclusión. De los 43 artículos, 32 se incluyeron en el estudio. Los 32 estudios produjeron 43 muestras independientes para el análisis. Las muestras independientes de los grupos de tratamiento y los de comparación fueron la unidad-de-análisis para esta síntesis.

Los 43 contrastes de comparación de tratamiento generaron un total de 199 proporciones de probabilidades, con la mayor parte de estudios relatando múltiples resultados. El setenta y dos por ciento de los estudios tenían cuatro o menos proporciones de probabilidades.

Los resultados de la revisión muestran que los Boot Camp no son ni tan efectivos ni tan perjudiciales.

Los estudios primarios proporcionaron información limitada sobre las características de los infractores. La mayor parte de las evaluaciones realizadas hasta el momento han sido sobre los Boot Camp masculinos. Debido al pequeño número de estudios de mujeres y mixto apenas se encontraron diferencias con los resultados de los estudios de hombres.

Las comparaciones de muestras juveniles y adultas con las muestras no violentas y mixtas no mostraron ninguna interacción evidente en la eficacia del Boot Camp.

Los defensores del Boot Camp sugieren que el componente militarista de los Boot Camp es beneficioso para la disminución de la conducta criminal. En los resultados de esta revisión no se encontró que este efecto militarista sea eficaz en reducir la reincidencia, pero también se encontró que el efecto del Boot Camp no es menos efectivo que alternativas como las cárceles o prisiones.

No hay resultados sobre la efectividad de un programa con ambiente de Boot Camp y el uso de otra intervención eficaz para reducir la reincidencia frente a las prisiones o cárceles dónde también se lleve a cabo intervenciones eficaces.

Revisor: MG/JP	Fecha: 13/09/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 565	Primer autor: Lipsey
Fecha de publicación: 2007	Revista: The Campbell Collaboration

Objetivo de la revisión:

El objetivo de esta revisión se centra en el campo del tratamiento cognitivo conductual con infractores examinando el papel de diversas variables moderadoras en la variación de los efectos del tratamiento en la reincidencia.

Búsqueda de estudios primarios:

El Primer autor, Lipsey creó una base de datos de metanálisis de estudios codificados para intervenciones con jóvenes infractores encontrados en una búsqueda exhaustiva de estudios reportados en 2002 o más temprano. Todos los estudios en esta base de datos fueron revisados. También se revisaron estudios con adultos.

Las bases de datos electrónicas fueron: C2 SPECTR (Social, Psychological, Educational and Criminological Trials Register), Dissertation Abstracts Online, ERIC, MEDLINE, NCJRS, PsychInfo/PsychLit, Sociological Abstracts, Páginas Web del Gobierno (NIJ, NIC, OJJDP, Home Office) y otras bases no especificadas.

El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de revistas especializadas y la revisión de las referencias citadas en los estudios seleccionados. Los años de búsqueda manual fueron entre 1965 y 2005.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Se incluyeron estudios aleatorizados o con diseño cuasi-experimental donde se comparaban un grupo con una intervención cognitiva-conductual y un grupo control que no recibía una intervención cognitiva-conductual. Los estudios cuasi-experimentales fueron elegidos sólo si los sujetos en los diferentes grupos fueron estadísticamente controlados o comparados en una o más de las siguientes variables: historia del primer delito, riesgo de reincidencia, género, raza o edad.
- Se incluyeron los estudios en los que las intervenciones tenían una orientación cognitiva-conductual. Los distintos programas podían ser: Terapia de Razonamiento y Rehabilitación (Roos y Fabiano,

1985), Terapia de Reconocimiento Moral (Little y Robinson, 1986), Entrenamiento de Sustitución de la Agresión (Goldstein y Glick, 1987), el Pensamiento para cambiar el currículo (Bush, Glick y Taymans, 1997) y los Programas de Intervenciones Cognitivas (NIC, 1996).

- Se incluyeron los estudios en los que los participantes eran infractores, jóvenes o adultos, en libertad condicional, encarcelados o después de la libertad condicional. No se incluyeron infractores de delitos específicos como delitos sexuales, delitos de drogas o delitos de estado.
- Se incluyeron los estudios en los que se evaluó una medida de resultado post del comportamiento criminal. Los resultados debían presentarse en una forma cuantitativa que permitiera contabilizar o hacer una estimación razonable del tamaño del efecto para ver las diferencias en reincidencia entre el grupo tratado y el no tratado.

Resultados medidos:

El resultado medido fue la reincidencia de los grupos de tratamiento y de los grupos control. Los resultados de reincidencia fueron codificados como odds ratios, representando los odds de “éxito” (no reincidencia) de los participantes del grupo de tratamiento relacionado con los odds de los participantes del grupo control. Los antecedentes de las enfermedades de salud mental de los participantes fueron consideradas pero únicamente en la descripción de la muestra.

Síntesis de datos:

De un total de 299 estudios elegibles se seleccionaron 58 estudios que cumplieran con los criterios de inclusión.

Se encontraron más estudios de adultos que de jóvenes infractores y la mayoría fueron hombres. En casi la mitad de los estudios el tratamiento se llevó a cabo en una institución correccional y, generalmente, duraban menos de 20 semanas.

En la mayoría de los casos los participantes no tenían, o tenían muy pocos, antecedentes psicológicos-psiquiátricos y habían recibido un entrenamiento mínimo en la terapia cognitiva-conductual.

Los resultados obtenidos en el metanálisis confirmaron los resultados de otros estudios recientes sobre los efectos del tratamiento cognitivo-conductual en la reincidencia de los infractores (Landenberger y Lipsey, 2005; Lipsey, Chapman, y Landenberger, 2001; Lipsey y Landenberger, 2006; Pearson et al., 2002; Wilson, Bouffard, y MacKenzie, 2005).

Los odds ratios de los no reincidentes, en los doce meses después de la intervención, en el grupo de intervención fue 1,53 veces más grande que los del grupo control. Esto representa una reducción del 0.40 en tasas de reincidencia en el grupo control y en el grupo de intervención de 0.30, una disminución del 25 %.

Las configuraciones más eficaces de CBT produjeron proporciones de probabilidades casi dos veces tan grande como la media, correspondiente a las tasas de reincidencia de un 0.19 de los grupos de tratamiento, una disminución de más de un 50 % de la tasa del grupo control (0.40).

No se encontraron diferencias significativas en los distintos tratamientos de terapia cognitiva-conductual. Así parece que con un acercamiento general, y no específico se obtienen efectos positivos sobre la disminución de la reincidencia.

Revisor: MG/JP	Fecha: 20/06/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 566	Primer autor: Redondo
Fecha de publicación: 1999	Revista: Psychology, Crime & Law

Objetivo de la revisión:

Determinar mediante un metanálisis qué tratamientos, de los aplicados en Europa, resultan más efectivos para reducir las tasas de reincidencia de los infractores (jóvenes o adultos)

Búsqueda de estudios primarios:

La búsqueda de los estudios cubrió el período 1980-1991 y se utilizaron diversas fuentes de información: Criminal Justice Periodical Index, Pascal, PsicLIT, búsqueda manual de revistas especializadas, envío de cartas solicitando estudios a numerosas instituciones europeas y revisión de las referencias citadas en los estudios seleccionados.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Los participantes debían ser infractores bajo el control del sistema de justicia penal.
- Los estudios debían utilizar alguna estrategia de intervención y ser aplicados en Europa. Además debían ser diseños pretest-posttest de un solo grupo con los diseños de dos grupos (grupo de tratamiento y grupo control) y evaluaban medidas de resultado de reincidencia.

Resultados medidos:

Se tuvieron en cuenta diferentes medidas de reincidencia, tanto índices de prevalencia (medidas dicotómicas) como de incidencia (número de delitos cometidos).

Síntesis de datos:

El proceso de búsqueda permitió seleccionar 29 trabajos, dando lugar a un total de 32 estudios que cumplieron con los criterios de selección, lo que supuso una muestra total de 5.715 sujetos. La eficacia media de los programas de intervención europeos analizados alcanzó un valor de $r = 0.12$ estadísticamente significativo, lo que supone una reducción en torno al 12% en las tasas de reincidencia de los grupos tratados respecto de los grupos de control. Este resultado es similar al

encontrado a las revisiones meta-analíticas norteamericanas sobre medidas de reincidencia. Los resultados de eficacia fueron moderados por los programas conductuales y cognitivo-conductuales que fueron los más efectivos. Además se alcanzaron mejores resultados con infractores juveniles, si bien ello puede estar mediado por el hecho de que fue con ellos con quienes se aplicaron los programas más eficaces (conductuales y cognitivo-conductuales) y se obtuvieron mejores resultados con infractores violentos (excluyendo infractores sexuales), lo que parece confirmar el principio de riesgo (Andrews et al., 1990). Este principio sostiene que los programas son más eficaces cuando se aplican a infractores de alto riesgo, ya que estos programas suelen ser los más intensivos y focalizados en las necesidades criminogénicas de los infractores tratados.

Revisor: MG/JP	Fecha: 22/06/2007
REVISIÓN SISTEMÁTICA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
Nº Estudio: 567	Primer autor: Redondo
Fecha de publicación: 2002	Revista: Psicothema

Objetivo de la revisión:

Determinar mediante un metanálisis qué tratamientos, de los aplicados en Europa, resultan más efectivos para reducir las tasas de reincidencia de los infractores.

Búsqueda de estudios primarios:

La búsqueda de los estudios cubrió el período 1980-1998 y se utilizaron diversas fuentes de información: Criminal Justice Periodical Index, Pascal, PsicLIT, búsqueda manual de revistas especializadas, envío de cartas solicitando estudios a numerosas instituciones europeas y revisión de las referencias citadas en los estudios seleccionados.

Criterios de inclusión y cómo se aplicaron:

- Los participantes debían ser infractores bajo el control del sistema de justicia penal (jóvenes o adultos).
- Los estudios debían utilizar alguna estrategia de intervención.
- Se incluyeron estudios que aplicaban diseños de dos (o más) grupos, uno de ellos actuando como grupo de control.
- Se incluyeron estudios con medidas dicotómicas de reincidencia.
- Los estudios fueron aplicados en Europa.

Resultados medidos:

El metanálisis se centró en tres medidas dicotómicas de reincidencia, dos de ellas basadas en los registros oficiales de la policía y del sistema de justicia penal, y la tercera basada en datos auto-informados. Los dos índices oficiales de reincidencia fueron la reincidencia general y la reincidencia grave.

Síntesis de datos:

El proceso de búsqueda permitió seleccionar 23 estudios que cumplieron con los criterios de selección, lo que supuso una muestra total de 5.764 sujetos (2.570 en los grupos tratados y 3.194 en los grupos de control).

La mayor parte de los estudios estuvo formada por infractores adultos (61,5%), con una media de 25,5 años y siendo la mayoría muestras de hombres. Los modelos de intervención que se encontraron en los estudios fueron: terapias psicológicas no conductuales (26,9%), programas educativos (19,2%), programas de derivación (19,2%), intervenciones cognitivo-conductuales (15,4%). Los programas presentaban una duración mediana de 4,5 meses con 4 horas de tratamiento semanal, en promedio. Los programas se aplicaron con mayor frecuencia en la comunidad (50%) y en prisiones de adultos (20,8%). Las muestras de infractores recibieron los programas sobre todo en régimen abierto (39,1%) y cerrado (30%). El país mejor representado fue Gran Bretaña con 11 estudios (42,3%), seguido de Alemania y Suecia cada uno con 5 estudios (19,2%), Holanda con 4 estudios (15,4%) e Israel con un estudio (3,9%). Sólo dos estudios de los 26 (7,7%) asignaron aleatoriamente los sujetos a los grupos de intervención y la tasa media de mortalidad experimental en los grupos tratados fue del 36,8%. Los períodos de seguimiento para el registro de la reincidencia en el delito presentaron una mediana de 24 meses, variando entre los 6 y los 120 meses.

Los 23 estudios que presentaron datos sobre reincidencia general alcanzaron un tamaño del efecto medio de $r = 0.21$, siendo estadísticamente significativo ($z = 15,22$, $p < .001$). Por tanto, los grupos que recibieron algún tipo especial de intervención presentaron mejores resultados de reincidencia general que los grupos de control. La medida de reincidencia grave sólo pudo obtenerse en 8 estudios, presentando un tamaño del efecto medio de $r = 0.22$, también a favor de los grupos tratados y estadísticamente significativo ($z = 6,63$, $p < .001$). Con respecto a la reincidencia auto-informada, sólo tres estudios incluyeron este tipo de medida, alcanzando un tamaño del efecto medio de $r = 0.31$ y siendo estadísticamente significativo a favor de los grupos tratados ($z = 9,32$, $p < .001$).

Anexo 15. Tabla de evidencia de los artículos (ECA)

Anexo 15.1. Incluyen medidas de Salud Mental y Reincidencia

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
HAGAN 1997 (EE.UU.) ID= 156	Ensayo clínico aleatorizado	N: 53 jóvenes infractores residentes en la Escuela Ethan Allen (correcional de seguridad para jóvenes infractores) GI: 26 jóvenes infractores GC: 27 jóvenes infractores	Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI). No se describe la intervención.	- Gravedad de los nuevos delitos - Tipo de penas - Tasas de reincidencia de distintos tipos de delitos - Trastornos mentales de los jóvenes infractores	1	0	0	1		1b

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
HENGGELE 2006 (EE.UU.) ID= 193	Ensayo clínico aleatorizado	N:161 jóvenes infractores del Departamento de Justicia Juvenil del Condado de Charlestone (Sur de Carolina) GI1: 42 jóvenes infractores GI2: 38 jóvenes infractores GI3: 38 jóvenes infractores GI4: 43 jóvenes infractores	- GI1: Juzgado de Familia con servicios comunitarios (FC) - GI2: Juzgado de Drogas con servicios comunitarios (DC) - GI3: Juzgado de Drogas con Terapia Multisistémica (DC/TMS) - GI4: Manejo de Contingencias (DC/TMS/MC)	- Resultados relacionados con los servicios (servicios pertenecientes al cumplimiento por parte de los jóvenes de las condiciones impuestas por el tribunal de drogas: DC, DC/TMS y DC/TMS/MC) - Actividad criminal y síntomas de salud mental - Alcohol y consumo de sustancias	2	0	0	2	En un sobre se informaba de los programas de intervención asignados a las familias	1b

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
LANE 2005 (EE.UU.) ID= 292	Ensayo clínico aleatorizado (estudio longitudinal con 18 meses de seguimiento)	Año 1999: N: 500 jóvenes infractores GI: 250 jóvenes infractores GC: 250 jóvenes infractores Año 2000: <u>N inicio:</u> 539 jóvenes infractores GI: 264 jóvenes infractores GC: 275 jóvenes infractores <u>N final (a los 18 meses):</u> 462 jóvenes infractores GI: 226 jóvenes infractores GC: 236 jóvenes infractores	- GI: Proyecto Desafío Sur de Oxnard, compuesto por equipo multidisciplinar (2 horas al mes durante 7 meses) - GC: Libertad condicional rutinaria (visita de un funcionario 1 vez al mes cada 3 meses)	- Características demográficas - Contactos y servicios durante el periodo de intervención - Reincidencia - Medidas adicionales: estado de la libertad condicional, consumo de alcohol y otras drogas, restitución y servicios comunitarios	2	0	1	3		1b

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
OVAERT 2003 (EE.UU.) ID= 365	Ensayo clínico aleatorizado	<u>N inicio:</u> 45 jóvenes con diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) instalados en un correccional del Norte de Texas <u>N final:</u> 43 jóvenes con TEP GI1: completó pretratamiento, postratamiento y seguimiento (segundo postratamiento) GC1 y GC2: completaron pretratamiento, un segundo pretratamiento y postratamiento	Terapia de Grupo Estructurada para TEP (12 sesiones, 2 veces a la semana durante 6 semanas) con 3 fases de tratamiento: educativa y de toma de contacto (sesiones 1 a 5), reexperienciar (sesiones 6 a 11) y resolución (de la sesión 12 en adelante). Las técnicas específicas empleadas fueron: entrenamiento en relajación, role playing, modelado y contar historias narrativas	• Preexploración (diagnóstico) • Reacciones de TEP de los individuos tras una amplia exposición a eventos traumáticos • Transitoriedad y perdurabilidad de los síntomas de ansiedad e ira • Síntomas de depresión • Datos conductuales/Reincidencia	2	0	1	3		1b

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
DEMBO 2001 (EE.UU.) ID= 477	Ensayo clínico aleatorizado (con 3 años de seguimiento)	<u>N inicio:</u> 315 jóvenes infractores procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough y sus familias <u>N final (a los 3 años):</u> 278 jóvenes infractores y sus familias	• GI1: Programa de Fortalecimiento de la Familia (FEI- Family Empowerment Intervention) • GI2: Intervención con Servicios Extendidos/ Ampliados (ESI- Extended Services Intervention)	• Datos demográficos, educativos, historia de tratamiento • Cargos y arrestos relacionados con la entrada en el Centro • Historia referida • Características problemas familiares • Consumo de sustancias de los amigos e implicación con la policía y los tribunales • Abuso físico • Victimización sexual • Autoinforme consumo alcohol/drogas ilícitas (en año previo entrevista inicial y seguimiento) • Autoinforme de conducta delincuente • Funcionamiento emocional-psicológico	1	0	1	2		1b

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
DEMBO 2001 (EE.UU.) ID= 478	Ensayo clínico aleatorizado (con 2 a 4 periodos de seguimiento de 12 meses cada uno)	<u>N inicio:</u> 303 jóvenes infractores procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough y sus familias <u>N final (a los 4 años):</u> 23 jóvenes infractores y sus familias	• GI1: Programa de Fortalecimiento de la Familia (FEI- Family Empowerment Intervention) • GI2: Intervención con Servicios Extendidos/ Ampliados (ESI- Extended Services Intervention)	• Datos demográficos, educativos, historia de tratamiento • Cargos y arrestos relacionados con la entrada en el Centro • Historia referida • Características de los problemas familiares • Consumo de sustancias de los amigos e implicación con la policía y los tribunales	1	0	1	2		Ib
				• Abuso físico • Victimización sexual • Autoinforme de consumo de alcohol y drogas ilícitas previo a la entrevista inicial • Autoinforme de conducta delincuente • Funcionamiento emocional- psicológico • Reincidencia						

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
DEMBO 2000 (EE.UU.) ID= 479	Ensayo clínico aleatorizado (con seguimiento de 1 año)	<u>N inicio</u>: 272 jóvenes infractores procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough y sus familias <u>N final</u> (un año después): 58% de 130 jóvenes infractores y sus familias (75,40 jóvenes infractores y sus familias)	• GI1: Programa de Fortalecimiento de la Familia (FEI- Family Empowerment Intervention) • GI2: intervención con Servicios Extendidos/ Ampliados (ESI- Extended Services Intervention)	• Datos demográficos, educativos, historia de tratamiento • Cargos y arrestos relacionados con la entrada en el Centro • Historia referida • Características de los problemas familiares • Consumo de sustancias de los amigos e implicación con la policía y los tribunales • Abuso físico • Victimización sexual • Autoinforme de consumo de alcohol y drogas ilícitas previo a la entrevista inicial • Autoinforme de conducta delincuente • Funcionamiento emocional-psicológico • Tipo de caso	1	0	1	2		1b

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
DEMBO 2000 (EE.UU.) ID= 480	Ensayo clínico aleatorizado	<u>N inicio</u> : 194 jóvenes infractores procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough y sus familias <u>N final</u> : 163 jóvenes infractores y sus familias	• GI1: Programa de Fortalecimiento de la Familia (FEI- Family Empowerment Intervention) • GI2: Intervención con Servicios Extendidos/ Ampliados (ESI- Extended Services Intervention)	• Funcionamiento emocional- psicológico • Actos infractores (robos generales, crímenes contra otras personas, índice de crímenes, venta de drogas y delincuencia total) • Consumo de alcohol y drogas	1	0	0	1		1b
* GI : GRUPO INTERVENCIÓN, GC : GRUPO CONTROL										
** A : ALEATORIZACIÓN (máx. 2), C : CEGAMIENTO (máx. 2), S : SEGUIMIENTO (máx. 1), Q : CALIDAD (máx. 5), OA : OCULTACIÓN EN LA ASIGNACIÓN, NE : NIVEL DE EVIDENCIA										

Anexo 15.2. Incluyen sólo medidas de Salud Mental

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
BIGGAM 2002 (ESCOCIA) ID= 38	Ensayo clínico aleatorizado (con dos medidas post: después de la intervención y a los tres meses)	N: 46 jóvenes infractores GI: 23 jóvenes infractores GC: 23 jóvenes infractores	- GI: 5 grupos de Entrenamiento en Solución de Problemas, de D'Zurilla y Goldfried (1971) - GC: No intervención	- Datos demográficos y de la prisión (edad, antecedentes familiares, salud física y mental, educación y empleo, historial de delitos, abuso de sustancias y su relación con el personal del centro y otros internos) - Malestar psicológico - Habilidad en solución de problemas	2	1	0	3		lb

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
AHRENS 2002 (EE.UU.) ID= 215	Ensayo clínico aleatorizado	N: 38 jóvenes infractores GI: 19 jóvenes infractores GC: 19 jóvenes infractores que están en lista de espera	- GI: Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) - GC: recibieron el tratamiento (TPC) después de haber recogido los datos del grupo de intervención	- Depresión - Eventos de impacto - Trastorno por Estrés Postraumático (TEP)	1	0	0	1		1b
SMITH 2002 (EE.UU.) ID= 222	Ensayo clínico aleatorizado	N: 8 jóvenes infractores encarcelados en el Centro de Desarrollo Juvenil de Albuquerque (Nuevo México) GI: 4 jóvenes infractores GC: 4 jóvenes infractores	- GI: Lecciones de habilidades de conversación sobre temas específicos con un especialista en lenguaje - GC: Conversación sobre tema libre, sin instrucciones sobre el discurso, ni especialista en lenguaje	- Cociente Intelectual (CI) - Habilidades de conversación	1	1	0	2		1b

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
NAKAYA 2004 (JAPÓN) ID= 339	Ensayo clínico aleatorizado	<u>N inicio:</u> 16 jóvenes infractores instalados en el Reformatorio de Fukuoka	- GI: Relajación muscular (1 vez por semana durante 1 mes) - GC: No relajación muscular	- Tolerancia a la frustración - Respuestas ante el estrés psicosocial - Rasgos de personalidad de los jóvenes infractores	1	0	1	2		Ib
		GI: 8 jóvenes infractores GC: 8 jóvenes infractores <u>N final:</u> 13 jóvenes infractores GI: 8 jóvenes infractores GC: 5 jóvenes infractores								

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
ROHDE 2004 (EE.UU.) ID= 426	Ensayo clínico aleatorizado	<u>N inicio:</u> 138 jóvenes infractores (distribuidos en 6 grupos) encarcelados en dos Centros Correccionales GI: 46 jóvenes del Centro de Oak Creek GC1: 30 jóvenes del Centro de Oak Creek GC2: 62 jóvenes del Centro de la Costa Norte <u>N final:</u> 109 jóvenes infractores GI y GC1: 64 jóvenes infractores del Centro de Oak Creek GC2: 45 jóvenes del Centro de la Costa Norte	- GI: Curso de Afrontamiento para Jóvenes con Depresión (CWD-A) (Clarke et al., 1990)- versión modificada (16 sesiones durante 8 semanas)-para trabajar: habilidades sociales, relajación, reestructuración cognitiva, comunicación y resolución de problemas). Se daba folleto con los conceptos clave de las sesiones, tareas estructuradas, preguntas cortas y tareas asignadas - GC1 y GC2: Cuidados habituales de cada Institución	- Datos demográficos - Comportamientos internalizados y externalizados de los jóvenes - Ideas de suicidio e intentos autolíticos - Actitudes hacia la vida - Habilidades de Afrontamiento - Autoestima - Soledad - Optimismo - Ajuste Social - Conocimiento de los conceptos de la terapia Cognitiva- Conductual	1	1	0	2		lb

* **GI:** GRUPO INTERVENCIÓN, **GC:** GRUPO CONTROL

** **A:** ALEATORIZACIÓN (máx. 2), **C:** CEGAMIENTO (máx. 2), **S:** SEGUIMIENTO (máx. 1), **Q:** CALIDAD (máx. 5), **OA:** OCULTACIÓN EN LA ASIGNACIÓN, **NE:** NIVEL DE EVIDENCIA

Anexo 15.3. Incluyen sólo medidas de Reincidencia

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
					A	C	S	Q	OA	NE
SCHAEFFER 2005 (EE.UU.) ID= 452	Ensayo clínico aleatorizado (con seguimiento de 13,7 años)	<u>N inicio</u>: 176 jóvenes infractores remitidos al Proyecto de Delincuencia de Missouri y sus familias GI1: 92 jóvenes infractores y sus familias GI2: 84 jóvenes infractores y sus familias <u>N final (a los 13,7 años)</u>: 140 jóvenes infractores y sus familias	- GI1: Terapia Multisistémica (TMS) - GI2: Terapia Individual (TI)	- Actividad criminal en el postratamiento (reincidencia) - Datos de arrestos criminales de jóvenes y de adultos (arrestos no violentos, violentos, relacionados con drogas, otros delitos) - Días de sentencia en confinamiento - Días de sentencia en libertad condicional (de adultos)	2	0	1	3		1b

* **GI**: GRUPO INTERVENCIÓN, **GC**: GRUPO CONTROL

** **A**: ALEATORIZACIÓN (máx. 2), **C**: CEGAMIENTO (máx. 2), **S**: SEGUIMIENTO (máx. 1), **Q**: CALIDAD (máx. 5), **OA**: OCULTACIÓN EN LA ASIGNACIÓN, **NE**: NIVEL DE EVIDENCIA

Anexo 16. Características de los estudios incluidos (ECA)

Anexo 16.1. Incluyen medidas de salud mental y reincidencia

PRIMER AUTOR:	HAGAN 1997 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 156	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI)		
Participantes	Muestra: 53 jóvenes infractores instalados en un correccional de seguridad de Wisconsin <u>Grupos de intervención (GI):</u> 26 jóvenes infractores. GI1 (n = 14 jóvenes infractores): seleccionados en la primera franja temporal (desde el año 1988). GI2 (n = 12 jóvenes infractores): Seleccionados en la segunda franja temporal (desde el año 1990). <u>Grupos control (GC):</u> 27 jóvenes infractores. GC1 (n = 14 jóvenes infractores): Seleccionados en la primera franja temporal (desde el año 1988). GC2 (n = 13 jóvenes infractores): Seleccionados en la segunda franja temporal (desde el año 1990).		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado.		
Reclutamiento	Los jóvenes de este estudio eran residentes de la Escuela Ethan Allen (Wisconsin), un correccional de seguridad para jóvenes infractores (varones) enviados por los tribunales juveniles. En el momento del estudio esa modalidad pertenecía al Departamento de Salud y Servicios Sociales, y posteriormente ha sido ubicada en el Departamento de Correccionales. Los jóvenes no estaban en un programa particular, ni en circunstancias especiales de condena.		

Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Jóvenes declarados culpables de delitos que hubiesen sido condenados a 6 o más meses de cárcel si hubieran sido adultos. - Jóvenes liberados de la institución durante un mínimo de 5 años (para los grupos de 1990) y un mínimo de 7 años (para los grupos de 1988). Criterios de exclusión: - Infractores con una edad mayor que la permitida por la jurisdicción de justicia juvenil (mayores de 19 años), que estaban cumpliendo la primera parte de la sentencia en modalidades juveniles.
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: Los participantes se eligieron mediante selección aleatoria en dos franjas temporales distintas durante la implementación de la UTI. Una de estas franjas fue desde 1988 y la otra desde 1990. En las muestras se incluyeron a todos aquellos jóvenes ubicados en la UTI en esos periodos. Del grupo del año 1988 resultó una muestra de 14 chicos y del grupo de 1990 se alcanzó una muestra de 12 chicos. Estos dos grupos de intervención (GI1 y GI2) se compararon con otros dos grupos control (GC1 y GC2) que fueron seleccionados aleatoriamente, en las mismas franjas temporales, del resto de la población en la institución (excluyendo a los jóvenes residentes de la UTI). La muestra del GC se compuso de 14 jóvenes seleccionados en el grupo de 1988 y de 13 jóvenes seleccionado en el grupo de 1990. Algunos participantes tenían problemas mentales o de habilidades intelectuales (aunque en el estudio no se presentan ni detallan, se argumentan los motivos). Se especifica que los jóvenes infractores con problemas mentales no recibieron tratamiento paralelo en ninguna unidad psiquiátrica. Intervención: No se describe. Recolección de datos: Los grupos de intervención y control de 1988 y 1990 fueron comparados de forma conjunta y separada. Un análisis de seguimiento para cada individuo se completó mediante los informes centrales de la oficina del Estado de Wisconsin (información de las condenas).
Medidas de resultados	• Gravedad de los nuevos delitos. • Tipo de penas. • Tasas de reincidencia de distintos tipos de delitos. • Trastornos mentales de los jóvenes: evaluados mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV, 1994).
Análisis Estadístico	- Análisis chi-cuadrado. - ANOVA. Nota: en los análisis se compararon todos los jóvenes en la modalidad UTI vs. todos los controles, del mismo modo, se compararon los participantes de la UTI 1988 vs. los controles de 1988 y los participantes de la UTI 1990 vs. los controles de 1990.

Resultados	- En general: - Tras comparar los grupos UTI 1988 y UTI 1990 con sus respectivos controles, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. - Los grupos de comparación combinados no mostraron diferencias significativas. - Al comparar los grupos de los mismos años no se encontraron diferencias significativas. - Gravedad de los nuevos delitos: - Las diferencias en gravedad de los delitos cometidos de nuevo entre los grupos UTI y los controles fueron delimitados respecto a: sin más penas, supervisión, pena de cárcel o pena de prisión. No se encontraron diferencias significativas. - Tipos de penas: - Cerca de la mitad (46%) de los jóvenes de la UTI no volvieron a ser encarcelados, mientras que algo más de la mitad (53%) fueron reencarcelados como adultos. - Las sentencias de cárcel no difirieron para los dos grupos. - Las sentencias de prisión no fueron significativamente diferentes para los dos grupos. - Comparando el número de años de sentencia, el análisis de varianza no fue significativamente diferente para los dos grupos. - Tasas de reincidencia de distintos tipos de delitos: - Aproximadamente un tercio (34%) de los jóvenes de la UTI no reincidieron. - No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a delitos graves y menores. - Los dos grupos no fueron significativamente diferentes en delitos sexuales. - Los dos grupos no fueron significativamente diferentes en cometer delitos distintos a los sexuales. - No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos al comparar las tasas de delitos en contra de las personas. - Los delitos contra la propiedad no difirieron en los dos grupos. - Trastornos mentales de los jóvenes: - Los autores sugieren que los trastornos mentales por sí mismos no suponen un factor de riesgo para volver a delinquir si el individuo ha recibido un tratamiento intensivo.		
	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 1		
Calidad	A (máx 2): 1	C (máx 2): 0	S (máx 1): 0
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	HENGGELE 2006 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 193	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Cuatro programas de intervención: Juzgado de Familia con Servicios Comunitarios (FC), Juzgado de Drogas con Servicios Comunitarios (DC), Juzgado de Drogas con Terapia Multisistémica (DC/TMS) y Manejo de Contingencias (DC/TMS/MC)		
Participantes	Muestra: 161 jóvenes infractores (83% varones) de 12 a 17 años (edad media de 15,2 años) del Departamento de Justicia Juvenil del Condado de Charleston (Sur de Carolina). <u>Grupos de intervención (GI):</u> GI1 (n = 42 jóvenes infractores): jóvenes en la condición FC que habían comparecido una media de una o dos veces, durante 1 año aproximadamente, ante el juzgado de familia y que fueron derivados por su Departamento de Justicia Juvenil (DJJ) a un módulo local de tratamiento de drogas y alcohol. GI2 (n = 38 jóvenes infractores): jóvenes en la condición DC. GI3 (n = 38 jóvenes infractores): jóvenes en la condición DC/TMS. GI4 (n = 43 jóvenes infractores): jóvenes en la condición DC/TMS/MC.		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado.		
Reclutamiento	Todos los casos que iban entrando en el DJJ desde enero del año 2000 hasta junio de 2003, fueron evaluados por el personal de libertad condicional por posible abuso de alcohol o de otras sustancias.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Tener entre 12 y 17 años y un diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. - Estar en una condición formal o informal de libertad condicional y residir en el Condado de Charleston con al menos una figura parental. Criterios de exclusión: - Estar ya formalmente implicados en tratamiento para abuso de sustancias. - Que algún miembro de la familia ya haya recibido tratamiento con Terapia Multisistémica.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: El investigador abría un sobre donde aparecía la condición de tratamiento que se iba a asignar a la familia. Intervención: <u>Juzgado de familia con servicios comunitarios (FC):</u> Los jóvenes acudieron a un grupo de tratamiento de 4 días a la semana durante 12 semanas. El grupo se centraba en reducción de riesgos, influencia de los iguales,		

	resolución de conflictos y manejo de la ira. Al mismo tiempo, los jóvenes recibieron 6 semanas de tratamiento grupal, respecto a conductas apropiadas para las drogas, 12 semanas de sesiones individuales y terapia familiar de grupo. La orientación teórica de este grupo era cognitiva-conductual y sistémica. <u>Juzgado de drogas con servicios comunitarios (DC):</u> En esta condición, se ofrecieron los mismos servicios comunitarios que en FC bajo la rúbrica del juzgado de drogas. El tribunal los citaba una vez a la semana. Antes de acudir al juzgado se obtenían muestras de orina y se reunían el joven, el cuidador y el abogado para registrar las conductas del joven en relación con 4 aspectos: consumo de drogas, cumplimiento de las normas en casa, conducta escolar y participación en los tratamientos grupales de los servicios comunitarios. <u>Juzgado de drogas con Terapia Multisistémica (DC/TMS):</u> La TMS se implementó bajo el cargo del juzgado de drogas. Se identificaron factores de riesgo mediante intervenciones individualizadas, basadas en técnicas clínicas (conductuales y cognitivas-conductuales) centradas en la familia, los iguales, la escuela y el contexto comunitario. Las intervenciones se centraron en promover el cambio conductual de los jóvenes en su ambiente natural para que pudieran afrontar los problemas. <u>Manejo de contingencias (DC/TMS/MC):</u> Tres componentes del manejo de contingencias se añadieron a la Terapia Multisistémica: (1) un sistema de bonos que recompensaba estar libre de sustancias, (2) un análisis funcional detallado sobre la conducta de abuso de drogas, útil para establecer el planning de autocontrol, y (3) protocolos de autocontrol. Durante todo el tratamiento, los cuidadores de los jóvenes estaban estrechamente implicados en el análisis funcional y en el diseño de las intervenciones, así como en la monitorización de los planes de autocontrol y en los resultados relacionados con el consumo de sustancias de los jóvenes. Recolección de datos: En la fase de reclutamiento, si se sospechaba abuso de sustancias por parte de los adolescentes, y además cumplían con los criterios de inclusión, se administraba la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2001) a los jóvenes y a sus cuidadores. Las medidas de resultado del estudio fueron recogidas en el pretratamiento, a los 4 meses y a los 12 meses.
Medidas de resultados	• Alcohol y consumo de sustancias. • Actividad criminal y síntomas de salud mental. • Resultados de los servicios (servicios pertenecientes al cumplimiento por parte de los jóvenes de las condiciones impuestas por el tribunal de drogas: DC, DC/TMS y DC/TMS/MC).
Análisis Estadístico	- Diseño factorial (4 tipos de tratamiento x 3 tiempos). - ANOVA para medidas repetidas. - Los tamaños del efecto para los resultados medidos se calcularon mediante

	el método descrito en Morris y DeShon (2002).		
Resultados	- Alcohol y consumo de sustancias: - En general, los hallazgos apoyan que el juzgado de drogas fue más efectivo que el de familia a la hora de lograr una disminución de los índices de conducta criminal y de abuso de sustancias de los adolescentes. Sin embargo, las reducciones relativas de conducta antisocial no se corresponden con la reducción de rearrestos y encarcelaciones. - Los análisis del formulario 90 sugieren que la TMS/MC, y en menor grado la TMS, combinadas con el juzgado de drogas fueron efectivas en la disminución del consumo de alcohol normal y grave, y en el consumo de marihuana y polidrogas en comparación con la FC. - Aunque los jóvenes en las condiciones DC/TMS y DC/TMS/CM reportaron frecuentemente mejores resultados que los de la FC, en condiciones de no comparación, las condiciones DC/TMS y DC/TMS/CM produjeron resultados superiores a la DC en las medidas de autoinforme. - Considerando los resultados del punto anterior y los tamaños del efecto, la DC fue más efectiva que la FC en la reducción del consumo de sustancias de los jóvenes, que DC/TMS fue ligeramente más efectiva que DC y que DC/TMS/CM fue algo más efectiva que DC/TMS. - Actividad criminal y síntomas de salud mental: - Los hallazgos apoyan la capacidad que tiene el juzgado de drogas juvenil para disminuir la actividad criminal de los participantes y las medidas de autoinforme muestran que los jóvenes en las condiciones del tribunal de drogas (DC, DC/TMS, DC/TMS/CM) cometieron significativamente menos delitos y ofensas en contra de personas durante el curso de la evaluación que sus iguales en la condición FC. - Resultados de los servicios: - Los jóvenes en la condición de tribunal de drogas experimentaron altas tasas de ubicación fuera del hogar (87% para DC, 71% para DC/TMS y 74% para DC/TMS/CM versus 55% para FC). - La evidencia muestra que en la condición DC/TMS/CM los síntomas decrecieron de forma más rápida, respecto a las condiciones FC y DC.		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 2		
	A (máx 2): 2	C (máx 2): 0	S (máx 1): 0
Ocultamiento de la asignación	OA (El investigador abría un sobre donde aparecía la condición de tratamiento que se debía asignar a la familia)		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	HENGGELE 1996 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 200	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Terapia Multisistémica Familiar-TMS (Multisystemic Therapy-MST) vs. Terapia Individual (TI) y Servicios Tradicionales		
Participantes	<u>Estudio 1:</u> Muestra inicial: 84 jóvenes infractores serios (crónicos y/o violentos). <u>Grupo intervención 1 (GI1):</u> 43 jóvenes infractores y sus familias. <u>Grupo comparación 1 (GC1):</u> 41 jóvenes infractores. <u>Estudio 2:</u> Muestra inicial: 176 jóvenes infractores y sus familias. <u>Grupo intervención 2 (GI2):</u> 92 jóvenes infractores y sus familias. <u>Grupo control 2 (GC2):</u> 84 jóvenes infractores. Muestra final (a los 4 años): 140 jóvenes infractores y sus familias.		
Diseño	Ensayos clínicos aleatorizados (con 4 años de seguimiento en el Estudio 2).		
Reclutamiento	<u>Estudio 1:</u> Los jóvenes fueron derivados del Departamento de Servicios para la Juventud (Department of Youth Services-DYS). Los participantes pertenecían al Proyecto SC (Henggeler et al., 1993). <u>Estudio 2:</u> Los participantes pertenecen al Proyecto MO, Columbia (Borduin et al., 1995).		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - No se describen. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: <u>Estudio 1:</u> Los jóvenes fueron asignados aleatoriamente a los servicios tradicionales (n = 41 jóvenes) ó a la TMS (n = 43 familias). <u>Estudio 2:</u> Los jóvenes fueron asignados aleatoriamente a la TMS (n = 92 familias) ó a la Terapia Individual (TI) (n = 84 jóvenes). Intervención: <u>Intervención TMS:</u> Estaba dotada de terapeutas adheridos a 9 principios de intervención (Henggeler et al., 1994) que representaban la naturaleza fundamental de dicha terapia. Los terapeutas emplean estrategias pragmáticas y con metas fijadas, basadas en la literatura empírica, que incluían técnicas derivadas de la terapia de conducta y de la terapia cognitiva conductual.		

	<u>Intervención TI:</u> Se centraba en aspectos personales, familiares y académicos, con terapeutas que ofrecían apoyo, retroalimentación y estímulos para cambiar la conducta. En el Estudio 2 había 6 terapeutas que ponían en práctica acercamientos psicodinámicos, centrados en el cliente y conductuales (Borduin et al., 1995). Recolección de datos: No se describe.
Medidas de resultados	<u>Estudio 1:</u> • Características demográficas y variables psicosociales (relaciones familiares, relaciones con los iguales, competencia social, problemas de conducta, sintomatología parental). Se empleó la Escala Hollingshead (1975) para medir el estatus social. • Conducta criminal. • Arrestos y semanas de encarcelamiento por delitos criminales. • Agresión de los adolescentes con sus iguales. • Análisis de supervivencia (porcentaje de jóvenes no arrestados). <u>Estudio 2:</u> • Interacciones diádicas. • Número de rearrestos en el seguimiento. • Riesgo de ser rearrestados. • Número de arrestos relacionados con sustancias. • Número de arrestos por delitos violentos (violación, intento de violación, agresión sexual, asalto con agravante, etc.) tras el tratamiento.
Análisis Estadístico	Análisis descriptivo y análisis de supervivencia.
Resultados	<u>Estudio 1:</u> • Características demográficas y variables psicosociales: La eficacia relativa de la TMS no fue moderada por ninguna de las características demográficas ni mediada por variables psicosociales. • Conducta criminal: - La TMS fue efectiva en la reducción de los índices de conducta criminal y en las instituciones fuera del hogar. - En el postratamiento, los infractores serios en la condición TMS reportaron de manera significativa menos delitos criminales que sus homólogos en la condición de servicios tradicionales. • Arrestos y semanas de encarcelamiento por delitos criminales: A las 59 semanas de seguimiento, los jóvenes que estaban recibiendo TMS tenían, de manera significativa, menos arrestos y semanas de encarcelamiento que los que estaban recibiendo los servicios tradicionales. • Agresión de los adolescentes con sus iguales: Las familias que estaban recibiendo TMS informaron de una disminución de la agresión de los

	adolescentes con sus iguales, mientras que tal agresión se mantuvo para los jóvenes de los servicios tradicionales. • Análisis de supervivencia (porcentaje de jóvenes no arrestados): Los análisis de supervivencia, en 2,4 años de seguimiento, mostraron que la TMS aproximadamente dobló el índice de supervivencia de estos jóvenes infractores serios. <u>Estudio 2:</u> • Interacciones diádicas: En el postratamiento, las familias que recibieron la TMS informaron y mostraron (mediante medidas observacionales) cambios más positivos en sus interacciones diádicas que las familias con TI. • Riesgo de ser rearrestados: Los participantes perdidos de la condición TMS tenían menor riesgo de ser rearrestados que los jóvenes que completaron, abandonaron o rechazaron la TI. • Número de rearrestos en el seguimiento: Los exámenes de reincidencia de cada grupo revelaron que, durante el seguimiento, los jóvenes tratados con TMS fueron arrestados con menos frecuencia o por delitos menos serios que los jóvenes de la TI. • Número de arrestos relacionados con sustancias: Los datos del seguimiento también muestran que los jóvenes de la condición TMS tienen un menor número de arrestos relacionados con sustancias que los de la condición TI (4% versus 16%). • Número de arrestos por delitos violentos (violación, intento de violación, agresión sexual, asalto con agravante, etc.) tras el tratamiento: Los jóvenes de la TMS fueron menos propensos tras el tratamiento a ser arrestados por delitos violentos que los jóvenes sometidos a TI.		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 2		
	A (máx 2): 1	C (máx 2): 0	S (máx 1): 1
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	LANE 2005 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 292	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Proyecto Desafío Sur de Oxnard (South Oxnard Challenge Project-SOCP) vs. Libertad Condicional Rutinaria		
Participantes	Muestra inicial: Jóvenes infractores con edades entre los 12 y 18 años. Año 1999 (N = 500 jóvenes infractores) y Año 2000 (N = 539 jóvenes infractores). <u>Grupos de intervención (GI):</u> GI Año 1999 (n = 250 jóvenes infractores). GI Año 2000 (n = 264 jóvenes infractores). <u>Grupos control (GC):</u> GC Año 1999 (n = 250 jóvenes infractores). GC Año 2000 (n = 275 jóvenes infractores). Muestra final: completaron el tercer seguimiento de 6 meses de duración-18 meses tras finalizar la intervención. <u>Grupo intervención (GI):</u> 226 jóvenes infractores. <u>Grupo control (GC):</u> 236 jóvenes infractores.		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado (estudio longitudinal con 18 meses de seguimiento).		
Reclutamiento	El diseño de evaluación inicial se desarrolló para 500 jóvenes (250 experimentales y 250 controles) asignados aleatoriamente durante un período de 18 meses, comenzando el 1 de enero de 1998. Después de la implementación del SOCP se cubrió otro año con fondos del Estado, continuando la asignación aleatoria hasta el 29 de febrero de 2000. Un total de 539 jóvenes fueron asignados al estudio, incluyendo los 264 jóvenes SOCP y los 275 jóvenes del grupo comparación.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: Para ser seleccionables para la asignación aleatoria los jóvenes tenían que: - Vivir en South Oxnard o en Port Hueneme y tener entre 12 y 18 años. - Tener una citación (arresto) o violación de la libertad y tener una puntuación de al menos 12 puntos en una evaluación de riesgo desarrollada localmente. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: Cuando los oficiales de libertad condicional consideraban que los jóvenes cumplían con los criterios de selección se asignaban de manera aleatoria a la condición de SOCP o a libertad condicional rutinaria. Los jóvenes del grupo control fueron asignados a una unidad de libertad condicional regular.		

	Intervención: El programa SOCP estaba dirigido específicamente a jóvenes infractores entre 12 y 18 años y estaba basado en un modelo que incluía a los jóvenes, la familia, la víctima y la comunidad, como componentes cotidianos en la libertad condicional de los adolescentes. Se componía de un equipo multidisciplinar que organizaba una charla inicial y posteriormente contactaba dos veces con la familia, mediante el Coordinador de Servicios (un total de 2 horas al mes). Una hora a la semana se destinaba a contacto cara a cara. En la modalidad rutinaria de libertad condicional, el funcionario visitaba una vez al mes, visitando el campo cada 3 meses. La intervención del SOCP estaba centrada en la familia y su duración era de 7 meses para casos informales de libertad condicional y 9 meses para los formales. La otra condición experimental se centraba en los jóvenes y la intervención finalizaba cuando se cerraba el caso de libertad condicional. Los jóvenes del SOCP disponían de servicios sociales vinculados a salud mental, alcohol y drogas, manejo de la ira, habilidades parentales, servicios de protección al menor, mediación, policía ciudadana, servicios para obtener días. Si los jóvenes en la condición de libertad condicional rutinaria necesitaban servicios sociales acudían a agencias externas. Recolección de datos: Los períodos de seguimiento se establecieron de manera individual: 6, 12, 18 meses después de finalizar la intervención. Consecuentemente, los casos informales tuvieron un seguimiento de 25 meses tras la asignación aleatoria (2 años y 1 mes) y los casos formales tuvieron un seguimiento de 27 meses después de la asignación aleatoria (2 años y 3 meses). Las medidas de los contactos semanales del personal con el GI y GC se recolectaron en 5 momentos distintos: al inicio de entrar en el programa, al final de la intervención y en los tres seguimientos (de 6 meses de duración cada uno).
Medidas de resultados	• Características demográficas. • Contactos y servicios durante el período de intervención. • Reincidencia. • Medidas adicionales: estado de la libertad condicional, consumo de alcohol y otras drogas, restitución y servicios comunitarios.
Análisis Estadístico	Análisis descriptivo y contraste de porcentajes entre los grupos.
Resultados	• Características demográficas: No se obtuvieron diferencias significativas en las características basales de los dos grupos asignados aleatoriamente. • Contactos y servicios durante el período de intervención: - Los jóvenes SOCP y sus familias recibieron significativamente más contactos y más tiempo con el personal durante los períodos de intervención. El personal del SOCP hizo una media de 8 contactos al mes por caso, mientras que los funcionarios de libertad condicional rutinaria realizaron como media algo menos de un contacto al mes. El tiempo invertido en cada caso también fue mucho mayor en SOCP que en libertad condicional rutinaria (media = 6,2 minutos).

	- Los usuarios del SOCP fueron más propensos a recibir los servicios desarrollados por el programa experimental que los jóvenes en la condición rutinaria. • Reincidencia: - No hubo diferencias significativas entre los dos grupos para cualquiera de las medidas de reincidencia. Jóvenes de ambos grupos fueron arrestados de nuevo durante el período de intervención. - Una minoría de los jóvenes de cada grupo se arrestó por delitos violentos durante el seguimiento. Los jóvenes de la condición SOCP se vieron algo menos vinculados a delitos violentos, aunque la diferencia entre los grupos no fue significativa. - Durante el período de seguimiento, los jóvenes SOCP fueron más propensos a cometer delitos contra la propiedad, mientras los jóvenes del grupo comparación fueron más propensos a cometer delitos violentos. Las diferencias de estas medidas no fueron estadísticamente significativas. - Aunque la mayoría de los jóvenes en ambos grupos fueron de nuevo arrestados durante los 2 años que fueron estudiados, la mayoría de éstos no recibieron una condena durante la intervención o durante el período de seguimiento, nuevamente no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. • Resultados adicionales: - Para ambos grupos se obtuvieron porcentajes similares de consumo de alcohol y otras drogas durante el período de estudio. La mayoría de los jóvenes en ambos grupos no indicaron en sus informes consumo de alcohol durante el periodo de estudio. Menos del 15% consumió alcohol durante la intervención y en los seguimientos (13% SOCP, 14% comparación). - Porcentajes similares en ambos grupos se obtuvieron para restitución y servicios comunitarios (durante y después de la intervención). Respecto a los servicios comunitarios, los jóvenes SOCP invirtieron de media más horas que los del grupo comparación (15 horas durante la intervención y 31 durante el seguimiento versus 5 horas durante la intervención y 15 horas durante el seguimiento).		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 3		
	A (máx 2): 2	C (máx 2): 0	S (máx 1): 1
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	OVAERT 2003 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 365	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Terapia de Grupo Estructurada para Trastorno de Estrés Postraumático (TEP)		
Participantes	Muestra inicial: 45 jóvenes con diagnóstico de TEP con edades comprendidas entre los 13 y 18 años de edad (media de 15,4 años) instalados en un correccional del Norte de Texas Muestra final: 43 jóvenes completaron la evaluación pretratamiento y postratamiento.		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado.		
Reclutamiento	La muestra se extrajo de un Correccional para Jóvenes del Norte de Texas. Los primeros 30 participantes fueron referidos al grupo TEP para ser evaluados por el personal psicológico y por el personal de otras instituciones, debido a sospecha de problemas relacionados con un trauma. Una evaluación sistemática se llevó a cabo con los 100 jóvenes restantes que iban siendo admitidos en la institución. De los participantes evaluados, 102 cumplieron con los criterios para el diagnóstico de TEP y 62 quedaron disponibles para el grupo participación (intervención).		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Jóvenes con diagnóstico de TEP. Criterios de exclusión: - Jóvenes con conducta extremadamente agresiva, con niveles de funcionamiento intelectual marcadamente bajos y con fechas de puesta en libertad contradictorias.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: Uno de los investigadores evaluó a todos los participantes potenciales de ser diagnosticados de TEP. En base a las respuestas para las medidas (descritas en el apartado de medidas de resultados) del PTSD-RI y el Children's PTSD Inventory y el suplemento de preguntas abiertas, cada joven fue categorizado en uno de los dos grupos: con TEP y sin TEP. En el estudio se formaron 10 grupos de jóvenes con diagnóstico de TEP (6 personas aproximadamente por grupo). Los 3 primeros grupos se formaron por selección aleatoria y fueron asignados al grupo de intervención (GI1) o a uno de los dos grupos control con intervención (GC1 y GC2). Los 7 grupos restantes se formaron gradualmente, según se iban identificando los jóvenes con TEP. Intervención: El tratamiento de este estudio fue desarrollado por Ovaert (1998), en colaboración con sus supervisores clínicos. El componente de exposición fue adaptado de la Terapia Cognitiva-Conductual de Resick y Schnicke (1992) para víctimas de violación. Los participantes diagnosticados de TEP recibieron una breve descripción del		

	tratamiento y se les dio la oportunidad de aceptarlo o rechazarlo. El grupo de terapia se compuso de 12 sesiones, repartidas 2 veces a la semana durante 6 semanas. El tratamiento se compuso de tres fases: una fase educativa y de toma de contacto, una fase de reexperienciar y una fase de resolución. Las técnicas específicas empleadas incluyeron el entrenamiento en relajación, role playing, modelado y contar historias narrativas. Todos los grupos inicialmente consistieron en 6 participantes con TEP, aunque no en todos los casos los 6 completaron el programa de tratamiento. Se desarrolló un manual y los grupos fueron altamente estructurados. Recolección de datos: La evaluación y la implementación de los grupos de tratamiento continuaron hasta que se identificaron y trataron 60 jóvenes con TEP. El GI1 completó un pretratamiento, un postratamiento (3 meses) y un seguimiento (6 meses). Los grupos control (GC1 y GC2) completaron un pretratamiento, un segundo pretratamiento y un postratamiento.
Medidas de resultados	• Medidas de diagnóstico: el Inventario para Niños PTSD (Children's PTSD Inventory) de Saig, 1989, se usó como una medida de diagnóstico de preexploración. • Medidas de resultado primarias: el Índice de Reacción al Estrés Postraumático (Post Traumatic Stress Disorder Reaction Index-PTSD-RI) de Frederick, 1985. • Medidas de resultado complementarias: el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Forma Y (State-Trait Anxiety Inventory-Form Y; STAI) de Spielberg, Gorsuch, Lushene, Vagg and Jacobs (1983) y el Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (State-Trait Anger Expression Inventory-STAXI) de Spielberg (1991) y el Inventario de Depresión de Niños (Children's Depression Inventory-CDI) de Kovacs (1992). • Datos conductuales: informes de incidentes de conducta a los 3 y 6 meses de haber sido admitidos.
Análisis Estadístico	- Se llevaron T tests para medidas repetidas con la finalidad de establecer los cambios significativos de las puntuaciones PTSD-RI entre el pretratamiento y el postratamiento de todos los jóvenes que completaron el grupo, para identificar qué grupo de síntomas del DSM-IV sobre el PTSD-RI reflejaban más específicamente los cambios positivos subsecuentes al tratamiento, y en general para analizar la significación de las distintas escalas. - ANOVA: para comparar los incidentes de los tres grupos entre los 3 y 6 meses de seguimiento.
Resultados	• Medidas de diagnóstico: - Tras comparar a los jóvenes con una respuesta positiva al tratamiento con aquellos que mostraban una respuesta negativa respecto al tipo de trauma y al número de personas con quienes lo habían compartido se observó que de los 31 jóvenes con una respuesta positiva, el 90% tenía un trauma relacionado con bandas o pandillas, un 35% se lo había contado a un miembro de la familia, otro

	35% lo había hablado previamente con un especialista de salud mental, el 19% había hablado con más de una persona sobre sus experiencias traumáticas y un 35% no lo había hablado previamente con nadie. De los 12 jóvenes con respuesta negativa al tratamiento la mayoría (58%) no se lo había contado a nadie, y ninguno lo había compartido con más de una persona. - El tratamiento fue más eficaz para los jóvenes con un trauma relacionado con violencia de bandas y violencia comunitaria. • Medidas de resultado primarias: - En base a los grupos de síntomas del DSM-IV sobre el PTSD-RI se observaron diferencias significativas en Intrusión y en Arousal. No se encontraron diferencias significativas en la subescala Evitación a partir de las puntuaciones pretratamiento y postratamiento. - Las puntuaciones del PTSD-RI fueron significativamente más bajas en el postratamiento en el G1. • Medidas de resultado complementarias: - Las escalas STAI, CDI y STAXI resultaron ser no significativas. - Tras comparar a los participantes que sólo habían estado expuestos a la violencia de bandas o violencia comunitaria frente a los jóvenes que habían sido víctimas de varios tipos de abuso se encontró que en el STAXI, el grupo sin abusos mostró en la evaluación del pretratamiento niveles significativamente más altos de ira que el grupo con abusos y mostró reducciones significativas tras el tratamiento. • Datos conductuales: - La evaluación de los delitos a los 3 meses fue significativa e indicó que quién había completado el grupo de tratamiento tenía un número similar de informes de incidentes que aquellos que no habían sido diagnosticados de TEP. Por el contrario, aquellos jóvenes con TEP que aún no lo habían completado presentaban de manera significativa más informes que aquellos sin TEP. - La evaluación del total de delitos a los 6 meses no presentó diferencias significativas entre los grupos. Los jóvenes sin tratar con TEP tenían inicialmente tasas mucho mayores de informes de incidentes que los jóvenes sin TEP, sin embargo, tras el tratamiento, todos los participantes mostraron tasas de problemas de conducta más comparables con aquellos jóvenes que no habían sido diagnosticados de TEP.		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 3		
	A (máx 2): 2	C (máx 2): 0	S (máx 1): 1
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	DEMBO 2001 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 477	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Programa de Fortalecimiento de la Familia (Family Empowerment Intervention-FEI) vs. Intervención con Servicios Extendidos o Amplios (Extended Services Intervention-ESI)		
Participantes	Muestra inicial: La entrevista inicial la completaron 315 jóvenes infractores (56% varones) entre 11 y 18 años (edad media de 14,5 años) procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough y sus familias. Muestra final (a los 3 años): 278 jóvenes infractores completaron al menos una entrevista de seguimiento.		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado (con 3 años de seguimiento).		
Reclutamiento	Los participantes eran jóvenes procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough (Juvenile Assessment Center-JAC), que habían entrado en el Proyecto de Apoyo a los Jóvenes (Youth Support Project-YSP) entre el 1 de septiembre de 1994 y el 31 de enero de 1998.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Jóvenes procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough con cargos por delitos menores. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: Las familias de los jóvenes se asignaron aleatoriamente a uno de los dos grupos: ESI o FEI. Intervención: Intervención ESI: Un miembro del proyecto de investigación realizaba llamadas mensuales a los grupos de familias. Intervención FEI: Un profesional entrenado visitaba tres veces por semana durante una hora el hogar de cada familia. Se esperaba que los encuentros tuvieran lugar, al menos, durante diez semanas. Los objetivos de estas visitas eran: (1) restaurar la jerarquía familiar, (2) reestructurar fronteras entre padres e hijos, (3) animar a los padres a tomar mayores responsabilidades en el funcionamiento de la familia, (4) aumentar la estructura familiar a través de la implementación de reglas y consecuencias, (5) mejorar las habilidades de los padres, (6) enseñar a los padres que el poner límites, expectativas y reglas, aumenta la probabilidad de que el comportamiento del joven mejore, (7) mejorar las habilidades de comunicación entre todos los miembros de la familia, (8) mejorar las habilidades de resolución de problemas, en particular, las de los jóvenes, (9) enseñar a		

	la familia a integrarse adecuadamente en la comunidad (p.ej.: escuela, iglesia, actividades comunitarias). Recolección de datos: Según el año de entrada de los jóvenes en el Proyecto se completaron hasta tres entrevistas (una al año) en el seguimiento. Se les pagaba \$10 por completar de 1 a 2 horas de entrevista inicial y \$20 por completar la entrevista de seguimiento. Los jóvenes fueron entrevistados en distintos lugares cada vez que procedía realizar las entrevistas. La mayoría de los chicos y chicas fueron entrevistados en su hogar o en otro espacio comunitario. Sin embargo, otros jóvenes fueron entrevistados en programas residenciales del Departamento de Justicia Juvenil de Florida, cárceles condales, centros de detención juvenil, o en otro tipo de programas de seguridad, tales como las prisiones.
Medidas de resultados	• Datos demográficos, educativos y descripción de la historia de tratamiento de los jóvenes. • Cargos y arrestos relacionados con la entrada en JAC. • Historia referida y características de los problemas familiares, consumo de sustancias de los amigos e implicación con la policía y los tribunales. • Abuso físico y victimización sexual. • Autoinforme de consumo de alcohol y drogas ilícitas un año previo a la entrevista inicial y durante el periodo de seguimiento: se empleó el Test de pelo RIAH ® para detectar consumo de drogas. • Autoinforme de conducta delincuente. • Funcionamiento emocional/psicológico, medido mediante la escala SCL-90-R de Derogatis (1983).
Análisis Estadístico	- Análisis discriminante para comparar los 278 jóvenes que fueron entrevistados varias veces con los otros 37 jóvenes del estudio. - Coeficientes de regresión y correlación y análisis de regresión múltiple. - Test chi cuadrado, Lambda de Wilks.
Resultados	• Consumo de alcohol y de marihuana/hachís desde la entrevista inicial: - Los jóvenes que completaron la FEI informaron de un menor consumo de altas dosis de alcohol que los que no la completaron. - Los predictores de la frecuencia de consumo autoinformado de marihuana/hachís en el Año 1 tenían un $R^2 = 0,304$, y el cambio de R^2 (0,001) asociado con la variable de asignación al grupo FEI-ESI no fue estadísticamente significativo. • Predicción del consumo reciente de marihuana/hachís y cocaína en la entrevista de seguimiento determinado por los resultados del Test RIAH ®: - Los cambios Chi-cuadrado relacionados con la asignación al grupo FEI o ESI no fueron estadísticamente significativos. - El pequeño cambio de Chi-cuadrado asociado con la asignación al grupo FEI o ESI no estaba estadísticamente relacionado a la variable de resultado "consumo

	de cocaína". Además, el cambio de Chi-cuadrado asociado a la variable residual, comparando los jóvenes que completaron FEI con los que no lo completaron, no fue significativa. • Predicción de la delincuencia autoinformada desde la entrevista inicial: - Los predictores de delitos por robos generales y los delitos en contra de personas en el Año 1 asociado con la variable de asignación al grupo FEI-ESI fue bastante bajo y no significativo. Sin embargo, hubo un cambio significativo en R^2, mostrando un valor estadísticamente significativo (0,008) asociado con la variable residual, comparando los jóvenes que completaron FEI con los que no lo completaron. - Los predictores de venta de drogas en el Año 1 tenían un $R^2 = 0,352$, y el cambio de R^2 asociado con la variable de asignación al grupo FEI-ESI fue 0,001. Sin embargo, el cambio de $R^2 = 0,009$ asociado la variable residual, comparando los jóvenes que completaron FEI con los que no lo completaron, resultó ser estadísticamente significativo. - Los predictores de la delincuencia total en el Año 1 tenían un $R^2 = 0,332$, y el cambio de R^2 (0,001) asociado con la variable de asignación al grupo FEI-ESI fue bastante bajo y no significativo. También R^2 mostró un cambio significativo (0,009) asociado a la variable residual, comparando los jóvenes que completaron FEI con los que no lo completaron. - En resumen, los resultados de los análisis indicaron que los jóvenes que completaron el FEI informaban significativamente de menos tasas de delitos en contra de personas, venta de drogas y delincuencia total, que los jóvenes que no completaron la FEI • Predicción del funcionamiento emocional/psicológico en la entrevista de seguimiento: - Los predictores de delitos por robos generales en el Año 1 tenían un $R^2 = 0,185$, y el cambio de R^2 (0,001) asociado con la variable de asignación al grupo FEI-ESI fue no significativo. R^2 mostró un incremento de valor que resultó ser no significativo (0,004) asociado con la variable residual, comparando los jóvenes que completaron FEI con los que no lo completaron. • Estos resultados tuvieron en cuenta diferencias de grupo en cuanto a variedad demográfica, psicosocial, historia de delitos y variables de historia de abusos y desatenciones.		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 2		
	A (máx 2): 1	C (máx 2): 0	S (máx 1): 1
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	DEMBO 2001 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 478	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Programa de Fortalecimiento de la Familia (Family Empowerment Intervention-FEI) vs. Intervención con Servicios Extendidos o Amplios (Extended Services Intervention-ESI)		
Participantes	Muestra inicial: 303 jóvenes infractores (de ambos sexos) procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough y sus familias. Muestra final (a los 4 años): 23 jóvenes infractores completaron las 4 evaluaciones, de 12 meses de seguimiento cada una.		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado (con 2 a 4 periodos de seguimiento de 12 meses cada uno)		
Reclutamiento	Los participantes eran jóvenes procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough (Juvenile Assessment Center-JAC), que habían entrado en el Proyecto de Apoyo a los Jóvenes (Youth Support Project-YSP) entre el 1 de septiembre de 1994 y el 31 de diciembre de 1997.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Jóvenes procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough con cargos por delitos menores. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: Las familias de los jóvenes se asignaron aleatoriamente a uno de los dos grupos: ESI o FEI. Intervención: Intervención ESI: Un miembro del proyecto de investigación realizaba llamadas mensuales a los grupos de familias. Intervención FEI: Descrita en la ficha de Dembo 2001 ID= 477. Recolección de datos: Se les pagaba \$10 por completar una evaluación inicial en profundidad, previa a la asignación aleatoria a los grupos FEI o ESI. Dependiendo del año de entrada de los jóvenes en el Proyecto, se recolectaron y procesaron datos de reincidencia durante dos a cuatro periodos de seguimiento, de 12 meses cada uno.		
Medidas de resultados	• Datos demográficos, educativos y descripción de la historia de tratamiento de los jóvenes. • Arrestos por delincuencia/delitos criminales. • Cargos y arrestos relacionados con la entrada en JAC.		

	• Historia referida. • Características de los problemas familiares y consumo de sustancias de los amigos e implicación con la policía y los tribunales. • Abuso físico y victimización sexual. • Autoinforme de consumo de alcohol y drogas ilícitas previo a la entrevista inicial. • Test de pelo RIAH ® para detectar consumo de drogas. • Autoinforme de conducta delincuente: esta medida se basa en los trabajos de Elliot y asociados (1983) • Funcionamiento emocional/psicológico, medido mediante la escala SCL-90-R de Derogatis, 1983. • Reincidencia.
Análisis Estadístico	- ANOVAs. - Análisis discriminantes. - Test Chi cuadrado, Lambda de Wilks. Nota: los grupos comparación de interés para los análisis estadísticos fueron: n = 154 jóvenes de los Servicios Extendidos, n = 70 jóvenes que no completaron la FEI y n = 79 jóvenes que completaron la FEI.
Resultados	• Cargos y arrestos relacionados con la entrada en JAC: cargos por delitos graves a la propiedad (51%), cargos por delitos menores a la propiedad (40%), por delitos graves de drogas (7%) y un 5% por delitos menores de este tipo, por desorden público menor (8%) y por desorden público violento (1%). • Historia referida: Los dos factores que fueron identificados en el análisis fueron: (1) violencia, propiedad, delitos de desorden público, (2) delitos de drogas. • Características de los problemas familiares: - Muchos jóvenes procedían de familias con dificultades en el funcionamiento psicosocial y en torno al 24-25% informó tener un familiar vinculado al consumo de alcohol y/o sustancias y otro 24% tenía algún miembro de la familia con problemas de salud mental o emocional. - Algunos de los familiares habían tenido relación con la justicia. • Consumo de sustancias de los amigos e implicación con la policía y los tribunales: - El 55% de los jóvenes notificó que uno o más de sus amigos cercanos había consumido alcohol, que el 51% consumía marihuana/hachís, el 14% consumió alucinógenos y un 7% cocaína, un año antes de realizar la entrevista inicial. - Una gran proporción de los amigos más allegados había tenido algún tipo de contacto con el sistema legal (entre el 44% y el 67%). • Abuso físico: Destacaron las heridas físicas serias y los golpes. • Victimización sexual: Un 26% de los jóvenes habían sido víctimas sexuales al menos una vez en su vida (34% de las chicas y 19% de los chicos). • Autoinforme de consumo de alcohol y drogas ilícitas previo a la entrevista inicial

	(1 año antes): Entre el 51% y el 57% había consumido marihuana y no más del 14% había consumido otras drogas. • Test de pelo RIAH ® : En general, el 36% de los jóvenes dio positivo en marihuana y el 22% dio positivo en cocaína. • Funcionamiento emocional/psicológico: - La media de las puntuaciones T de las 9 escalas SCL-90 fue de 47,2 o más bajas. - Al comparar las puntuaciones medias de los jóvenes con las puntuaciones estandarizadas de la escala (media de 50 y una desviación estándar de 10), las puntuaciones T para las 9 escalas fueron significativamente más bajas que las de la población estándar (adolescentes no pacientes) con un nivel de significación de 0,001. • Reincidencia: - Los resultados de los análisis indican que los jóvenes que completaron la FEI presentaron de forma significativa menos arrestos con cargos y número total de arrestos en el seguimiento que los jóvenes que no la completaron. - En comparación con los jóvenes ESI, los jóvenes que completaron la FEI presentaron un 48% menos de nuevos cargos y un 60% menos de nuevos arrestos. - Los efectos de la FEI a largo plazo fueron menos robustos que el impacto de la intervención a los 12 meses sobre la reincidencia de los jóvenes, pero los efectos a largo plazo que se encontraron fueron gratificantes.		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 2		
	A (máx 2):1	C (máx 2): 0	S (máx 1): 1
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	DEMBO 2000 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 479	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Programa de Fortalecimiento de la Familia (Family Empowerment Intervention-FEI) vs. Intervención con Servicios Extendidos o Amplios (Extended Services Intervention-ESI)		
Participantes (inicio, final):	Muestra inicial: 315 jóvenes infractores procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough (Juvenile Assessment Center-JAC) y sus familias (56% varones) con una edad comprendida entre los 11 y los 18 años (media de 14,5 años). Muestra final (transcurrido 1 año): 272 jóvenes infractores completaron las entrevistas del segundo año. De los 130 jóvenes y familiares que recibieron los servicios FEI, el 58% completó la intervención (75 jóvenes infractores y sus familias)		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado (con 1 año de seguimiento)		
Reclutamiento	Los participantes eran jóvenes del Centro de Hillsborough que habían entrado en el Proyecto de Apoyo a los Jóvenes (Youth Support Project-YSP) entre el 1 de septiembre de 1994 y el 31 de enero de 1998.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: Jóvenes procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough con cargos por delitos menores. Criterios de exclusión: No se describe.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: Las familias de los jóvenes se asignaron aleatoriamente a uno de los dos grupos: ESI o FEI. Intervención: Intervención ESI: Un miembro del proyecto de investigación realizaba llamadas mensuales a los grupos de familias. Intervención FEI: Descrita en la ficha de Dembo 2001 ID= 477 Recolección de datos: A 315 jóvenes se les pasó una entrevista inicial y se les pagó \$10 por ello. El segundo año de entrevistas se completó con 272 de estos jóvenes. Por las entrevistas de seguimiento se pagaron \$20. La mayoría de los chicos y chicas fueron entrevistados en su hogar o en otro espacio comunitario. El 79% de los jóvenes volvió a ser entrevistado dentro de los 60 días siguientes al primer aniversario de su entrevista inicial y el 94% fue entrevistado dentro de los 120 días posteriores a su primer aniversario de la entrevista inicial.		
Medidas de resultados	- Datos demográficos, educativos y descripción de la historia de tratamiento de los jóvenes. - Cargos y arrestos relacionados con la entrada en JAC.		

	• Historia referida. • Características de los problemas familiares, consumo de sustancias de los amigos e implicación con la policía y los tribunales. • Abuso físico y victimización sexual. • Autoinforme de consumo de alcohol y drogas ilícitas previo a la entrevista inicial y durante el periodo seguimiento. • Test de pelo RIAH ® para detectar consumo de drogas • Autoinforme de conducta delincuente: esta medida se basaba en los trabajos de Elliot y asociados (1983). • Funcionamiento emocional/psicológico medido mediante la escala SCL-90-R de Derogatis (1983).
Análisis Estadístico	- Análisis de regresión múltiple, de regresión logística y de regresión por pasos. - ANOVAs. - Análisis discriminantes. - Test chi cuadrado. Lambda de Wilks. Nota: el objetivo de los análisis era determinar el impacto de la asignación a los grupos FEI o ESI sobre el funcionamiento psicosocial, en aproximadamente un año de seguimiento tras la asignación aleatoria.
Resultados	• Cargos y arrestos relacionados con la entrada en JAC: cargos por delitos graves a la propiedad (52%), cargos por delitos menores a la propiedad (42%), por delitos menores de drogas (4%), por desorden público menor (8%), por delitos graves (17%) y por violencia menor (2%). • Historia referida: Los dos factores que fueron identificados en el análisis fueron: (1) violencia, propiedad, delitos de desorden público, (2) delitos de drogas. • Características de los problemas familiares: Muchos jóvenes procedían de familias con dificultades en el funcionamiento psicosocial y en torno al 25% informó tener un familiar vinculado al consumo de alcohol y/o sustancias y otro 22% tenía algún miembro de la familia con problemas de salud mental o emocional. • Consumo de sustancias de los amigos e implicación con la policía y los tribunales: El 54% de los jóvenes notificó que uno o más de sus amigos cercanos había consumido alcohol, que el 49% consumía marihuana/hachís, el 13% consumió alucinógenos y un 10% cocaína, inhaladores, heroína o medicinas sin uso médico. Además, una gran proporción de los amigos más allegados habían tenido algún tipo de contacto con el sistema legal (66%). • Abuso físico: Destacaron las heridas físicas serias y los golpes. • Victimización sexual: Un 26% de los jóvenes habían sido víctimas sexuales al menos una vez en sus vidas (35% de las chicas y 18% de los chicos). • Autoinforme de consumo de alcohol, drogas ilícitas y autoinforme de conducta delincuente - Los jóvenes que recibieron los servicios FEI informaron haber consumido altas dosis de alcohol con menos frecuencia que los jóvenes que recibieron los servicios ESI. Además presentaron unas tasas significativamente más bajas de

	resultados positivos en los tests de marihuana que los jóvenes del servicio ESI. - En comparación con los servicios ESI, los servicios FEI fueron beneficiosos entre los casos de diversión, pero en los casos de no diversión los resultados fueron en la dirección opuesta. - Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes que completaron la FEI y los que no la completaron en cuatro variables de resultado: delitos autoinformados de delitos en contra de personas, venta de drogas, delincuencia total y frecuencia de tomar altas dosis de alcohol durante el periodo de seguimiento. - Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero de forma ligera: delitos por robos autoinformados, tasa de delitos autoinformados, frecuencia de consumo de hachís y marihuana durante el periodo de seguimiento - En cada caso, los jóvenes que completaron la FEI presentaron tasas más bajas de delincuencia y consumo de drogas, respecto a los jóvenes que no la completaron, quienes no diferían de los jóvenes ESI. • Test de pelo RIAH ® para detectar consumo de drogas: En general, el 34% de los jóvenes dio positivo en marihuana y el 21% dio positivo en cocaína. En el seguimiento se testaron 208 jóvenes y el 56% dio positivo en 1 o más de las 5 drogas: El 47% de los jóvenes dio positivo en marihuana y el 23% dio positivo en cocaína. • Funcionamiento emocional/psicológico: - En la entrevista inicial las puntuaciones T para las 9 escalas fueron significativamente más bajas que las de la población estándar (adolescentes no pacientes) con un nivel de significación de 0,001. - En la entrevista de seguimiento la media de las puntuaciones T fueron todas menores que en la entrevista inicial, pero sólo ansiedad y psicoticismo fueron estadísticamente significativas. Las puntuaciones T para cada una de las escalas fueron significativamente más bajas que para la población estándar (adolescentes no pacientes) con un nivel de significación de 0,001.		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 2		
	A (máx 2):1	C (máx 2): 0	S (máx 1): 1
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	DEMBO 2000 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 480	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Programa de Fortalecimiento de la Familia (Family Empowerment Intervention - FEI) vs. Intervención con Servicios Extendidos o Amplios (Extended Services Intervention - ESI)		
Participantes	Muestra inicial: 194 jóvenes infractores y sus familias procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough y sus familias <u>Grupo de intervención (GI):</u> 81 jóvenes que recibían el Programa de Fortalecimiento de la Familia – FEI. <u>Grupo control (GC):</u> 82 jóvenes que formaban parte del Servicio de Intervención Ampliada – ESI. Muestra final: 163 jóvenes infractores de los 194 de la muestra inicial (84%).		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado.		
Reclutamiento	Jóvenes detenidos del Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: Jóvenes procesados en el Centro de Evaluación Juvenil del Condado de Hillsborough con cargos por delitos menores. Criterios de exclusión: No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: Las familias de los jóvenes se asignaron aleatoriamente al grupo ESI o FEI. <u>Intervención ESI:</u> Un miembro del proyecto de investigación realizaba llamadas mensuales a los grupos de familias. <u>Intervención FEI:</u> Descrita en la ficha de Dembo 2001 ID= 477 Recolección de datos: Los datos se recogieron al comienzo de la intervención y al final (un año después). Los 194 jóvenes de la muestra inicial completaron la entrevista al comienzo de la intervención. Las entrevistas post las completaron sólo 163 jóvenes.		
Medidas de resultados	• Funcionamiento psicológico/emocional: medido mediante la escala SCL-90-R de Derogatis (1983) • Autoinforme de conducta delincuente. • Consumo de drogas, alcohol y Test del pelo de RIAH.		
Análisis Estadístico	- Se realizaron ocho análisis de regresión múltiples sobre las características evaluadas de los jóvenes y dos análisis de regresión logísticos (graduales) sobre la marihuana y el empleo de cocaína indicado por los resultados de pruebas de pelo. - Se completó un análisis de componentes principales de las variables de la línea base.		

Resultados	- En cada análisis de regresión la correlación para las 14 líneas base predictoras fue significativa ($p < 0,001$). Para cada análisis de regresión logística, el cambio en chi-cuadrado para las características de las 14 líneas base fue significativo ($p < 0,001$). - Hubo reducciones estadísticamente significativas en el auto-reporte de venta de drogas y uso de marihuana / hachis, durante el periodo de seguimiento, comparando el grupo FEI con el grupo ESI. - No se encontraron diferencias significativas entre los grupos que completaron la entrevista final con los de la muestra inicial que no la completaron (test de chi-cuadrado de Wilks' $\lambda = 38,16$, $gl = 34$, $p = n.s.$).		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 1		
	A (máx 2): 1	C (máx 2): 0	S (máx 1): 0
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

Anexo 16.2. Incluyen sólo medidas de salud mental

PRIMER AUTOR:	BIGGAM 2002 (Escocia)	Nº ESTUDIO: 38	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Entrenamiento de Habilidades en Solución de Problemas Sociales		
Participantes	Muestra inicial: 46 jóvenes infractores de una Institución de Escocia con edades comprendidas entre 16 y 21 años. <u>Grupo de intervención (GI):</u> 23 jóvenes infractores que reciben una terapia breve de Entrenamiento en Solución de Problemas. <u>Grupo control (GC):</u> 23 jóvenes infractores que no recibían intervención.		
Diseño	Ensayo Clínico Aleatorizado con dos medidas post (inmediatamente después y a los tres meses)		
Reclutamiento	Todos los participantes del estudio participaron voluntariamente.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de Inclusión: - Los internos en riesgo de suicidio. Fueron identificados como jóvenes de riesgo por su comportamiento, su ideación suicida y sus conductas autolesivas, por lo que habían sido trasladados a la enfermería de la prisión (n = 33 jóvenes). - Los internos de protección formal que no poseían habilidades suficientes para adaptarse a la vida rutinaria de la prisión y fueron trasladados a una sala de protección formal (n = 6 jóvenes). - Internos víctimas de "Bullying" (definición de victimización en Besag, 1989). Criterio de Exclusión: - Los participantes fueron excluidos del estudio si habían padecido alguna enfermedad psicótica, si estaban recibiendo psicoterapia al mismo tiempo que transcurría el estudio, si experimentaban alguna enfermedad de importancia clínica, si eran abusadores o sospechosos de Bullying y si tenían alguna posibilidad de ser trasladados a otra institución o serían puestos en libertad durante el curso del estudio.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: La asignación aleatoria al grupo de intervención frente el grupo control fue realizada después de equilibrar las tres categorías de jóvenes vulnerables (riesgo de suicidio, protección formal, víctimas de Bullying). Intervención: El investigador principal dirigía todos los grupos de intervención. Miembros del personal del centro y no expertos, colaboraron en el estudio. Una enfermera en prácticas de psiquiatría atendió a un grupo para observación. Había cinco grupos de		

	intervención de cuatro a seis individuos. Cuatro grupos eran atendidos en una habitación situada en la sala de protección formal. El quinto grupo fue atendido en una habitación de la Enfermería de la prisión. La intervención fue desarrollada en un formato de grupos pequeños. Se llevaron a cabo cinco sesiones de 90 minutos cada una. El objetivo de la Intervención fue aplicarles el Entrenamiento en Solución de Problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971). Fueron instruidos en las principales técnicas del entrenamiento: instrucción, discusión activa, escucha reflexiva y ejercicios para practicar las habilidades enseñadas. Recolección de datos: El estudio fue presentado a todos los jóvenes a través de una carta introductoria y un consentimiento informado, y se les presentó como "la evaluación de un grupo de entrenamiento que podría ayudarles a mejorar las habilidades necesarias para adaptarse a la vida en prisión". Todos los participantes realizaron una entrevista individual de una hora donde recibían información sobre el estudio y firmaban el consentimiento informado. Después les realizaban una entrevista estructurada y completaban un grupo de cuestionarios. Al finalizar el grupo de entrenamiento, los participantes volvían una semana y tres meses después para una entrevista individual con el investigador y para cumplimentar todos los instrumentos.
Medidas de resultados	• Datos demográficos y de la prisión: entrevista estructurada en la que se preguntaba la edad, antecedentes familiares, salud física y mental, educación y empleo, historial de delitos, abuso de sustancias y su relación con el personal del centro y otros internos. • Habilidad en solución de problemas: Inventario de solución de problemas social revisado (Social Problem Solving Inventory – Revised - SPSI-R) de Zurilla et al., 1996. Este cuestionario consta de 52 ítems con escala Likert y cinco escalas de medida que miden cinco dimensiones de resolución de problemas. • Malestar psicológico: - Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (The Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS) de Zigmond and Snaith, 1983. - Escala Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale-BHS) de Beck et al. 1974.
Análisis Estadístico	Análisis Descriptivo, contraste de medias y ANOVA.
Resultados	• Datos Demográficos y de la Prisión (línea base): - Edad: M = 19,3 años (SD = 1,3 años, rango= 16 a 21 años). - Empleo: 67,3% de los participantes tenían un empleo o lo estaban buscando. - Duración de la sentencia: M = 44,4 meses; tiempo que llevaban: M = 22,2 meses. - Consumo de alcohol y de drogas: 93,4% de los jóvenes consumían alcohol regularmente durante el mes previo a su encarcelación. Un 86,9% de los jóvenes consumían drogas durante el mes previo a su encarcelación.

- Atención en servicios psicológicos y psiquiátricos: 80,4% de los jóvenes habían tenido un contacto previo con servicios psicológicos o psiquiátricos.
- Malestar psicológico y habilidades en solución de problemas (pre-intervención): no existen diferencias significativas entre los grupos de acuerdo con los criterios de inclusión (HADS, BHS, SPSI-R). No existen diferencias significativas en resolución de problemas.
- Malestar psicológico y habilidades en solución de problemas (post-intervención):
 - HADS Depresión: Existen diferencias significativas en el grupo, $p < 0,001$, en cuanto a la interacción grupo y tiempo. Existen diferencias entre los grupos en la puntuación final.
 - HADS Ansiedad: Existen diferencias significativas en el grupo, $p < 0,01$, en cuanto a la interacción grupo y tiempo.
 - BHS: No existen diferencias significativas, $p > 0,05$ en la interacción grupo y tiempo.
 - SPSI-R: En los apartados de orientación positiva al problema, estilo evitativo y estilo impulsivo o descuidado no existen diferencias en la interacción grupo-tiempo ($p > 0,05$). En cambio, en los apartados de orientación negativa al problema y resolución racional existen diferencias significativas en la interacción grupo-tiempo, $p < 0,05$.
- Malestar psicológico y habilidades en solución de problemas (seguimiento) a los 3 meses):
 - HADS Depresión: Las puntuaciones pre intervención comparadas con las puntuaciones a los tres meses de seguimiento revelan una reducción significativa de la depresión en el grupo de intervención ($p < 0,001$) pero no en el grupo control ($p > 0,05$).
 - HADS Ansiedad: Las puntuaciones pre intervención comparadas con las puntuaciones a los tres meses de seguimiento revelan una reducción significativa de la ansiedad en el grupo de intervención ($p < 0,001$) pero no en el grupo control ($p > 0,05$).
 - BHS: Las puntuaciones pre intervención comparadas con las puntuaciones a los tres meses de seguimiento revelan una reducción significativa de la desesperanza en el grupo de intervención ($p < 0,01$) pero no en el grupo control ($p > 0,05$).
 - SPSI-R: En los apartados de orientación negativa al problema, resolución racional y estilo evitativo las puntuaciones pre intervención comparadas con las puntuaciones a los tres meses de seguimiento revelan una reducción significativa de la orientación negativa al problema en el grupo de intervención, ($p < 0,05$) en los dos primeros y ($p < 0,01$) en el tercero, pero no en el grupo control ($p > 0,05$). En los apartados de orientación positiva al problema: no existen diferencias significativas en el grupo, el tiempo ni en la interacción grupo-tiempo ($p > 0,05$).

Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 3		
	A (máx 2): 2	C (máx 2): 1	S (máx 1): 0
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	AHRENS 2002 (EE.UU)	Nº ESTUDIO: 215	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Terapia Cognitiva para jóvenes encarcelados con Trastorno de Estrés Postraumático – TEP		
Participantes	Muestra inicial: 38 jóvenes infractores en un centro con edades comprendidas entre los 15 y 18 años de edad. <u>Grupo de intervención (GI):</u> 19 jóvenes que recibieron la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC). <u>Grupo control (GC):</u> 19 jóvenes que estaban en una lista de espera.		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado (ECA).		
Reclutamiento	Jóvenes del centro que cumplían con los criterios de inclusión.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: Los jóvenes debían cumplir con los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-IV (APA, 1994). Criterios de exclusión: No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: Los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento y al grupo de lista de espera. Intervención: El tratamiento se basó en el manual TPC de Resick y Schnicke, 1993. Los participantes del grupo de lista de espera recibieron el tratamiento después de haber recogido los datos del grupo de intervención. La TPC consistía en 8 sesiones de 60 minutos. Los participantes aprendieron a identificar los síntomas del TEP, hacían ejercicios para distinguir emociones y pensamientos. Examinaban los pensamientos que habían asociado al trauma y aprendieron a describir, a través de la narración, los traumas sufridos. Recolección de datos: Las medidas se tomaron antes de empezar el tratamiento y 4 semanas después de haber realizado el tratamiento (0 a 12 semanas respectivamente). Las medidas post tratamiento del grupo de lista de espera no fueron incluidas en el análisis.		
Medidas de resultados	- Depresión: se midió con el cuestionario de depresión (Beck Depression Inventory-BDI) de Beck et al., 1961. - Eventos de Impacto: se midió con la Escala de Eventos de Impacto (Impact of		

	Events Scale-IES) de Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979. Esta escala consta de 15 ítems y tiene dos sub escalas: intrusión y evitación. • TEP: se midió con la Escala de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático-Autoinforme (PTSD Symptom Scale Self-Report, PSS-SR) de Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993. Consta de 17 ítems con tres subescalas que miden evitación, intrusión y excitación.		
Análisis Estadístico	- Se realizó un análisis de medidas repetidas para evaluar los cambios con respecto al tiempo. - Se realizó un análisis multivariado de varianza 2 x 2 (MANOVAs) y un análisis de varianza 2 x 2 para evaluar los efectos simples.		
Resultados	• Los resultados del MANOVA indicaron que había cambios significativos sobre el tiempo en la sintomatología reportada (Wilk's Lambda = 0,78, F (3, 31) = 2,83, p = 0,05). • El poder estimado fue de 0,62. También había un grupo significativo por el efecto del tiempo (Wilk's Lambda = 0,67, F (1,25) = 4,90, p = 0,007). • El seguimiento del análisis univariado fue realizado por separado para cada variable dependiente. El ANOVA para el PSS-SR fue significativo, F (1,36) = 19,44, p = 0,0001. El ANOVA para el IES fue significativo, F (1,36) = 20,49, p = 0,0001. Y el ANOVA para el BDI fue significativo, F (1,36) = 17,95, p = 0,002. • Antes de empezar el tratamiento en ambos grupos los niveles de depresión estaban entre los límites de los puntos de corte. • Después del TPC las puntuaciones en el BDI estaban dentro del rango normal de depresión mientras que los de lista de espera volvieron a los niveles obtenidos en el pretest. • Las puntuaciones del IES estaban dentro de los rangos moderados antes de empezar el tratamiento. Las puntuaciones del grupo de tratamiento disminuyeron mientras que las del grupo de lista de espera permanecieron en el rango moderado. • Las puntuaciones del grupo TPC en el PSS-SR después del tratamiento disminuyeron aproximadamente un 50%. Los resultados obtenidos parecían indicar que los síntomas del trauma y la depresión disminuyeron con el tiempo.		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 1		
	A (máx 2): 1	C (máx 2): 0	S (máx 1): 0
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	SMITH 2002 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 222	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Entrenamiento en Habilidades de Conversación		
Participantes	Muestra inicial: Ocho varones con edades comprendidas entre los 15 y 18 años encarcelados en el Centro de Desarrollo Juvenil en Albuquerque. <u>Grupo de intervención (GI):</u> 4 jóvenes. <u>Grupo control (GC):</u> 4 jóvenes.		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado.		
Reclutamiento	Se reclutaron a jóvenes infractores diagnosticados de dificultades de aprendizaje del Centro de Desarrollo Juvenil en Albuquerque, Nuevo México.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Los jóvenes debían cumplir una condena de uno o dos años y estar diagnosticados de dificultades de aprendizaje en habilidades de lenguaje oral. - Los criterios para el diagnóstico fueron establecidos según las directrices del Estado de Nuevo México. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento y al grupo control. Intervención: - Cada grupo tuvo seis sesiones de 45 minutos durante un periodo de tres semanas. - Los participantes se sentaban en una mesa redonda para poder verse las caras. Los jueces se sentaban detrás para observar a más de un participante al mismo tiempo. - En la primera sesión se entrevistó a los participantes para identificar temas de conversación. Luego se les pidió que mantuvieran una conversación sobre uno de esos temas. - En las siguientes cuatro sesiones a los participantes del grupo de tratamiento se les dio lecciones específicas de habilidades de conversación. Las lecciones se condujeron por un discurso y un especialista en Lengua. Se les entregaba una recompensa (caramelos) por cada conducta nueva apropiada que introducían en la conversación.		

	- El grupo control recibió instrucciones sobre cómo llevar una conversación de ningún tema en concreto. También les entregaron recompensas (caramelos) pero al principio de la sesión. No recibieron instrucciones sobre el discurso ni del especialista en lenguaje. Recolección de datos: - En la primera sesión los jueces evaluaron, independientemente, las habilidades de conversación de cada participante durante una porción de cinco minutos de la sesión con el cuestionario de conversación y observando las habilidades. No sabían a qué grupo pertenecía cada participante. - En la sexta y última sesión los jueces volvieron a evaluar a los participantes de ambos grupos usando el mismo cuestionario y observando la conversación. En esta sesión los jueces tampoco sabían quiénes eran del grupo control y quiénes eran del grupo de tratamiento.
Medidas de resultados	• Inteligencia: se midió con un test de inteligencia. • Habilidades de conversación: - Cuestionario de conversación: se utilizó una escala tipo Likert formada por los siguientes ítems: "habla en las discusiones de grupo", "conoce cómo mantener el curso de una conversación adecuadamente, "conoce cómo y cuándo cambiar el tema de una conversación sin interrumpir" y "parece reconocer otro punto de vista y tenerlo en cuenta al comunicarse con esa persona". Se puntuaban de la siguiente forma: (1) raramente, (3) a veces, ó (5) usualmente, con un punto entre cada una de estas puntuaciones. Las puntuaciones más altas reflejaban mayores habilidades de conversación. - Observación de conversación: se observaron habilidades de conversación como contacto ocular, asentimiento de la cabeza, preguntas y empatía o perspectiva conversacional. La observación la realizaron dos jueces independientes. Lo puntuaron de la siguiente forma: contacto ocular (apropiado, inapropiado o inconsistente), asentimiento de la cabeza (presente o ausente) y anotaban los ejemplos de las preguntas y diferentes perspectivas. • Número de cambios conseguidos al utilizar las instrucciones recibidas sobre habilidades de conversación.
Análisis Estadístico	- Se realizó un análisis descriptivo de medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en habilidades de conversación. - Se calculó el número de cambios en cada grupo y el porcentaje conseguido.
Resultados	• Inteligencia y Habilidades de conversación: - Cada participante tenía una discrepancia significativa (1,5 SD) entre inteligencia medida por un test de inteligencia y habilidades de lenguaje oral medidas por un test estandarizado. • Habilidades de conversación: - En la Pre-intervención el grupo de intervención tenía menos habilidades de conversación que el grupo control:

	- Grupo de intervención: Media = 57,75 habilidades de conversación (SD = 23,80) - Grupo control: Media = 69,33 habilidades de conversación (SD = 4,16) - En la Post-intervención el grupo de intervención tenía más habilidades de conversación que el grupo control: - Grupo de intervención: Media = 63,50 habilidades de conversación (SD = 25,21) - Grupo control: Media = 49,33 habilidades de conversación (SD = 24,09) • Número de cambios: - Pre-intervención: - Grupo de intervención 117 cambios. - Grupo control 104 cambios. - Post-intervención: - Grupo de intervención 127 cambios. - Grupo control 71 cambios. - Porcentaje de cambios: - Grupo de intervención: +7,9 cambios. - Grupo control: -31,8 cambios.		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 2		
	A (máx 2): 1	C (máx 2): 1	S (máx 1): 0
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	NAKAYA 2004 (JAPÓN)	Nº ESTUDIO: 339	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Relajación Muscular		
Participantes	Muestra inicial: 16 jóvenes infractores varones entre 14 y 20 años instalados en un centro correccional. <u>Grupo intervención (GI):</u> 8 jóvenes infractores <u>Grupo control (GC):</u> 8 jóvenes infractores Muestra final: 13 jóvenes infractores <u>Grupo intervención (GI):</u> 8 jóvenes infractores <u>Grupo control (GC):</u> 5 jóvenes infractores		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado.		
Reclutamiento	Los jóvenes se encontraban instalados en el Reformatorio de Fukuoka.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - No tener enfermedades musculares. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: Los 16 jóvenes fueron aleatoriamente distribuidos en dos grupos, en un primer grupo recibían entrenamiento en relajación muscular durante un mes (GI) y en un segundo grupo control (GC) no se recibía entrenamiento en relajación muscular. Intervención: El GI practicaba las tareas de relajación una vez por semana durante un mes (un total de 4 sesiones). Para inducir la relajación muscular profunda se utilizó la técnica "Homeostrech" (Kumano, Watanabe, Yamauchi and Minoda, 1999; Kumano et al., 1999; Minoda, 2001). Esta técnica abarcaba dos grandes componentes: en primer lugar, un conjunto de estiramientos de músculos de las extremidades inferiores y superiores, y en segundo lugar, un conjunto de presiones con las palmas de las manos sobre los músculos de la espalda, cuyos objetivos eran corregir los desequilibrios de la tensión muscular entre la mitad izquierda y derecha del cuerpo. Cada sesión duraba de 12 a 15 minutos, a los que se añadían 3 minutos más de descanso en una cama o camilla. La técnica fue aplicada por personal cualificado y con experiencia en relajación. El GC pasaba un día habitual en el reformatorio. Recolección de datos: No se describe.		

	• Tolerancia a la frustración: se usó la versión japonesa del Estudio de Frustración mediante ilustraciones (Picture-Frustration Study-PF Study) de Clarke, Fleming and Rosenzweig (1947). El cuestionario utilizado era un test semiproyectivo que observaba las respuestas agresivas en las situaciones frustrantes de cada día. Esta medida consiste en 24 dibujos que retratan a dos personas interactuando en circunstancias frustrantes. Los individuos deben rellenar la casilla (el globo) en blanco de cada dibujo ofreciendo una respuesta verbal para la persona frustrada. En base a la dirección en la que se expresa, la agresión se clasificaba como: Extraagresión (agresión dirigida hacia el entorno), Intraagresión (agresión dirigida hacia sí mismo ó Imagresión (agresión evadida por un intento de vencer la frustración). ¿Hasta qué punto un participante mostraba sentido común en las escenas?, se expresó con el Índice de Conformidad Grupal (ICG), que para determinados ítems posibilitaba indicar la tendencia de estar de acuerdo con las respuestas modales de la población normal.
Medidas de resultados	• Respuestas ante el estrés psicosocial: para medir este tipo de respuestas se usó la Escala de Respuesta ante Estrés Psicosocial (Psychological Stress Response Scale-PSRS) de Nina, Sakata, Yatomí and Honna (1990). Las subescalas que la componen son: depresión, ansiedad, irritabilidad, ira o enfado. Se consideraron 26 ítems que puntuaban en una escala de 3 puntos, desde 0 (bastante diferente) hasta 3 (bastante exacto). • Rasgos de personalidad de los jóvenes infractores: se empleó la versión japonesa del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire-EPQ) de 1975, que se compone de 4 subescalas: Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo y una Escala de Mentira. Esta prueba consta de 25 ítems que se puntúan en una escala de 4 puntos, desde 1 (casi nunca) hasta 4 (siempre). Se entregaron tres cuestionarios psicológicos autoadministrados que fueron evaluados por dos psicólogos.
Análisis Estadístico	- Comparación de análisis de varianza de medidas repetidas 2 (Grupo) x 2 (Tiempo), pares t test y t Student. - Los valores de probabilidad se corrigieron mediante Bonferroni.

Resultados

- Tolerancia a la frustración:
 - El ICG del estudio P-F entre los participantes fue ligeramente más bajo que las puntuaciones normales.
 - Se encontraron interacciones significativas Grupo x Tiempo del ICG e Imagen del estudio P-F.
 - La Imagen del estudio P-F mostró un descenso significativo desde la evaluación del preestudio al postestudio en el grupo que recibía relajación muscular (GI).
 - Los participantes del grupo relajación (GI) mostraron en el postestudio un incremento significativo sobre la escala de Imagen del estudio P-F. Esto indica que se volvieron más propensos a evadirse para afrontar la frustración.
 - El ICG del estudio del estudio P-F no mostró un incremento significativo desde la evaluación del preestudio al postestudio en el grupo relajación (GI). No hubo cambios significativos en todas las variables psicológicas medidas en el GC.
- Respuestas ante el estrés psicosocial:
 - No se encontraron interacciones significativas de todas las subescalas del PSRS.
 - Todas las subescalas de la PSRS fueron ligeramente mayores que las puntuaciones normales.
- Rasgos de personalidad de los jóvenes infractores:
 - Había interacciones significativas Grupo x Tiempo en Extraversión del EPQ.
 - Las puntuaciones de Extraversión del EPQ mostraron un descenso significativo desde la evaluación del preestudio al postestudio en el grupo relajación (GI).
 - En los análisis, Imagen del estudio P-F y Extraversión del EPQ no se mantuvieron después de la corrección de Bonferroni para el número de comparaciones.
 - Una interacción significativa en el grupo relajación (GI) desapareció en las subescalas de Extraversión del EPQ e Imagen del estudio P-F.
- En resumen: a pesar de que este estudio cuenta con una serie de limitaciones (escasa muestra, corto período de intervención, poco poder estadístico, etc.) se cree que la relajación muscular es un método efectivo para mejorar algunos aspectos de tolerancia a la frustración de los jóvenes infractores. Sin embargo, los resultados del estudio no apoyan las hipótesis iniciales de que la relajación muscular es efectiva en las respuestas psicológicas de estrés, ni demuestra efectos sobre los rasgos de personalidad de los jóvenes.

Nota: No se encontraron diferencias significativas entre todas las puntuaciones de la evaluación psicológica del preestudio, entre el GI y el GC, lo que indicó la equivalencia de los dos grupos en el comienzo del estudio.

Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 2		
	A (máx 2): 1	C (máx 2): 0	S (máx 1): 1
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

PRIMER AUTOR:	ROHDE 2004 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 426	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Curso de Afrontamiento: Intervención Cognitiva-Conductual para aumentar las Habilidades de Afrontamiento de Jóvenes Encarcelados		
Participantes	Muestra inicial: 138 jóvenes infractores varones con edades comprendidas entre 12 y 25 años; 76 jóvenes eran del Centro Correccional de Oak Creek y 62 jóvenes eran del Centro de la Costa Norte que sirvieron como una fuente adicional para los datos del grupo control. <u>Grupo de intervención (GI):</u> 46 jóvenes infractores del Centro de Oak Creek que recibieron el Curso de Afrontamiento. <u>Grupos control (GC):</u> GC1 (n = 30 jóvenes): grupo de jóvenes infractores del Centro de Oak Creek que recibían los cuidados habituales de la institución. GC2 (n = 62 jóvenes): grupo de jóvenes infractores del Centro de la Costa Norte que recibían los cuidados habituales de la institución. Muestra final: 109 jóvenes infractores. GI y GC1 (n = 64 jóvenes del Centro de Oak Creek). GC2 (n = 45 jóvenes del Centro de la Costa Norte).		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado (con seguimiento a los 2 meses)		
Reclutamiento	En el Centro de Oak Creek existían 3 unidades. Cada unidad estaba formada por 25 miembros. Se invitó a participar de 15 a 20 jóvenes de cada unidad. Se formaron un total de seis grupos, dos grupos por cada unidad. Por cada joven que completó los cuestionarios se le reembolsó al centro 10 dólares.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de Inclusión: - Todos los residentes de cada unidad fueron incluidos como posibles participantes. Criterios de Exclusión: - Se excluyeron a aquellos participantes que serían puestos en libertad durante el curso y a los jóvenes que según el personal del centro tenían dificultades para trabajar en grupo por su falta de concentración o por sus problemas de comportamiento y aquellos que estuvieron implicados en otros grupos de tratamiento durante el tiempo de preparación de los grupos del curso de Afrontamiento.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: Los participantes del Centro Oak Creek fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención del curso de afrontamiento o al grupo de cuidados habituales usando una tabla de números aleatorios. Intervención: El Curso de Afrontamiento se basó en el Curso de Afrontamiento para Jóvenes Con		

	Depresión (CWD-A) de Clarke et al., 1990. En el curso se realizaban 16 sesiones de tratamiento durante un periodo de ocho semanas en una sala similar a un aula con jefes de grupo que enseñaban a los adolescentes varias herramientas (habilidades sociales, relajación, reestructuración cognitiva, comunicación y resolución de problemas) para ayudarles a controlar su estado de ánimo depresivo. Cada adolescente era provisto de un folleto que contenía los conceptos clave de las sesiones, tareas estructuradas, preguntas cortas y tareas asignadas. Cuatro terapeutas del Instituto de Investigación de Oregon trabajaron en parejas guiando los seis grupos de intervención. Además, dos miembros del personal del Centro Oak Creek atendieron a los grupos y dirigieron algunas de las secciones de la intervención. Los jefes de grupo fueron supervisados por un Psicólogo y por administradores de la Autoridad de Jóvenes de Oregon. Recolección de datos: La recolección de datos fue realizada entre el 2001 y el 2002. Los adolescentes de 18 años o mayores firmaron el consentimiento informado. Los menores de 18 años le daban el asentimiento escrito al director del centro y éste firmaba el consentimiento. Cada participante completó sus cuestionarios de manera individual y confidencial. Dos meses después de realizar la intervención, los participantes del grupo control y los del grupo de intervención volvieron a completar los cuestionarios.
Medidas de resultados	• Datos demográficos: edad y raza/identidad étnica. • Comportamientos internalizados y externalizados de los jóvenes: Autoinformes de jóvenes (Youth Self-Report-YSR) de Achenbach, 1991. • Ideas de suicidio e intentos autolíticos: se utilizaron cinco ítems que fueron usados en una investigación anterior con adolescentes de Lewinsohn et al., 1996. • Actitudes hacia la vida: Escala de actitudes hacia la vida-Forma Reducida (Life Attitudes Schedule-Short Form- LAS-SF) de Rhode et. al, 1996. • Habilidades de Afrontamiento: se utilizaron 15 ítems que fueron usados en investigaciones anteriores de Rohde et al., 1990. • Autoestima, Soledad y Optimismo: Escala de Autoestima (Self-Esteem scale) de Rosenberg, 1965; escala de soledad de UCLA (UCLA Loneliness Scale) de Russell et al., 1980; y el cuestionario Subjetivo de Probabilidad (Subjective Probability Questionnaire) de Muñoz y Lewinsohn, 1976. • Ajuste Social: a partir de la Escala autoinformada de Ajuste Social para jóvenes (Social Adjustment Scale-Self Report for Youth) de Weissman et al., 1980. • Conocimiento de los conceptos de la terapia Cognitiva-Conductual.
Análisis Estadístico	- Se analizaron las diferencias entre los dos centros usando <i>t</i> tests para las medidas numéricas y un análisis de tabla de contingencias para las medidas categóricas. Los cambios pre-post se analizaron con un Análisis de Varianza de Medidas Repetidas. - Se llevaron a cabo dos contrastes: Curso de Afrontamiento frente a las condiciones habituales del Centro Oak Creek y los resultados del grupo control del

	Centro Oak Creek frente al grupo control del Centro de la Costa Norte. El primer contraste evaluó la efectividad de la intervención. El segundo contraste evaluó el efecto de grupo del Curso de Afrontamiento frente al grupo control.		
Resultados	- Datos demográficos: - La media de edad del Centro Oak Creek y de los centros de la Costa Norte fue de 16,3 y 16,8 años (SD = 1,9 y 1,7 años, respectivamente; $t(130) = 1,35$; $p = 0,181$). - No existieron diferencias significativas entre la edad y la raza de los chicos del grupo de intervención y los del grupo control. No existieron diferencias significativas entre la edad y la raza de los chicos que completaron los cuestionarios pre y post ($n = 64$ jóvenes del Centro Oak Creek y $n = 45$ jóvenes de los centros de la Costa Norte) vs. los chicos que sólo completaron los cuestionarios pre ($n = 8$ jóvenes de Oak Creek y $n = 17$ jóvenes de la Costa Norte). - Características del tratamiento (Curso de Afrontamiento): - La media de jóvenes en cada grupo fue de 7,7 participantes (SD = 0,5 participantes; rango 7-8). La media del número de sesiones que recibieron en cada grupo fue de 13,4 sesiones a 16 sesiones (SD = 3,9 sesiones, rango 3-16). - Resultados pre-post en las dos condiciones del Centro Oak Creek: - Ninguna de las variables examinadas tuvo cambios significativos en las evaluaciones pre-post del grupo control. - Ninguna de las interacciones entre la interacción de edad y raza presentó diferencias entre las dos condiciones de tratamiento en la pre y post evaluación. - Comparación de los dos grupos control: - Ninguna de las interacciones por grupo y tiempo fueron significativas, indicando que el grupo control de Oak Creek no parecía cambiar más en las evaluaciones pre y post que en el grupo de la Costa Norte, donde no se realizó el Curso de Afrontamiento.		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 3		
	A (máx 2): 2	C (máx 2): 1	S (máx 1): 0
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
	Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención y al grupo control usando una tabla de números aleatorios		Ib

Anexo 16.3. Incluyen sólo medidas de Reincidencia

PRIMER AUTOR:	SCHAEFFER 2005 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 452	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Terapia Multisistémica (TMS) vs. Terapia Individual (TI)		
Participantes	Muestra inicial: 176 jóvenes infractores remitidos al Proyecto de Delincuencia de Missouri y sus familias <u>Grupos de intervención (GI):</u> GI1 (n = 92 jóvenes infractores): jóvenes infractores de 12 a 17 años y sus familias, asignados a la condición TMS. GI2 (n = 84 jóvenes infractores): jóvenes infractores de 12 a 17 años asignados a la condición TI. Muestra final (a los 13,7 años): 140 familias completaron el tratamiento. De los 36 jóvenes y sus familias denominados "pérdidas", 15 pertenecían a la condición TMS y 21 a la condición de TI.		
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado (con seguimiento de 13,7 años)		
Medidas de resultados	• Actividad criminal en el postratamiento (reincidencia). • Datos de arrestos criminales de jóvenes y de adultos (arrestos no violentos, violentos, relacionados con drogas, otros delitos). • Días de sentencia en confinamiento. • Días de sentencia en libertad condicional (de adultos).		
Resultados	Los participantes de la TMS respecto a los de la TI: - Fueron significativamente menos proclives a ser arrestados (50% vs. 81% respectivamente) en los 13,7 años posteriores a la finalización del tratamiento. - Presentaron unas probabilidades de rearrestos por drogas y delitos violentos o no violentos de 2 a 4 veces más bajas. - Respecto al número de días, fueron sentenciados un 61% menos en instalaciones de detención adultas y un 37% menos en libertad vigilada.		
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5): 3		
	A (máx 2): 2	C (máx 2): 0	S (máx 1): 1
Ocultamiento de la asignación	OA		Nivel y Grado de evidencia (NICE)
			Ib

Anexo 17.Tabla de evidencia de los artículos (ECNA)

Anexo 17.1.Incluyen medidas de Salud Mental y Reincidencia

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
CALDWELL. 2005 (EE.UU.) ID= 55	Ensayo clínico no aleatorizado (con 4,5 años de seguimiento)	<u>N inicio</u> : 248 jóvenes infractores violentos GI: 101 jóvenes infractores GC:147 jóvenes infractores	- GI: Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota - "Mendota Juvenile Treatment Center" (MJTC). Emplea el modelo de Descompresión (Monroe et al.,1998) - GC: Servicios de Rehabilitación Tradicionales en Instituciones Correccionales Juveniles convencionales	- Coeficiente intelectual - Logro académico - Síntomas de trastornos de conducta - Rasgos de personalidad psicopática - Necesidad de tratamiento y riesgo de reincidencia - Supervivencia - Reincidencia - Tipos y gravedad de los delitos	0	2	2	1	4	8	17	Ila

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
CALDWELL 2006 (EE.UU.) ID= 60	Ensayo clínico no aleatorizado (con 2 años de seguimiento)	N. inicio 141 jóvenes infractores GI: 56 jóvenes infractores GC: 85 jóvenes infractores	- GI: Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota - "Mendota Juvenile Treatment Center" (MJTC). Emplea el modelo de Descompresión (Monroe et al.,1998) - GC: Servicios de Rehabilitación Tradicionales en Instituciones Correccionales Juveniles convencionales	- Características demográficas - Características legales - Variables de evaluación clínica: funcionamiento cognitivo, trastornos de conducta, rasgos psicopáticos - Días de encarcelamientos y estado de liberación - Reincidencia	0	2	2	1	4	8	17	IIa

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
CALDWELL 2006 (EE.UU.) ID= 63	Ensayo clínico no aleatorizado (con seguimiento de los datos de 730 días y seguimiento de los costes de 4,5 años)	<u>N</u> inicio: 202 jóvenes infractores GI: 101 jóvenes infractores GC: 101 jóvenes infractores	- Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota - "Mendota Juvenile Treatment Center" (MJTC). Emplea el modelo de Descompresión (Monroe et al.,1998) - GC: Servicios de Rehabilitación Tradicionales en Instituciones Correccionales Juveniles convencionales	- Características demográficas - Características legales - Variables de evaluación clínica: funcionamiento cognitivo, trastornos de conducta, rasgos psicopáticos y necesidades de tratamiento - Días de encarcelamientos y estado de liberación - Reincidencia	0	2	2	1	4	9	18	Ila
* GI: GRUPO INTERVENCIÓN, GC: GRUPO CONTROL												
**DA: DISEÑO Y ASIGNACIÓN (máx. 3), R: RECLUTAMIENTO (máx. 6), I/E: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN (máx. 4), I: INTERVENCIÓN (máx. 4), AE: ANÁLISIS ESTADÍSTICO (máx. 6), R: RESULTADOS (máx. 10), V: VALIDEZ (máx. 33), NE: NIVEL DE EVIDENCIA												

Anexo 18. Características de los estudios incluidos (ECNA)

Anexo 18.1. Incluyen medidas de Salud Mental y Reincidencia

PRIMER AUTOR:	CALDWELL 2005 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 55	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota (Mendota Juvenile Treatment Center-MJTC) vs. Instituciones Correccionales Juveniles (Juvenile Correctional Institutions-JCI)		
Participantes	Muestra: 248 jóvenes infractores violentos procedentes de instituciones correccionales. <u>Grupo intervención (GI):</u> 101 jóvenes infractores violentos. <u>Grupo control (GC):</u> 147 jóvenes infractores violentos.		
Diseño	Ensayo clínico no aleatorizado (con 4,5 años de seguimiento).		
Reclutamiento	Todos los jóvenes pertenecientes al GI y al GC fueron enviados al programa desde la Institución Correccional Juvenil donde estaban recibiendo los servicios de rehabilitación habituales. La institución fue la encargada de seleccionar y enviar a los jóvenes del estudio sin consultar o hacer la selección con personal del MJTC.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión (en el programa MJTC para el GI): - Chicos con un bajo nivel de ajuste a la institución correccional y lo suficientemente disruptivos o agresivos como para ser expulsados de los servicios de rehabilitación tradicionales. Criterios de exclusión: - No se describen. No hay criterios de exclusión tales como baja puntuación en el test de inteligencia, psicosis, déficits neurológicos, resistencia al tratamiento con antagonistas, que pudiesen eliminar a un joven de ser considerado para el MJTC.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: Tras la selección de los chicos en la institución de pertenencia el personal del Centro de Mendota valoraba quiénes podían beneficiarse de los servicios de rehabilitación tradicional en la institución de origen y quiénes no lo harían, por lo que quedarían retenidos en el MJTC. Los chicos seleccionados para el programa pasaban la mayor parte de su encarcelamiento en el centro, entrando a formar parte del grupo de tratamiento. Los jóvenes que no habían sido seleccionados regresaban de nuevo a su institución y entraban a formar parte del GC. Se realizó una asignación a los grupos no aleatoria, sin ocultamiento de la intervención. Intervención: El programa de tratamiento tenía como finalidad disminuir la violencia interpersonal en un grupo de jóvenes violentos, cuyos delitos reiterados implicaban un		

	asalto directo a otra persona. Este programa empleaba el modelo de Descompresión (Monroe et al., 1998), que intentaba prevenir la renuncia al tratamiento por parte de los jóvenes. El programa tenía una única estructura y aunque operaba bajo el código administrativo del Departamento de Correccionales, como una Institución Correccional de Seguridad, el programa se implementaba sobre las bases de una Institución de Salud Mental Estatal. Consistía en tres unidades con 14 o 15 habitaciones con camas individuales. En el período de estudio del MJTC se contó con la participación de un psicólogo, un trabajador social y un psiquiatra temporal por cada 20 chicos. La administración diaria del programa MJTC estaba dirigida por una enfermera de psiquiatría. Recolección de datos: En el momento de la admisión en el programa se recogió información de todos los jóvenes. Con todos los jóvenes admitidos en el MJTC se llevó a cabo una valoración multidisciplinar que incluía entrevistas psicodiagnósticas, tests psicológicos y académicos. El seguimiento de todos los jóvenes se hizo desde su puesta en libertad hasta el 1 de agosto de 2003. El período medio de seguimiento fue de 4,5 años.
Medidas de resultados	• Coeficiente intelectual: se midió con la Escala Revisada de Inteligencia para Niños (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised) de Wechsler (1991). • Logro académico: fue establecido por el personal escolar. • Síntomas de trastornos de conducta: se establecieron usando los quince síntomas listados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV; APA 1994). • Rasgos de personalidad psicopática: se les administró la Lista de control de Psicopatía – Versión para jóvenes (Psychopathy Checklist: Youth Version) de Forth, Kosson and Hare (1996). • Necesidades de tratamiento y riesgo de reincidencia: se codificó a partir de una versión del Inventario de Nivel de Servicio – Jóvenes Delincuentes (Young Offender-Level of Service Inventory) de Andrews y Bonta (1995). • Supervivencia (período de tiempo sin relación con actos delictivos). • Reincidencia, tipo y gravedad de los delitos.
Análisis Estadístico	- Para la predicción de la propensión al tratamiento se usó una regresión logística paso a paso (con 19 variables históricas, demográficas y clínicas). - En la reevaluación del tratamiento se empleó un análisis de regresión logística secuencial. - Para predecir la reincidencia de delitos menores y los delitos más graves y violentos se usó un modelo de ajuste basado en las covarianzas. - Para determinar la asociación entre el tratamiento MJTC y el tiempo libre de delitos en la comunidad se completó un análisis de supervivencia para cada una de las variables de resultado aplicando un análisis de regresión Cox.

Resultados	- Tras establecer primero la prevalencia de delinquir sobre un período uniforme de dos años de seguimiento, los jóvenes tratados en el MJTC mostraron unos índices más bajos de delitos reiterados en cinco categorías (alguna ofensa, violencia, delito grave, delito grave violento, delito grave con heridas). - Las diferencias más evidentes de rearresto en el GI y en el GC residían en los delitos más serios y violentos. La reincidencia violenta del GI fue del 24% mientras que la del GC fue del 44%. Respecto a la violencia más seria, al 37% del GC se le imputó un delito violento y un 25% se vio implicado en delitos con víctimas heridas de gravedad o muertas. Por el contrario, el 18% del GI tuvo cargos por delitos violentos, y sólo el 7% se vio involucrado en delitos con víctimas graves. - El tratamiento MJTC indicó tener un efecto beneficioso sobre la prevalencia de delitos más graves y violentos, pero podría haber tenido un impacto pequeño en delitos menores. Es decir, la influencia de este tratamiento es más pronunciada para delitos más graves y violentos. - El tratamiento MJTC predijo tiempos de supervivencia más largos. Además, aunque el tratamiento MJTC no parece afectar al número de jóvenes que reinciden con delitos menores, sí parece contribuir con ajustes comunitarios más largos antes de cometer el primer delito menor. - Los resultados muestran claramente que el tratamiento MJTC predice, aunque de forma lenta, bajos índices de reincidencia grave y violenta en la comunidad. - Durante el período de seguimiento el GC mostró un índice de homicidio del 7% (contabilizado por 16 muertes), mientras que nadie del GI fue imputado por homicidio.			
	VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO:	MEDIO: X	ALTO:
	Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 0(B)/3	Reclutamiento 2(B)/6	Inclusión y exclusión 2(M)/4
		Descripción de la intervención 1(M)/4	Análisis estadístico 4(M)/6	Medidas de los Resultados 8(A)/10
		Validez total 17/33	Nivel Evidencia IIa	

PRIMER AUTOR:	CALDWELL 2006 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 60	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota (Mendota Juvenile Treatment Center-MJTC) vs. Instituciones Correccionales Juveniles (Juvenile Correctional Institutions-JCI)		
Participantes	Muestra: Un total de 141 jóvenes infractores varones con altas puntuaciones en el Cuestionario de Psicopatía del Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota (MJTC) y de Instituciones Correccionales Juveniles convencionales (JCI). <u>Grupo de intervención (GI):</u> 56 jóvenes que fueron intervenidos en el Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota (MJTC). <u>Grupo control (GC):</u> 85 jóvenes que fueron intervenidos en Instituciones Correccionales Juveniles Convencionales (JCI)		
Diseño	Ensayo clínico no aleatorizado (con 2 años de seguimiento)		
Reclutamiento	Todos los jóvenes, pertenecientes al GI y al GC fueron enviados al programa desde la institución correccional juvenil donde estaban recibiendo los servicios de rehabilitación habituales. La institución fue la encargada de seleccionar y enviar a los jóvenes del estudio sin consultar o hacer la selección con personal del MJTC.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Se incluyeron en el programa del MJTC (GI) los jóvenes con un nivel bajo de ajuste a la institución correccional y lo suficientemente disruptivos o agresivos como para ser expulsados de los servicios de rehabilitación tradicionales. Criterios de exclusión: - Los jóvenes que tenían una puntuación inferior a 27 en el cuestionario de Psicopatía PCL: YV fueron excluidos.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: Tras la selección de los chicos en la institución de pertenencia, el personal del Centro de Mendota valoraba quién podía beneficiarse de los servicios de rehabilitación tradicional en la institución de origen y quiénes no lo harían, por lo que quedaban retenidos en el MJTC. Los chicos seleccionados para el programa pasaron la mayor parte de su encarcelamiento en éste, entrando a formar parte del grupo de tratamiento. Los jóvenes que no habían sido escogidos regresaban de nuevo a su institución y entraban a formar parte del GC. Se realizó una asignación a los grupos no aleatoria, sin ocultamiento de la intervención. Intervención: El programa de tratamiento tenía como finalidad disminuir la violencia interpersonal en un grupo de jóvenes violentos, cuyos delitos implican un asalto directo a otra persona. Este programa empleaba el modelo de Descompresión (Monroe et al., 1998), que intentaba prevenir la renuncia al tratamiento por parte de los jóvenes. El programa		

	tenía una única estructura y aunque operaba bajo el código administrativo del Departamento de Correccionales, como una institución correccional de seguridad, el programa se implementa sobre las bases de una institución de salud mental estatal. El programa de tratamiento consistía en tres unidades con 14 o 15 habitaciones con camas individuales. En el período de estudio del MJTC se contaba con la participación de un psicólogo por cada 26 jóvenes, un trabajador social por cada 14 jóvenes y un psiquiatra temporal por cada 28 jóvenes. La administración diaria del programa MJTC estaba dirigida por una enfermera de psiquiatría. Las unidades específicas del JCI eran supervisadas por el personal de seguridad. Recolección de datos: Los datos correspondientes a las características demográficas y legales se recogieron para ambos grupos en el MJTC. Se realizó una valoración multidisciplinar que incluía entrevistas psicodiagnósticas, tests psicológicos y académicos, así como recolección de datos relevantes a partir de los antecedentes. Los datos de reincidencia fueron recogidos de una base de datos computarizada de Cortes de todo el estado.
Medidas de resultados	• Características demográficas: edad y raza. • Características legales de los jóvenes. • Funcionamiento cognitivo: se midió con la Escala de Inteligencia-Revisada (Scale for Children-Revised) de Wechsler (1991). • Trastornos de conducta: se midieron con un checklist de síntomas de trastornos de conducta basados en los criterios específicos de la 4ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico-DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana, 1994 (The Diagnostic and Statistical Manual, 4th ed.; American Psychiatric Association) • Rasgos psicopáticos: se midió con el Cuestionario de Psicopatía – versión jóvenes (Psychopathy Checklist: Youth Versión) de Forth, Kosson y Hare, 1996. • Días de encarcelamientos y estado de liberación. • Reincidencia: las variables de reincidencia incluyeron el número y el tipo de casos archivados en el tribunal estatal durante los 730 días después de salir del centro.
Análisis Estadístico	- Análisis descriptivo de medias y desviaciones típicas para medir las características del grupo de intervención y del grupo de comparación. - Para la re-evaluación del tratamiento se empleó un análisis de regresión logística secuencial. - Para predecir la reincidencia de delitos menores, delitos más graves y violentos se usó un modelo de ajuste basado en las covarianzas. - Para determinar la asociación entre el tratamiento MJTC y el tiempo libre de delitos en la comunidad se realizó un análisis de supervivencia para cada una de las variables de resultado, aplicando un análisis de regresión Cox.
Resultados	• Características demográficas: El grupo del JCI tenía una proporción significativamente más alta de juventud afroamericana (72% vs. 41%, n = 61 vs.

	n = 23). - Días de encarcelamiento: El grupo de JCI estuvo significativamente más días encarcelados (media = 717). - Relación entre el tratamiento de MJTC y la reincidencia: - Los jóvenes tratados en el MJTC eran significativamente menos reincidentes. Un 57% (n = 32) de los jóvenes del MJTC se comparó con un 78% (n = 66) del grupo JCI, $\chi^2 (1, N = 141) = 7,58, p < 0,01$. - El 21% (n = 12) de los jóvenes del MJTC estuvieron envueltos en actos violentos en la institución o en la comunidad durante los dos años posteriores al tratamiento, comparados con un 49% (n = 42) de los jóvenes del JCI. - Relación entre el tratamiento de MJTC y el tiempo de "supervivencia": - El tiempo de supervivencia de los jóvenes se predijo mejor en el MJTC, $R^2 = 1 - 2,5 (-0,268)$, los jóvenes que recibieron esta intervención tenían 2,7 veces menos probabilidades de cometer actos violentos en la comunidad que los del grupo del JCI. La probabilidad de cometer un acto violento en la comunidad era aproximadamente de un 16% para el grupo MJTC y un 37% para el grupo de comparación. - Relación entre tratamiento MJTC y ofensas serias: - Los jóvenes del grupo del MJTC tenían menos probabilidades de ser acusados de un crimen violento que perjudicara a otra persona durante los dos años posteriores a la puesta en libertad del MJTC que los del grupo del JCI. Durante este período, el 10,7 % (n = 6) de los jóvenes del MJTC fueron acusados de un crimen violento o perjudicial, comparados con el 29,5% (n = 25) del grupo del JCI. - Los jóvenes tratados en el MJTC tenían menos probabilidades de ser acusados de homicidio durante un período de seguimiento más largo (hasta 2200 días). Ninguno del MJTC (el 0%) fue acusado de homicidio, mientras que 9 miembros (del 10,6%) del grupo del JCI fueron acusados y condenados de, al menos, un delito que incluyó un homicidio, $\chi^2 (1, N = 141) = 6,33$.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO:	MEDIO: X	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 0(B)/3	Reclutamiento 2(B)/6	Inclusión y exclusión 2(M)/4
	Descripción de la intervención 1(M)/4	Análisis estadístico 4(M)/6	Medidas de los Resultados 8(A)/10
	Validez total 17/33	Nivel Evidencia IIa	

PRIMER AUTOR:	CALDWELL 2006 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 63	REV: MG/LP/JP
Programa de Intervención	Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota (Mendota Juvenile Treatment Center-MJTC) vs. Instituciones Correccionales Juveniles (Juvenile Correctional Institutions-JCI)		
Participantes	Muestra: 202 jóvenes infractores varones del Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota (MJTC) y de Instituciones Correccionales Juveniles convencionales (JCI). <u>Grupo de intervención (GI):</u> 101 jóvenes que fueron intervenidos en el Centro de Tratamiento Juvenil de Mendota (MJTC). <u>Grupo control (GC):</u> 101 jóvenes que fueron intervenidos en Instituciones Correccionales Juveniles Convencionales (JCI).		
Diseño	Ensayo clínico no aleatorizado (con un seguimiento de reincidencia de 730 días y un seguimiento de costes de 4,5 años)		
Reclutamiento	Todos los jóvenes, pertenecientes al GI y al GC, fueron enviados al programa desde la institución correccional juvenil donde estaban recibiendo los servicios de rehabilitación habituales. La institución fue la encargada de seleccionar y enviar a los jóvenes del estudio. No consultaron ni hicieron la selección con personal del MJTC.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Se incluyeron en el programa MJTC a los chicos con poco ajuste a la institución correccional y lo suficientemente disruptivos o agresivos como para ser expulsados de los servicios de rehabilitación tradicionales. Criterios de exclusión: - Se excluyeron los jóvenes que tuvieron una puntuación inferior de 27 en el cuestionario de psicopatía: Psychopathy Checklist: Youth (versión de Forth, Kosson y Hare, 1996)		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: Tras la selección de los chicos en la institución de pertenencia, el personal del Centro de Mendota valoraba quién podía beneficiarse de los servicios de rehabilitación tradicional en la institución de origen y quiénes no lo harían, por lo que quedarían retenidos en el MJTC. El grupo de intervención se formó con los chicos seleccionados para quedarse en el MJTC. Los jóvenes que no habían sido escogidos regresaron de nuevo a su institución y entraron a formar parte del GC. Se realizó una asignación a los grupos no aleatoria, sin ocultamiento de la intervención. Intervención: La finalidad del programa de tratamiento era disminuir la violencia interpersonal en un grupo de jóvenes repetidamente violentos, cuyos delitos implicaron un asalto directo a otra persona. Este programa empleaba el modelo de Descompresión (Monroe et al., 1998), que intentaba prevenir la renuncia al tratamiento por parte de los jóvenes. El		

	programa tenía una única estructura y aunque operaba bajo el código administrativo del Departamento de Correccionales, como una institución correccional de seguridad, el programa se implementaba sobre las bases de una institución de salud mental estatal. Consistió en tres unidades con 14 o 15 habitaciones con camas individuales. En el período de estudio del MJTC se contaba con la participación de un psicólogo por cada 26 jóvenes, un trabajador social por cada 14 jóvenes y un psiquiatra temporal por cada 28 jóvenes. La administración diaria del programa MJTC estaba dirigida por una enfermera de psiquiatría. Las unidades específicas del JCI eran supervisadas por el personal de seguridad. Recolección de datos: Los datos correspondientes a las características demográficas y legales se recogieron en el momento de la admisión al MJTC. A todos los jóvenes admitidos en el MJTC se les realizó una valoración multidisciplinar que incluía entrevistas psicodiagnósticas, tests psicológicos y académicos, así como recolección de datos relevantes a partir de los antecedentes. Los datos de reincidencia fueron recogidos de una base de datos computarizada de Cortes de todo el estado. Se recogieron los datos 53 meses y dos años después, aproximadamente, de haber iniciado el tratamiento.
Medidas de resultados	• Características demográficas: edad, raza. • Características legales de los jóvenes. • Funcionamiento cognitivo: se midió con la Escala de Inteligencia-Revisada (Scale for Children-Revised) de Wechsler (1991). • Trastornos de conducta: se midieron con un checklist de síntomas de trastorno de conducta basados en los criterios específicos de la 4ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico - DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana, 1994 (The Diagnostic and Statistical Manual, 4th ed.; American Psychiatric Association). • Rasgos de personalidad psicopática: se midieron con el Psychopathy Checklist: Youth Versión de Forth, Kosson y Hare (1996). • Necesidades de tratamiento: se codificó a partir de una versión del Young Offender-Level of Service Inventory de Andrews y Bonta, 1995. • Días de encarcelamientos y estado de liberación. • Reincidencia: Las variables de reincidencia incluyeron el número y el tipo de delitos archivados en el tribunal estatal durante los 730 días después de la puesta en libertad.
Análisis Estadístico	- Se analizaron los datos para determinar si el programa de tratamiento había producido una reducción significativa en la incidencia de cometer nuevos delitos en los participantes tratados. Se calculó la diferencia en los dos grupos. - Se analizó el impacto del tratamiento total en los infractores, el impacto del tratamiento en el número de actos violentos, el número de delitos graves y la prevalencia de estos por separado.

	- Se estimaron los costes del cuidado institucional juvenil y el tratamiento para cada joven, sumando el proceso de la justicia criminal y la prisión.		
Resultados	- El grupo de tratamiento pasó más días en el programa MJTC. Como el programa MJTC era más eficaz en el mejoramiento del ajuste institucional, los jóvenes del tratamiento tendieron a pasar menos días en intervenciones de centros de seguridad después de salir del centro de tratamiento. Por lo tanto el tiempo total que los jóvenes estaban encarcelados era más corto en el grupo de tratamiento. - El coeficiente estandarizado para la variable de tratamiento fue significativa para todos los crímenes (Beta = -0,14, p <0,05), para delitos graves (Beta = -0,174, p <0,05), y para delitos violentos (Beta = -0,29, p <0,001). La diferencia de las medias fue significativa en las tres categorías. Los jóvenes del grupo control cometieron, en promedio, casi el doble de delitos en el periodo de seguimiento (2,49 frente al 1,09 para el grupo de tratamiento) y más del triple de delitos violentos (0,85 frente al 0,25 del grupo de tratamiento). - La ecuación de predicción fue significativa para el estado del grupo de tratamiento después de controlar la asignación no aleatoria de los grupos y el tiempo en peligro, cambio en χ^2 (1, N = 202) = 13,15, p <0,001. - Análisis de costes y beneficios: la media de costes por cada joven, del grupo de comparación, en las tres categorías incluidas en el análisis fue de 216.388 dólares, mientras que para el grupo de tratamiento fue de 173.012 dólares. El tratamiento neto de los jóvenes en el GI, costó un 20% menos, en promedio, que el grupo de comparación. La inversión agregada por cada joven tratado fue de 7.014 dólares, generando, en el periodo de seguimiento de 4,5 años, una media marginal de beneficios (o costes evitados por la reincidencia) de 50.390 dólares por joven. Esto representaba al cociente de costes y beneficios de 1 a 7.18, es decir, el programa produjo ventajas de 7,18 dólares por cada dólar de coste.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO:	MEDIO: X	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 0(B)/3	Reclutamiento 2(B)/6	Inclusión y exclusión 2(M)/4
	Descripción de la intervención 1(M)/4	Análisis estadístico 4(M)/6	Medidas de los Resultados 9(A)/10
	Validez total 18/33	Nivel Evidencia Ila	

Anexo 19. Tabla de evidencia de los artículos (otros EC)

Anexo 19.1. Incluyen medidas de salud mental y reincidencia

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DARI	E	I	AER	V	NE		
DESCHENES 1998 (EE.UU.) ID= 71	Estudio comparativo (cuasi-experimental) con 730 días de seguimiento	<u>N inicio</u> : 192 jóvenes infractores de bajo-medio riesgo, condenados por un delito grave	- GI: Programa Reto Nokomis (12 meses de tratamiento integrado): 3 meses en un alojamiento residencial de corto período (en un ambiente rural similar al empleado en los boot camps) + 9 meses de cuidados posteriores en un programa al aire libre, de base comunitaria, con una vigilancia intensiva y prestación de servicios a modo de tratamiento. Combina la prevención de las recaídas con varios elementos específicos: habilidades cognitivas, conductuales, sociales, autoestima, y funcionamiento familiar de los chicos. - GC: Programas tradicionales (de una duración media de 14-16 meses) en escuelas de entrenamiento o instalaciones privadas, siguiendo la programación ordinaria establecida.	- Características de procedencia: tipo de familia, empleo de la familia, raza, educación, historia criminal, tipo de delito actual, influencias sociales - Las entrevistas incluyeron: medidas de objetivos personales, habilidades de afrontamiento, autoestima, funcionamiento familiar, el índice asocial de Jesness, servicios recibidos en el programa, delincuencia autoinformada y consumo de sustancias en los pasados 12 meses - Las entrevistas de las familias incluyeron medidas de funcionamiento familiar y programas de servicios recibidos	2	2	2	1	4	5	16	IIb
		GI: 97 jóvenes infractores en Programa Nokomis GC: 95 jóvenes infractores en programas tradicionales										
		<u>N seguimiento</u> (a los 12 meses): 147 jóvenes infractores y 110 familias <u>N final</u> (a los 24 meses): 114 jóvenes infractores y 116 cuidadores primarios										

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DAR	I/E	I/A	E/R	V	NE		
FLORSHEIM 2000 (EE.UU.) ID= 115	Estudio comparativo entre grupos	<u>N_inicio</u> : 121 jóvenes infractores en custodia correccional <u>N_final</u> : 78 jóvenes infractores	- Programas de Base Comunitaria (Programas de Trabajo, Group Home, Proctor Home) interviniendo con Alianzas de Trabajo - Alianza de Trabajo: relación de colaboración entre cliente o usuario y su terapeuta, facilitando la ocurrencia de un cambio psicológico positivo (Horvath & Luborsky). Depende de 3 factores: - El nivel de acuerdo sobre objetivos terapéuticos - La habilidad para negociar mutuamente cuestiones que intenten alcanzar esos objetivos - Establecer un ambiente de confianza y una relación de respeto en un contexto seguro para tratar dificultades interpersonales.	- Historia delincuenta - Influencia de los iguales - Consumo de drogas - La Alianza de Trabajo: calidad de la relación terapéutica entre el joven y el principal responsable de su tratamiento - Cambios en el funcionamiento conductual y emocional - Reincidencia	1	2	0	2	6	8	19	IIb

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DAR	I/E	I/A	E/R	V	N	E	
JAINCHILL 2000 (EE.UU.) ID= 260	Estudio comparativo intragrupo (pre-post), comparando además el grupo que completa la intervención con el que no la completa	<u>N inicio</u> : 938 jóvenes infractores ligados al Sistema de Justicia Criminal <u>N final</u> : 485 jóvenes infractores	Comunidades Terapéuticas (CT) Residenciales con tratamiento secuenciado en fases, para que el adolescente muestre sus avances en las áreas emocionales, conductuales y otras dimensiones de desarrollo	- Características demográficas - Consumo de drogas y tratamiento previo de drogas - Actividad criminal e implicación con el Sistema de Justicia Criminal - Educación/escolarización - Antecedentes familiares - Historia médica - Conductas de riesgo para VIH (en la entrevista de línea base) - Estado psicológico/psiquiátrico - Relación con los consejeros, con los iguales y con el personal	2	3	1	2	5	4	15	Ib
SPOONER 2001 (AUSTRALIA) ID= 302	Estudio comparativo entre grupos (con pretest, postest a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses)	<u>N inicio</u> : 121 jóvenes infractores remitidos por Justicia Juvenil, agencias de tratamiento, familias, servicios de salud o agencias asistenciales GI: 61 jóvenes infractores GC: 60 jóvenes infractores <u>N final</u> (a los 6 meses): 88 jóvenes infractores	- GI: programa de Tratamiento Residencial Multimodal - GC: cuidados habituales	- Consumo de sustancias - Conducta criminal - Funcionamiento social - Malestar psicológico - Salud física - Conductas de riesgo VIH	1	3	2	2	5	5	18	Ib

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DAR	I/E	I/A	E/R	V	N	E	
NORRBIN 2004 (EE.UU.) ID= 347	Estudio comparativo	<u>N inicio:</u> 91 jóvenes infractores	- GI: Programa Equipo de Niños (180 días de duración, a partir de la fecha inicial de la intervención) - GC: no recibió el nivel máximo de tratamiento del Programa Equipo de Niños	- Datos demográficos - Tipo de delitos - Tipo de casos (p.ej. casos difíciles con trastornos del aprendizaje, trastornos emocionales, etc.) - Reducción de las tasas de arrestos entre los jóvenes problemáticos (reincidencia)	2	2	2	2	6	2	20	Iib
		GI1: 61 jóvenes infractores del Equipo de Niños (Norte de Florida) GI2: 30 jóvenes infractoras del Equipo de Niños (Condado de Broward)										
		<u>N final:</u> GI: 65 jóvenes infractores del Equipo de Niños GC: 111 jóvenes infractores										

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DAR	I/E	I	AER	V	NE		
TRUPIN 2002 (EE.UU.) ID= 518	Estudio prospectivo de cohorte	N: 90 jóvenes infractoras encarceladas en un Centro de Rehabilitación Juvenil (Washington)	- GI 1 y GI 2: Terapia Dialéctica Comportamental- TDC (sesiones de 60-90 minutos, 1-2 veces a la semana durante 4 semanas+ tarea para casa de registro diario de habilidades aprendidas y practicadas + refuerzos de implementación) con entrenamiento en grupo (2 miembros del personal y hasta 8 residentes) de 5 categorías de habilidades: Mindfulness (meditación), tolerancia a la angustia y habilidades interpersonales efectivas, habilidades de regulación de la emoción, y habilidades de autodirección - GC: no recibió Terapia Dialéctica Comportamental Nota: el personal del GI1 fue entrenado para implementar la terapia durante 80 horas, frente a 16 horas de formación del personal del GI2	- Datos sociodemográficos - Problemas de conducta (agresión, actos parasuicidas, mal comportamiento en clase, etc.)/Reincidencia - Acciones punitivas del personal (confinamiento en el aula, precaución de niveles suicidas y suspensión escolar, etc.) - Riesgo comunitario - Síntomas de salud mental	2	0	1	3	4	4	14	lb
		GI1: 22 jóvenes infractoras con problemas de salud mental GI2: 23 jóvenes infractoras catalogadas como población general (sin problemas mentales) GC: 45 jóvenes infractoras consideradas como población general (sin problemas mentales)										

* GI: GRUPO INTERVENCIÓN, GC: GRUPO CONTROL

**DA: DISEÑO Y ASIGNACIÓN (máx. 3), R: RECLUTAMIENTO (máx. 6), I/E: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN (máx. 4), I: INTERVENCIÓN (máx. 4), AE: ANÁLISIS ESTADÍSTICO (máx. 6), R: RESULTADOS (máx. 10), V: VALIDEZ (máx. 33), NE: NIVEL DE EVIDENCIA

Anexo 19.2. Incluyen sólo medidas de salud mental

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
NAS 2005 (PAÍSES BAJOS) ID= 52	Estudio comparativo cuasi-experimental entre grupos (con una medida pre y una medida post a los 2 ó 3 meses)	<u>N inicio</u>: 108 jóvenes infractores de 3 centros correccionales de los Países Bajos GI: 61 jóvenes infractores de uno de los centros GC: 47 jóvenes infractores de los otros dos centros <u>N final</u> (a los 2 ó 3 meses): 56 jóvenes infractores GI: 31 jóvenes infractores de uno de los centros GC: 25 jóvenes infractores de los otros dos centros	- GI: Programa EQUIP (Gibbs et al., 1995) integrado por un número de reuniones de ayuda y 30 reuniones (3 por semana de 1 h. de duración) del EQUIPO, estructuradas entorno a: habilidades sociales, toma de decisiones sociales, control de la ira. Explica distorsiones cognitivas (centradas en el sí mismo, minimización/ etiquetamiento, catastrofistas, culpabilizar a los demás) y trabaja: baja auto imagen, desconsideración hacia uno mismo y hacia los otros, problemas de autoridad, irritabilidad, dañar y mentir a los otros, problemas de drogas o alcohol, robar, mentir y afrontamiento. - GC: cuidados habituales del centro de detención	- Datos sociodemográficos - Juicio moral - Distorsiones cognitivas (comportamiento delincuente) - Información social - Actitud hacia el Comportamiento Delincuente - Habilidades Sociales Variables control: - Inteligencia - Tiempo de detención - Deseabilidad social	1	2	2	3	5	8	21	11b

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
MC MACKIN 2002 (EE.UU.) ID= 214	Estudio comparativo entre grupos	<u>Estudio 1:</u> N: 11 jóvenes infractores GI1: 6 jóvenes infractores de la Unidad de Tratamiento de Connelly (UTC) GI2: 5 jóvenes infractores del Centro Pilgram (CP)	- GI1: Unidad de Tratamiento de Connelly (UTC). Contenido del programa: terapia individual + terapia de grupo + terapia familiar (si procede), con duración media en el centro de 6 meses. - GI2: Centro Pilgram (CP). Contenido del programa: terapia individual + terapia de grupo + terapia de familia + tratamiento para infractores sexuales + otros tratamientos específicos para infractores, con duración media en el centro de 15 meses para los infractores sexuales y de 9 meses para otrinfractores.	- Trastorno por estrés postraumático - Exposición a violencia comunitaria	2	3	1	4	0	2	12	IIb
		<u>Estudio 2:</u> N: 13 jóvenes infractores GI2: 7 jóvenes infractores en la UTC GI2: 6 jóvenes infractores en el CP										

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
ARNOLD 2003 (EE.UU.) ID= 265	Estudio comparativo entre grupos	N inicio: 100 adolescentes mujeres GI: 45 adolescentes que revelaron abusos sexuales GC: 55 adolescentes que no revelaron abusos sexuales	- GI: Terapia Cognitiva- Conductual - GC: Cuidados habituales	Funcionamiento psicosocial	1	4	1	2	3	4	15	IIb
		N final: 95 adolescentes										
PERKINS-DOCK 2001 (EE.UU.) ID= 380	Estudio comparativo entre grupos (con medidas pre-post)	N: 10 jóvenes infractores de un centro de detención GI1: 5 jóvenes infractores GI2: 5 jóvenes infractores y sus familias	- Terapia Familiar Estratégica Breve (Brief Strategic Family Therapy-BSFT) para los 2 grupos (10 semanas de intervención, con una sesión por semana) - GI1: intervención sistémica individual (modelo de la intervención BSFT) - GI2: intervención conjunta de la familia basada en la BSFT	- Síntomas de problemas familiares - Clima social familiar	1	0	1	2	5	5	14	IIb

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
SHANE 2003 (EE.UU.) ID= 384	Estudio prospectivo de cohorte (4 grupos con seguimiento a los 3, 6 y 12 meses)	<u>N inicio</u> : 419 jóvenes de 3 tratamientos residenciales de abusos de sustancias procedentes del Sistema de Justicia Juvenil y de la comunidad GI1: 63 jóvenes de Los Ángeles GI2: 148 jóvenes de Oakland GI3: 44 jóvenes de Oakland GI4: 169 jóvenes de Tucson <u>N final</u> (a los 12 meses): 388 jóvenes	- Programas de tratamiento residencial para abuso de sustancias (distintos en cuanto a duración de la intervención): terapias individuales y de grupo, en ambientes caseros y estructurados + intervenciones para solucionar problemas familiares en un entorno seguro y estructurado - GI1: programa largo de 9- 12 meses - GI2: programa corto de 28- 45 días - GI3: programa largo de cuidados de hogar, de 3-12 meses de duración - GI4: programa corto de 30 días de duración	- Edad de los participantes - Permanencia en los centros - Clasificación de los grupos según el nivel de abuso de sustancias Trastorno internalizante (depresión mayor o trastorno de ansiedad generalizada) Trastorno externalizante (trastorno de conducta o trastorno de atención déficit/hiperactividad) Frecuencia de consumo de alcohol/marihuana/ otras drogas en los últimos 3 meses	1	3	2	0	4	8	18	IIb

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
PUTNINS 1997 (AUSTRALIA) ID= 389	Estudio comparativo entre grupos (con medidas pre-post)	<u>N inicio</u> : 39 jóvenes infractores instalado en centros de seguridad GI: 23 jóvenes infractores GC:16 jóvenes infractores <u>N final</u> : 38 jóvenes infractores GI: 23 jóvenes infractores GC:15 jóvenes infractores	- Programa de conocimiento de las víctimas-VAP: efecto sobre la Madurez de Razonamiento Moral (8-9 sesiones de 1'5 h cada una, durante 3 semanas). Ponentes de distintas Agencias proyectaban videos en las sesiones y en algunos casos iban acompañados de víctimas de crímenes, que les hablaban a los jóvenes de sus experiencias. Cada presentación finalizaba con un debate - GC: participantes seleccionados de otras residencias donde no se había llevado a cabo el VAP	Madurez de razonamiento moral (antes y después de la intervención)								
					2	0	0	1	5	4	12	IIb

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
TSYTSAREV 2000 (EE.UU.) ID= 525	Estudio transversal comparativo entre grupos	N: 50 jóvenes infractores de un centro de detención GI ("Grupo Refuerzo"): 25 jóvenes infractores en libertad condicional enviados a un programa de tratamiento comunitario de Manhattan (Nueva York) GC ("Grupo Castigo"): 25 jóvenes infractores encarcelados en un centro juvenil de detención de Prado Este (Nueva York)	- GI: recibió la Terapia de Asesoramiento (6 meses con 5 sesiones de asesoramiento a la semana) y fue supervisado por un juez. El contenido de las sesiones era: alternativas a la violencia, trabajar la autoestima y discutir las consecuencias del consumo de drogas + refuerzo - GC: no recibió Terapia de Asesoramiento individual ni grupal	- Datos sociodemográficos: edad, raza, nivel educativo y edad en la que se empezó el consumo de drogas - Abuso de sustancias - Autoestima: general, social y personal	2	0	1	2	5	5	15	IIIb
* GI: GRUPO INTERVENCIÓN, GC: GRUPO CONTROL **DA: DISEÑO Y ASIGNACIÓN (máx. 5), R: RECLUTAMIENTO (máx. 6), I/E: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN (máx. 4), I: INTERVENCIÓN (máx. 4), AE: ANÁLISIS ESTADÍSTICO (máx. 6), R: RESULTADOS (máx. 10), V: VALIDEZ (máx. 35), NE: NIVEL DE EVIDENCIA												

Anexo 19.3. Incluyen sólo medidas de Reincidencia

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
HAGAN 2001 (EE.UU) ID= 172	Estudio comparativo (con 8 años de seguimiento)	N: 200 jóvenes infractores de un correcional de seguridad del Estado de Wisconsin GI1: 50 jóvenes infractores (violadores) GI2: 50 jóvenes infractores (asaltantes sexuales de niños) GI3: 50 jóvenes infractores (culpables de delitos distintos a asalto sexual) GC: 50 adultos condenados por delitos sexuales	• Programa de tratamiento para infractores sexuales (Grupo de Psicoterapia, Educación General, Educación Sexual, Programa de Manejo de la Conducta y, a veces, Terapia Individual y Familiar (Millard, 1997))	• Reincidencia sexual								
					0	4	2	2	4	3	15	IIb

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
MITCHELL 2004 (REINO UNIDO) ID= 299	Estudio comparativo entre grupos (con medidas pre y post a los 18 meses)	N: 62 jóvenes infractores de una prisión inglesa GI: 31 jóvenes infractores GC: 31 jóvenes infractores	- GI: Programa de Razonamiento y Rehabilitación - GC: No recibió el Programa	- Longitud de la sentencia - Tipo de delito - Edad - Número de condenas previas - Condenas y encarcelamientos postintervención	2	3	2	4	5	3	19	IIb
ARCHWAMETY 2000 (EE.UU.) ID= 328	Estudio comparativo entre grupos (con medidas pre y post a los 7 años)	N: 505 jóvenes infractores de un centro correccional de Nebraska GI1: 161 jóvenes infractores GI2: 178 jóvenes infractores GC: 166 jóvenes infractores	Programa de Intervención Académica (lectura y matemáticas)	- Lugar de residencia previo - Raza - Edad al comienzo de la intervención - Edad al cometer el primer delito - Duración de la estancia - Reincidencia - Libertad condicional - Violación de la libertad condicional - Variables cognitivas - Variables de matemáticas y de lectura	1	2	1	2	4	3	13	IIb

AUTOR Y AÑO (PAÍS) ID= N° ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**							
					DA	R	I/E	I	AE	R	V	NE
PULLMANN 2006 (EE.UU.) ID= 387	Estudio comparativo (con seguimiento de los datos de 790 días)	N: 204 jóvenes infractores vinculados a servicios de Salud Mental y Justicia Juvenil GI: 106 jóvenes infractores GC: 98 jóvenes infractores	- GI: Programa Wraparound de Justicia Juvenil llamado "Uniones" (Connections) - GC: Servicios tradicionales de Salud Mental	- Grupo de intervención - Género - Raza - Edad en el primer delito considerable - Edad en la identificación - Número de delitos previos a la identificación - Reincidencia	2	4	1	2	4	3	16	Ib
JONES 2004 (EE.UU.) ID= 392	Estudio comparativo entre grupos	N: 35 jóvenes involucrados con el departamento de Justicia Juvenil GI1: 24 jóvenes infractores GI2: 11 jóvenes infractores	- GI1: programas de Supervivencia en la Naturaleza - GI2: programas Grupos de Hogar	- Edad - Raza - Delito cometido más grave: para medir este resultado se utilizó el Instrumento de Evaluación de la detención del Departamento Juvenil de Justicia (DJJ's Detention Assessment Instrument - DAI) - Tipo de programa: grupo wilderness o grupo acogida - Tiempo de permanencia codificado en meses - Reincidencia: tipo de nuevos delitos a los 6 y 12 meses	2	2	0	2	4	5	15	III
* GI: GRUPO INTERVENCIÓN, GC: GRUPO CONTROL **DA: DISEÑO Y ASIGNACIÓN (máx. 5), R: RECLUTAMIENTO (máx. 6), I/E: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN (máx. 4), I: INTERVENCIÓN (máx. 4), AE: ANÁLISIS ESTADÍSTICO (máx. 6), R: RESULTADOS (máx. 10), V: VALIDEZ (máx. 35), NE: NIVEL DE EVIDENCIA												

Anexo 20. Características de los estudios incluidos (otros EC)

Anexo 20.1. Incluyen medidas de Salud Mental y Reincidencia

PRIMER AUTOR:	DESCHENES 1998 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 71	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Programa Reto Nokomis (Nokomis Challenge Program) vs. Tratamiento Residencial Tradicional en Michigan		
Participantes	Muestra inicial: 192 jóvenes infractores de medio-bajo riesgo que han sido condenados por un delito grave. <u>Grupo intervención (GI):</u> 97 jóvenes infractores. <u>Grupo control (GC):</u> 95 jóvenes infractores. Muestra final: <u>Grupo intervención (GI):</u> el 78% de los jóvenes (76 personas) completaron la fase residencial de Nokomis y sólo el 40% (39 personas) completaron satisfactoriamente los 12 meses de este programa. <u>Grupo control (GC):</u> el 84% de los jóvenes (80 personas) ubicados en las escuelas de entrenamiento o instalaciones privadas completaron la fase residencial.		
Diseño	Estudio comparativo (cuasi-experimental) con 730 días de seguimiento.		
Reclutamiento	Los jóvenes fueron remitidos al Programa Nokomis por el tribunal juvenil de Michigan, desde enero a noviembre de 1991.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Tener 14 años o más. Criterios de exclusión: - Tener una condena por un delito Clase 1 (asalto con intento de asesinato, asalto con intento de robo, robo armado, intento de asesinato, conducta criminal sexual en primer grado, posesión de armas, y la manufactura, reparto o posesión de 650 gramos o más de 1 o 2 sustancias controladas) o incendio. - Tener tendencias suicidas, trastornos emocionales, del desarrollo o tener una condición médica que pudiera limitar su participación en las actividades exteriores.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los	Asignación a los grupos: Los jóvenes fueron asignados al programa Nokomis por el tribunal juvenil de Michigan. El grupo comparación se seleccionó de una muestra de jóvenes que contaba con los criterios de inclusión del programa, pero que no eran seleccionables porque los chicos eran de condados que rechazaban ubicarlos		

datos)	en Nokomis. A estos jóvenes se les ubicó en otros centros correccionales donde recibían tratamiento tradicional. Intervención: El desarrollo del programa Nokomis presentaba 12 meses de tratamiento integrado, de los que 3 meses se desarrollaron en un alojamiento residencial de corto período (en un ambiente rural similar al empleado en los boot camps), y 9 meses se destinaban a cuidados posteriores en un programa al aire libre, de base comunitaria, con una vigilancia intensiva y prestación de servicios a modo de tratamiento. El programa estaba destinado a jóvenes de medio-bajo riesgo que habían sido condenados por un delito grave. Combinaba la prevención de las recaídas con varios elementos específicos tales como habilidades cognitivas, conductuales y sociales, autoestima, y funcionamiento familiar de los chicos. La intervención para el grupo comparación tuvo una duración media de 14-16 meses. Recolección de datos: Se codificaron los registros y las entrevistas de 190 jóvenes y 101 familias que decidieron participar en la evaluación. Para el grupo experimental Nokomis, la información de la fase residencial del programa se obtuvo con una entrevista de los jóvenes al finalizar los 3 meses del periodo residencial. La información del seguimiento a los 12 meses se obtuvo a partir de entrevistas con 147 jóvenes y 110 familias. A los 24 meses, la información fue obtenida mediante entrevistas con 114 jóvenes y 116 cuidadores primarios.
Medidas de resultados	• Características de procedencia. • Objetivos personales, habilidades de afrontamiento y autoestima. • Índice asocial de Jesness y delincuencia autoinformada. • Consumo de sustancias en los pasados 12 meses. • Funcionamiento familiar. • Servicios recibidos a través de los programas y costes. Nota: Los instrumentos empleados para la recolección de los datos fueron: registros oficiales de la policía estatal, del condado y de los juzgados de familia, entrevistas con los jóvenes, sus familiares y cuidadores, observaciones de grabaciones de vídeo y autoinformes.
Análisis Estadístico	Se realizaron T tests, análisis de covarianza, método no paramétrico de tabla de vida, test de Wilcoxon, análisis de supervivencia y test chi-cuadrado.
Resultados	• La única diferencia estadísticamente significativa entre los jóvenes fue la edad en el momento del ingreso. • Las tasas de fracaso en estos programas fueron mayores para el grupo experimental, en comparación con aquellos que estaban en los lugares tradicionales. • Se compararon los 313 días de custodia de los jóvenes del grupo experimental con los 462 días invertidos en custodia por los chicos asignados al grupo comparación. La diferencia de los costes totales entre las dos opciones fue de unos \$20.000 a favor de Nokomis, durante el período de 24 meses.

- Los análisis de supervivencia indicaron que las tasas de fallos fueron más rápidas para los jóvenes de Nokomis que para los jóvenes de los programas residenciales tradicionales, a pesar de que contaban con cuidado intensivo tras su puesta en libertad, mientras que los jóvenes del grupo comparación no tenían estos cuidados. Dentro de los 6 meses tras la puesta en libertad de la custodia, el 13% de los jóvenes del programa Nokomis había sido arrestado por un delito grave, en contraste con el 8% del grupo comparación. En un año, esta diferencia había ascendido al 29% para el grupo Nokomis y al 16% para el grupo comparación. Estos hallazgos parecieron estar relacionados con el alto riesgo de reincidencia para el grupo experimental. - Los datos de los autoinformes sobre delincuencia y consumo de sustancias no mostraron diferencias entre el grupo comparativo y el experimental, al año siguiente de la colocación en dichos grupos, aunque ambos disminuyeron su conducta criminal y consumo de drogas. - El programa Nokomis fue casi tan efectivo como las ubicaciones residenciales de largo período en proporcionar habilidades cognitivas y conductuales. Ambos grupos mostraron mejoras en el alcance de los objetivos, autoestima y habilidades de afrontamiento, y también disminuyeron la conducta antisocial, pero estos efectos desaparecieron al final del periodo de seguimiento. Los jóvenes del grupo Nokomis fueron menos propensos a acudir a la escuela tras alcanzar la libertad que los jóvenes del grupo comparación. No hubo diferencias en empleo entre los jóvenes de ambos grupos. A los 24 meses, habían pocas diferencias entre aquellos que invirtieron 14-16 meses en un programa residencial y aquellos del programa Nokomis. Ambos grupos mostraron recaídas en cuanto a conducta criminal consumo de sustancias, y la mayoría de los cambios positivos que acontecieron durante el programa residencial desaparecieron.			
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO:	MEDIO: X	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 2(M)/ 3	Reclutamiento 2(B)/6	Inclusión y exclusión 2(M)/ 4
	Descripción de la intervención 1(M)/ 4	Análisis estadístico 4(M)/ 6	Medidas de los Resultados 5(M)/ 10
	Validez total 16/ 33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	FLORSHEIM 2000 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 115	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Programas de Base Comunitaria (Programas de Trabajo, Group Home, Proctor Home) interviniendo con Alianzas de Trabajo		
Participantes	Muestra inicial: 121 jóvenes infractores varones (edad media de 15,6 años) en custodia correccional de jóvenes ubicados en programas de base comunitaria. Muestra final: 78 jóvenes infractores (de los 121 chicos, 33 abandonaron el programa antes de completarlo, y otros 10 fueron retirados del programa por varias razones (p.e., enfermedad y/o conducta agresiva)).		
Diseño	Estudio comparativo entre grupos (distribución en 3 programas de tratamiento residencial).		
Reclutamiento	A los jóvenes infractores se les pedía participar en el estudio a medida que iban siendo ubicados en los programas de base comunitaria.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - No se describen. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: Participación voluntaria desde los centros correccionales que les fueron asignados. Intervención: La Alianza de Trabajo se ha definido como la relación de colaboración que se desarrolla entre un cliente o usuario y su terapeuta, facilitando la ocurrencia de un cambio psicológico positivo (Horvath y Luborsky). La calidad de la Alianza de Trabajo entre el cliente y el terapeuta depende de 3 factores: (1) el nivel de acuerdo sobre objetivos terapéuticos, (2) la habilidad para negociar mutuamente cuestiones que intenten alcanzar esos objetivos, (3) establecer un ambiente de confianza y una relación de respeto en un contexto seguro para tratar dificultades interpersonales. Recolección de datos: El proceso de recolección de datos se completó en 3 fases. Primero los participantes fueron entrevistados en 1-2 semanas tras ser ubicados en el programa. Tres semanas después de la ubicación en el centro, los jóvenes volvían a ser entrevistados para evaluar la calidad de su Alianza de Trabajo con el personal del programa. Después de 90-100 días de tratamiento, un tercer bloque de entrevistas se llevó a cabo con los jóvenes y los miembros del Programa, con la finalidad de evaluar los cambios emocionales y de conducta, y reevaluar la calidad de la Alianza de Trabajo. Finalmente, se volvieron a evaluar los registros estatales (1 año después de la fecha de entrada en el lugar), con el objetivo de valorar las tasas de reincidencia.		

Medidas de resultados	• Historia delincuente • Influencia de los iguales: se empleó el Autoinforme de Conducta Delincuente (Self- Report of Delinquent Behavior-SRD) de Elliot et al., 1989. • Consumo de drogas: se empleó la Encuesta Nacional para Jóvenes (National Youth Survey) de Elliot et al., 1989, compuesta por 15 ítems. • La Alianza de Trabajo: El Inventario de Alianza de Trabajo (Working Alliance Inventory-WAI) de Horvath & Greenberg., 1989 y 1994, se usó para evaluar la calidad de la relación terapéutica entre el joven y el principal responsable de su tratamiento. • Cambios en el funcionamiento conductual y emocional: el CBCL-TRF de Achenbach, 1991, fue administrado a los jóvenes durante la evaluación inicial y después de 3 meses de tratamiento. • Reincidencia: número de cargos por delitos en contra de personas y propiedades en el segundo momento de la evaluación.
Análisis Estadístico	Se realizó un análisis divariados, correlación de Pearson, F-test univariados, ANOVAs, MANOVAs y MANCOVAs y Análisis de regresión múltiple.
Resultados	• Historia delincuente: el número de cargos previos a la ubicación en el centro significativamente relacionado con las puntuaciones de reincidencia. • Consumo de drogas: Los resultados indican puntuaciones estadísticamente diferentes en el consumo de drogas. Los chicos en los group homes fueron más propensos a puntuar más alto que los chicos de los proctor homes o del programa de trabajo. • La Alianza de Trabajo: El grupo con una alta Alianza tendía a experimentar cambios más positivos que el de baja Alianza mientras estaban recibiendo el tratamiento. Para aquellos casos en los que la Alianza de Trabajo estaba mejorando a lo largo del tiempo, la evaluación de la Alianza en el Tiempo 2 fue más fuerte (y positiva) en relación a las medidas de resultados. • Las altas puntuaciones en las medidas de Alianza de Trabajo en el Tiempo 1 no produjeron mejoras en el funcionamiento psicológico o conductual. Los jóvenes infractores que desarrollaron (o mantuvieron) una Alianza de Trabajo positiva con el personal del programa, después de 3 meses de tratamiento fueron más propensos a obtener ganancias terapéuticas y a reincidir menos transcurrido un año. • Reincidencia: No se encontraron diferencias en ninguna de las medidas del Tiempo 1 entre los que completaron el tratamiento y los que lo abandonaron. Sin embargo, los jóvenes considerados "pérdidas" fueron más propensos a puntuar más alto en reincidencia tras un año de ubicación en el centro. En el momento 1, las diferencias entre grupos en las puntuaciones del personal de la Alianza, las puntuaciones de los chicos de la Alianza y las tasas de reincidencia, no fueron estadísticamente significativas. La tasa de reincidencia de los jóvenes en proctor homes no fue mayor ni menor que la de los jóvenes en otros

	programas. • Cambios en el funcionamiento conductual y emocional: - El principal efecto del Tiempo (cambios en las puntuaciones CBCL y WAI) fue estadísticamente significativo. - A partir de los F-test univariados se encontraron cambios significativos en el nivel de sintomatología entre la primera y segunda evaluación, y también se encontró que el Tiempo estaba significativamente relacionado con las puntuaciones de los jóvenes en la Alianza de Trabajo. Los jóvenes en los 3 programas tendieron a informar de menores Alianzas en el Tiempo 2 que en el Tiempo 1. - Los resultados de los MANOVAs indicaron que el principal efecto de Ubicación del Programa x Tratamiento no fue estadísticamente significativo, a pesar de que en los F-test univariados se observó que los cambios en las puntuaciones de Internalización de los chicos que estaban en proctor homes (sólo CBCL-TRF) fueron mayores que los cambios observados en las puntuaciones de Internalización de los chicos que estaban en group homes o en programas de trabajo. - Las puntuaciones más altas de los jóvenes de la Alianza, evaluadas en el Tiempo 1, estaban relacionadas con los incrementos de las puntuaciones de Internalización y Externalización en CBCL-TRF y con mayores tasas de reincidencia. Las puntuaciones más altas evaluadas en el Tiempo 2, estaban relacionadas con la disminución de las puntuaciones de Internalización y Externalización en CBCL-TRF, con descenso de las puntuaciones de Internalización en el CBCL-YSR y con menores tasas de reincidencia. - Los jóvenes de los proctor homes eran más propensos, respecto a los otros dos grupos, a ser menos depresivos con el tiempo, aunque la relevancia de esta diferencia para el funcionamiento a largo plazo no está clara.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 1(B)/3	Reclutamiento 2(B)/6	Inclusión y exclusión 0(B)/4
	Descripción de la intervención 2(M)/4	Análisis estadístico 6(A)/6	Medidas de los Resultados 8(A)/10
	Validez total 19/33	Nivel Evidencia Iib	

PRIMER AUTOR:	JAINCHILL 2000 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 260	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Comunidades Terapéuticas (CT) Residenciales		
Participantes	Muestra inicial: 938 jóvenes infractores (de ambos sexos) ligados al Sistema de Justicia Criminal. Muestra final: 485 jóvenes infractores completaron la entrevista postratamiento (31% completó el tratamiento, 52% abandonaron el tratamiento y el resto no finalizó el tratamiento por razones diversas).		
Diseño	Estudio comparativo del grupo de intervención (pre-post) y entre el grupo de intervención y el grupo que no completa la intervención.		
Reclutamiento	Todos los usuarios admitidos en las seis comunidades terapéuticas-residencias libres de drogas procedían de nueve instalaciones de tratamiento de abuso de alcohol/drogas y problemas concomitantes. Los usuarios aceptaron participar en la entrevista de investigación entre abril de 1992 y abril de 1994, aunque para incrementar el tamaño de la muestra de mujeres en los programas mixtos, hubo que extender la franja temporal de recolección de datos. La mayoría de la muestra había sido enviada al tratamiento por el Sistema de Justicia Criminal.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - No se describen. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: No se describe. Intervención: Las CT consideran el consumo de drogas una conducta desviada que impide el desarrollo de la personalidad, requiriendo un cambio global en la persona mediante la integración de conductas, sentimientos, valores y actitudes asociadas con un estilo de vida libre de drogas. El tratamiento debe acomodar diferencias de desarrollo, centradas en la corrección de conductas y actitudes maladaptadas, facilitar la maduración y socialización, y entrenar en cuestiones educativas y vocacionales (De León 1998). Las CT tradicionales han sido modificadas con la finalidad de proponer estancias más cortas, la participación familiar en el proceso terapéutico, limitar las presiones de los iguales, y establecer una estructura autoritaria más vertical. El papel del trabajo es secundario respecto a los estudios y a la obtención de un título de la escuela superior. El tratamiento se secuencía en fases, y pasar de una a otra requiere que el adolescente muestre sus avances en las áreas emocionales, conductuales y otras		

	dimensiones de desarrollo (Jainchill 1997). Delimitar el punto final del tratamiento es lo más costoso. Recolección de datos: Las medidas para el estudio se extrajeron en el momento de la admisión (línea base) y en las entrevistas del postratamiento, un año más tarde. Las entrevistas de la línea base se realizaron en el Centro para la Investigación de Comunidades Terapéuticas, en los 10 días previos a la entrada en el tratamiento (CTCR 1992). La entrevista del postratamiento se estructuró de forma paralela a la de la línea base, con la finalidad de que pudiera compararse con la entrevista del pretratamiento. Las entrevistas fueron realizadas por un equipo de campo entrenado, que estaba instalado en cada una de las instalaciones para los distintos programas, y que era supervisado por personal de la oficina central de investigación en Nueva York. Las entrevistas se llevaron a cabo mayormente en lugares públicos, tales como restaurantes, bibliotecas y en vestíbulos de hoteles u hostales. En torno al 5% de las entrevistas acontecieron en prisión. La duración de las entrevistas oscilaba las 2-3 horas y al adolescente se le pagaba \$25, y \$5 adicionales si aportaba una muestra de pelo o de orina. Para la recolección de datos se empleó una técnica longitudinal retrospectiva. El periodo de postratamiento evaluado (de un año), comenzó el día en que los adolescentes abandonaron el tratamiento.
Medidas de resultados	• Características demográficas. • Consumo de drogas y tratamiento previo de drogas: autoinformes sobre el consumo de alcohol, marihuana, inhalantes, cocaína/crack, heroína, otros opiáceos, metaanfetaminas, alucinógenos, tranquilizantes, sedantes, metadona, barbitúricos. • Actividad criminal e implicación con el sistema de justicia criminal. • Educación/escolarización. • Antecedentes familiares. • Historia médica. • Conductas de riesgo para VIH (en la entrevista de línea base). • Estado psicológico/psiquiátrico: entrevista psiquiátrica estructurada (diagnósticos obtenidos a través del DSM-III-R) y medidas breves del estado psicológico y de la motivación/preparación para el tratamiento. • Relación con los consejeros, con los iguales y con el personal: los usuarios establecieron su relación con los demás en una escala Likert de 5 puntos.
Análisis Estadístico	- Análisis univariados y multivariados. - T-tests y estadísticos chi cuadrado McNemar para evaluar los cambios de conducta, comparando las medidas de un año previo y un año posterior al tratamiento. - Regresiones logísticas para identificar los predictores de resultados positivos en medidas separadas de consumo de drogas y actividad criminal.
Resultados	• Consumo de drogas y actividad criminal:

	- Los resultados de los análisis univariados y multivariados mostraron reducciones significativas en la prevalencia y frecuencia de consumo de drogas y actividad criminal, desde el año del pretratamiento hasta el periodo de seguimiento. - Las reducciones de consumo de drogas (en cuanto a cantidad y frecuencia) fueron mayores para aquellos que completaron el tratamiento, en comparación con aquellos que no lo hicieron. - Para la muestra total, también hubo reducciones significativas en el porcentaje de implicación en actividades ilegales, para todas las categorías de delito y “estar arrestado”. La implicación en actividades ilegales también se redujeron tanto para los que completaron el tratamiento como para los que no lo completaron; sin embargo, tal y como sucedió con el consumo de drogas, las reducción en el porcentaje de actividad criminal informada, así como la frecuencia de ésta, fue mayor para aquellos que completaron el tratamiento respecto a los que no lo completaron. - Los predictores más consistentes para la disminución del consumo de drogas fueron: tener orígenes hispanos, el nivel de consumo de drogas en el pretratamiento, el nivel de relación con los consejeros, completar el tratamiento y no estar vinculado con iguales desviados o vivir con la familia de origen en el postratamiento. - Las variables asociadas de forma consistente con una menor actividad criminal en el año del postratamiento fueron: el género (ser mujer), haber completado el tratamiento y no tener relación con iguales desviados en el postratamiento. - En resumen, los resultados generales aportan evidencia sobre el efecto positivo del tratamiento sobre el consumo de drogas y la actividad criminal.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 2(M)/3	Reclutamiento 3(M)/6	Inclusión y exclusión 1(B)/4
	Descripción de la intervención 2(M)/4	Análisis estadístico 5(A)/6	Medidas de los Resultados 4(B)/10
	Validez total 17/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	SPOONER 2001 (AUSTRALIA)	Nº ESTUDIO: 302	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Programa Residencial de Tratamiento Multimodal (Multimodal Residential Treatment Program) vs. Cuidados Habituales		
Participantes	Muestra inicial: 121 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 18 años remitidos por la Justicia Juvenil, Agencias de Tratamiento, familias, Servicios de Salud y Agencias Asistenciales <u>Grupo de Intervención (GI):</u> 61 jóvenes que participaron en el programa de tratamiento residencial multimodal. <u>Grupo Control (GC):</u> 60 jóvenes que recibieron los cuidados habituales. Muestra final: 88 adolescentes.		
Diseño	Estudio comparativo entre grupos (con medidas pre tratamiento, post tratamiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses)		
Reclutamiento	El reclutamiento de los participantes del estudio se hizo de forma paralela al ingreso de los jóvenes en la intervención. Durante el período de recolección de datos, 60 adolescentes fueron evaluados y admitidos en la intervención; y 61 fueron evaluados y colocados en la lista espera. Los participantes de la lista de espera formaron el grupo control. No entraron en la intervención por cambio de circunstancias (p.ej., detenciones) o por un cambio de idea del participante.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Se incluyeron participantes con edades comprendidas entre los 14 y 18 años, que podían participar física y mentalmente en la intervención. - Cumplían con los criterios de Abusos de Sustancias o Trastorno de Dependencia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), 1994. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: Los participantes que cumplían los criterios de inclusión y no sufrieron ningún cambio (de detención o de idea) formaron el grupo de intervención. El grupo control recibió los cuidados habituales del centro. Intervención: La intervención estaba formada por un paquete de programas con múltiples componentes. El objetivo del programa fue trabajar y mejorar los siguientes aspectos: comportamiento social, las habilidades intra e interpersonales, el funcionamiento psicológico, apoyo social, participación en actividades libres de drogas, solución de problemas familiares, conexión social, sentimientos de esperanza hacia el futuro, habilidades de la vida diaria, motivación al cambio y la prevención de recaídas.		

	Aproximadamente la mitad de cada grupo recibió servicios basados en la comunidad. La duración de la intervención fue de 1 día a 18 semanas (media =7 semanas, SD =5 semanas). Recolección de datos: La mayoría de las entrevistas se hicieron por teléfono. El entrevistador grabó las respuestas. A los entrevistados se les proporcionó información suficiente para dar el consentimiento de su participación en el estudio. Los participantes fueron evaluados antes de empezar la intervención, a los tres meses y a los seis meses.
Medidas de resultados	- Consumo de sustancias. - Malestar psicológico. - Disfunción social. - Comportamiento criminal. - Salud física y conductas de Riesgo del VIH. Nota: Se evaluaron las variables con el siguiente instrumento: Índice de Tratamiento modificado Opiáceo-OTI (Opiate Treatment Index) El OTI fue diseñado para la evaluación de resultados de tratamiento en las áreas de consumo de sustancias, comportamientos de riesgo de VIH, disfunción social, conducta criminal, salud física y ajuste psicológico (Darke, Hall, et al., 1992). El instrumento sufrió modificaciones.
Análisis Estadístico	- Para medir las diferencias en los dos grupos se utilizó una medida repetida ANOVA. - Para analizar la "intención de tratar" se realizaron cinco medidas repetidas ANCOVAs. - Para analizar la respuesta a la dosis se realizaron cuatro modelos de regresión lineales estándar multivariados. - Para incluir los abandonos en los resultados se realizaron pruebas post hoc. - Para medir las diferencias entre los grupos en calidad de vida y consumo de sustancias se realizó un análisis chi cuadrado.
Resultados	• No había diferencias entre los grupos en consumo de sustancias ($p = 0,1$) • Las puntuaciones obtenidas en el apartado del OTI dedicado a malestar psicológico del grupo de intervención fueron significativamente más altas que las del grupo control ($M = 1$, $SD = 0,7$) ($\chi^2 = 5$, $df = 1$, $p = 0,02$) • Análisis de intención de tratar: El Análisis de las medidas repetidas identificó que las puntuaciones de los participantes en cada variable de resultado mejoró significativamente en las distintas pruebas ($p < 0,01$) pero no había diferencias significativas entre los grupos en esos cambios ($p > 0,2$) - No había diferencias entre los grupos en ninguno de los resultados de las variables ($p > 1$), excepto en disfunción social donde el grupo de intervención tenía niveles significativamente más altos que el grupo control durante el periodo del estudio ($p = 0,009$) - Se encontró una reducción significativa durante este periodo en las 6 medidas de resultados: consumo de sustancias ($t = 7,4$, $df = 87$, $p < 0,0001$),

	comportamiento criminal ($t = 7,2$, $df = 86$, $p < 0,0001$), disfunción social ($t = 4,2$, $df = 87$, $p < 0,0001$), malestar psicológico ($t = 4,7$, $df = 87$, $p < 0,0001$), salud física ($t = 2,8$, $df = 87$, $p < 0,007$), y conductas de riesgos del VIH ($t = 3,4$, $df = 87$, $p < 0,0001$) - Entre los resultados del seguimiento a 3 meses y el seguimiento a 6 meses no hubo cambios significativos en ninguna de las variables. • No se encontró una asociación significativa entre el N° de días de intervención y cambios en el consumo de sustancias, comportamiento criminal, disfunción social o malestar psicológico. • Se usaron dos métodos para incorporar los datos de abandonos en el estudio. Un método era conservativo y otro menos conservativo: - Método conservativo: La clasificación de los abandonos de los participantes del grupo de intervención mostró más mejoría que el grupo de comparación, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 2,5$, $df = 1$, $p = 0,1$) - Método menos conservativo: La clasificación de todos los abandonos no mejoró. Los participantes del grupo de intervención mostraron más probabilidades a tener múltiples resultados positivos (18%) que el grupo de comparación (5%) ($\chi^2 = 4,7$, $df = 1$, $p = 0,03$). • Calidad de vida de los participantes y sus cambios en el consumo de sustancias: - Un 71% de los participantes reportó que su consumo de sustancias había mejorado desde la primera entrevista, un 17% reportó que había empeorado y un 12% reportó que había seguido igual. - Un 63% de los participantes sintió que su vida en general había mejorado, un 15% que había empeorado y un 22% que seguía igual. - No hubo diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control en los patrones de respuesta ($p > 0,05$)		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO:	MEDIO: X	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 1(B)/3	Reclutamiento 3(M)/6	Inclusión y exclusión 2(M)/4
	Descripción de la intervención 2(M)/4	Análisis estadístico 5(A)/6	Medidas de los Resultados 5(M)/10
	Validez total 18/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	NORRBIN 2004 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 347	REV: JP/MG/LP
Programas de Intervención	Programa Equipo de Niños (Team Child)		
Participantes	Muestra total: <u>Grupos de intervención:</u> 91 jóvenes infractores insertos en el Programa Equipo de Niños con una implicación significativa en el Sistema de Justicia Juvenil. GI1 (n = 61 jóvenes): jóvenes infractores del Equipo de Niños en el Norte de Florida, mayormente varones (61%) con una media de edad de 15 años. GI2 (n = 30 jóvenes): jóvenes infractoras (no había varones) del Equipo de Niños en el Condado de Broward, con una media de edad de 15 años. Muestra final: <u>Grupo intervención (GI):</u> 65 jóvenes infractores del Equipo de Niños. <u>Grupo control (GC):</u> 111 jóvenes infractores.		
Diseño	Estudio comparativo.		
Reclutamiento	<u>Reclutamiento de los grupos de intervención:</u> Todos los usuarios del Equipo de Niños (Team Child) de los condados de Leon y Gadsden (Norte de Florida) fueron remitidos desde la oficina del defensor del pueblo por un trabajador social vinculado a los Equipos de Niños. El programa del Condado de Broward sólo estaba disponible para chicas. Cada chica del Centro de Detención del Condado de Broward ha sido evaluada por un psicólogo forense en prácticas del Departamento de Psicología de la Universidad del Sudeste de Nova. Los Equipos de Niños revisaban los instrumentos y seleccionaban los casos que parecían necesitar los servicios que ellos proporcionaban, aunque algunas chicas que recibían el Programa procedían de otros lugares, haciendo un requerimiento propio o familiar de estos servicios. El Equipo de Niños diseñó una evaluación de entrada que proporcionaba a las jóvenes una puntuación numérica en función de la necesidad potencial de ser usuarias de estos servicios. Tras las evaluaciones psicológicas se seleccionaron los casos potenciales, y el Equipo de Niños se puso en contacto con ellos acudiendo al Centro de Detención o por carta y llamada telefónica. En una entrevista posterior se daba al usuario la oportunidad de decidir si aceptaba o no asistir al Programa. <u>Reclutamiento del grupo control:</u> Los participantes del grupo control que se reclutaron para el estudio habían sido seleccionados previamente por el trabajador social para participar en el Equipo de Niños, pero no llegaron a recibir los servicios de una forma completa.		

Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: Para la evaluación de entrada en el Equipo de Niños se consideraron las siguientes categorías: - Edad (12 años o mayores, y de 16 a 18 años). - Dependencia (alegaciones de abuso o abandono del hogar por parte del adolescente). - Salud mental (cuando los chicos habían sido víctimas de violaciones o intimidaciones sexuales, o habían tenido intentos suicidas). - Tener necesidades educativas inmediatas. - Beneficios. - Factores agravantes (estar implicados en 3 o más altercados físicos, usar armas, pertenecer a bandas, estar implicados en el Sistema de Justicia Juvenil). - Cuestiones familiares (violencia doméstica). Criterios de exclusión: - No se describen.
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a los grupos: Tras las evaluaciones psicológicas realizadas para el reclutamiento, y tras obtener el consentimiento de participación, se formó por un parte el grupo Equipo de Niños y por otro el grupo control. La selección de los participantes del grupo control no fue realizada al azar, ya que los jóvenes habían sido previamente seleccionados como candidatos para el Equipo de Niños. Intervención: Los usuarios del Equipo de Niños (65 jóvenes) recibieron un programa sustancial de 180 días, a partir de la fecha inicial de la intervención, mientras que el grupo control (compuesto de 111 jóvenes) no recibió el nivel máximo de tratamiento. La fecha de intervención para el grupo Equipo de Niños se estableció en el momento en que los jóvenes recibieron su primer servicio considerable. Para el grupo control, la fecha de intervención se correspondía con la fecha asignada al grupo Equipo de Niños. Si alguno de los chicos no alcanzaba los 180 días de observaciones, a partir de la fecha de ingreso, se le suprimía del estudio. Recolección de datos: No se describe.
Medidas de resultados	• Datos demográficos. • Tipo de delitos. • Tipo de casos • Reducción de las tasas de arrestos entre los jóvenes problemáticos (reincidencia).
Análisis Estadístico	- Regresión estándar: para intentar explicar el número de arrestos del grupo control y del grupo Equipo de Niños tras el tratamiento. - Modelo empírico (LAPY): para explicar el registro de las tasas de arresto por año.

	- Modelo de regresión logística: para explorar el impacto de los Equipos de Niños.		
Resultados	- Los jóvenes del Condado de Broward eran más propensos a reincidir que los de los condados de Leon y Gadsden. - El programa Equipo de Niños no ha tenido un impacto significativo en la reincidencia. - Se estimó que los usuarios del programa Equipo de Niños que recibieron un tratamiento sustantivo tendrían un efecto del 10,7% en la disminución de la tasa de arrestos, lo que se traduce en una reducción aproximada de 0,18 en las tasas de arrestos anuales, en comparación con aquellos que no recibieron esos servicios (esta variable es significativa al 5%) - El Equipo de Niños no afecta significativamente a la reincidencia de los jóvenes, pero disminuye significativamente los arrestos incluso en los casos de un sistema colectivo, aunque con un nivel de significación ligeramente mayor al 7%. - El efecto del Equipo de Niños sobre las tasas de delito parece ser el doble de grande cuando se controlan los sesgos potenciales de selección.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 2(M)/ 3	Reclutamiento 2(B)/ 6	Inclusión y exclusión 2(M)/ 4
	Descripción de la intervención 2(M)/ 4	Análisis estadístico 6(A)/ 6	Medidas de los Resultados 2(B)/ 10
	Validez total 16/ 33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	TRUPIN 2002 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 518	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Terapia Dialéctica Comportamental-TDC (Dialectical Behaviour Therapy)		
Participantes	Muestra inicial: 90 jóvenes adolescentes encarceladas en un Centro Juvenil de Rehabilitación del Estado de Washington. <u>Grupos de intervención:</u> GI1 (n = 22 jóvenes): jóvenes infractoras con problemas de salud mental. GI2 (n = 23 jóvenes): jóvenes infractoras catalogadas como población general (sin problemas mentales). <u>Grupo control:</u> GC (n = 45 jóvenes): jóvenes infractoras consideradas como población general (sin problemas mentales).		
Diseño	Estudio comparativo (tres grupos: dos GI y un GC) con 10 meses de seguimiento.		
Reclutamiento	Tres grupos de participantes fueron reclutadas en distintos módulos del Centro Juvenil de Rehabilitación. Uno de ellos pertenecía a una Unidad de Salud Mental (G1) y los otros dos a unidades de población general (G2 y GC).		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - No se describen. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: El grupo con problemas mentales (G1) y uno de los dos grupos de población general (G2) recibieron la intervención TDC. El tercer grupo, el grupo de comparación (GC), no recibió TDC. Intervención: El personal del primer grupo de la unidad de salud mental (G1) fue entrenado para implementar la terapia durante 80 horas, frente a 16 horas de formación del personal del segundo grupo (G2). En el TDC se enseñaron 5 categorías de habilidades: Mindfulness (centrado en la meditación), habilidades interpersonales efectivas, habilidades de regulación de la emoción, tolerancia a la angustia, y habilidades de autodirección. Este entrenamiento se realizó durante cuatro semanas, utilizando un formato de grupo. Los grupos estaban formados por dos miembros del personal y hasta ocho residentes. Cada sesión se realizaba una o dos veces por semana y su duración era de 60-90 minutos. A las jóvenes se les asignaba semanalmente tarea para casa, consistente en desarrollar un registro diario de las habilidades que iban aprendiendo y		

	poniendo en práctica. Se les reforzaba por su participación en grupo, por la aplicación de las habilidades en sus respectivos módulos de convivencia y por solicitar al personal el entrenamiento. Asimismo, el personal también fue reforzado por formarse adicionalmente en la Terapia Dialéctica Comportamental, y por ser voluntariamente un facilitador de las habilidades grupales aplicando dicha terapia. Recolección de datos: Todas las jóvenes fueron sometidas a una serie de entrevistas iniciales donde un miembro del personal recogía datos de interés usando informes estandarizados. Después de aplicar la intervención tuvieron un seguimiento durante diez meses. Noventa días después de la intervención las jóvenes volvieron a realizar dos de las cuatro escalas que completaron durante la entrevista inicial.
Medidas de resultados	• Datos Sociodemográficos: edad y raza. • Problemas de conducta: - Se utilizó La Escala de Entrevista Diagnóstica para jóvenes (Diagnostic Interview Schedule for Children-DISC) de Shaffer, Schwab y Fisher, 1993. Se trata de una entrevista estructurada que evalúa los diagnósticos psiquiátricos del DSM-IV. Mide conductas como: agresión, actos parasuicidas y mal comportamiento en clase. - Se utilizó la Escala de Evaluación Funcional para Niños y Adolescentes (Child and Adolescent Functional Assessment Scale-CAFAS) de Hodges, 1995. Se trata de un índice del nivel de funcionamiento del adolescente basado en la entrevista con el personal y la revisión de los expedientes. • Acciones punitivas del personal: se recogieron otros datos de interés, usando informes estandarizados sobre: incidentes en las habitaciones de confinamiento, suspensión escolar, precauciones suicidas, actos parasuicidas, mal comportamiento en clase y comportamiento agresivo diario. • Riesgo comunitario: evaluación en puntuaciones de Riesgo Comunitario (Community Risk Assessment Scores-CRA) de la Administración Juvenil de Justicia. La completaron en la entrevista inicial y 90 días después de la intervención. • Síntomas de salud mental: Instrumento de Evaluación de la Juventud de Massachussets (Massachusetts Youth Screening Instrument-MAYSI) de Grisso, 1999. La completaron en la entrevista inicial y 90 días después de la intervención.
Análisis Estadístico	- Para medir el impacto del TDC sobre la reducción de los problemas de conducta y sobre la aplicación de medidas punitivas por parte del personal se realizó un análisis de regresión (curvas de estimación).
Resultados	• Datos Sociodemográficos: - Edad: los resultados obtenidos en la entrevista inicial muestran que el G11 tenía una edad media de 14,8 años; el G12 tenía una media de edad de 15,5 años; y la media de edad del GC era de 15,2 años.

- Raza: El 50% de las jóvenes de los grupos GI1 y GI2 y el 59% de las jóvenes del GC eran de raza blanca. • Resultados obtenidos antes de aplicar la Terapia Dialéctica Comportamental: - Tras pasar el DISC se encontraron diferencias en la muestra: las chicas del grupo con problemas mentales (G1) tenían altas puntuaciones en alteraciones del ánimo (33%), trastornos del comportamiento disruptivo (83%) y trastornos del consumo de sustancias (62%). El grupo de jóvenes de población general (G2) mostró ser más propenso a tener un trastorno de ansiedad (58%) y un trastorno de consumo de sustancias (75%). • Resultados después de la Terapia Dialéctica Comportamental: - Las jóvenes del grupo de salud mental (G1) demostraron una reducción significativa en sus problemas de conducta durante los diez meses de seguimiento, mientras que los jóvenes del grupo de población general (G2) no demostraron una reducción significativa de sus problemas de conducta. - Las acciones punitivas del personal no se redujeron durante la intervención del TDC en el grupo con problemas mentales (G1), pero mostraron un aumento significativo en el grupo de población general (G2). - Los resultados mostraron que mientras todos los índices de problemas de conducta no variaron entre el año con TDC y el año sin TDC en el grupo de jóvenes con problemas de salud mental (G1), las acciones punitivas del personal fueron significativamente más bajas durante la aplicación de la terapia TDC. - No se encontraron diferencias significativas intragrupo en las puntuaciones de riesgo modificadas por la intervención TDC, aunque había un descenso significativo en las puntuaciones entre grupos. - Durante la intervención TDC el número de jóvenes participantes en otros servicios de rehabilitación, desarrollados en la institución, se vio incrementado.			
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 2(M)/3	Reclutamiento 0(B)/6	Inclusión y exclusión 1(B)/4
	Descripción de la intervención 3(A)/4	Análisis estadístico 4(M)/6	Medidas de los Resultados 4(B)/10
	Validez total 14/33	Nivel Evidencia IIb	

Anexo 20.2. Incluyen sólo medidas de Salud Mental

PRIMER AUTOR:	NAS 2005 (PAÍSES BAJOS)	Nº ESTUDIO: 52	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	El Programa EQUIPO (The EQUIP Programme) de Gibbs et al., 1995		
Participantes	Muestra inicial: 108 jóvenes infractores varones con edades comprendidas entre los 12 y 21 años, de tres centros de detención en los Países Bajos. <u>Grupo de intervención (GI):</u> 61 jóvenes de uno de los tres centros de detención. <u>Grupo control (GC):</u> 47 jóvenes de los otros dos centros de detención. Muestra final: 56 jóvenes infractores. <u>Grupo de intervención (GI):</u> 31 jóvenes infractores. <u>Grupo control (GC):</u> 25 jóvenes infractores.		
Diseño	Estudio comparativo cuasi-experimental entre grupos (con una medida pre y una medida post a los 2 ó 3 meses)		
Reclutamiento	La participación fue voluntaria. Se invitó a participar a todos aquellos que permanecerían dos meses o más en el centro.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Los participantes debían tener una condena de, al menos, dos meses. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: De la muestra de jóvenes, los chicos de uno de los centros formaban el grupo de intervención y chicos de los otros dos centros fueron asignados al grupo control. Los que estaban en el grupo de intervención debían participar obligatoriamente en el programa. Intervención: El programa EQUIPO (Gibbs et al., 1995) es un programa de entrenamiento que pretende enseñar a los infractores a actuar con responsabilidad y a ayudar a los otros. La intervención empieza con la explicación de cuatro de las más importantes distorsiones cognitivas: pensamientos centrados en el sí mismo, minimización/ etiquetamiento, pensamientos catastrofistas y pensamientos de culpa. El objetivo del programa fue trabajar los siguientes problemas (Vorrath y Brendtro, 1985): baja auto imagen, desconsideración hacia uno mismo, desconsideración hacia los otros, problemas de autoridad, irritabilidad, dañar y mentir a los otros, problemas de drogas o alcohol, robar, mentir y afrontamiento. El programa implicaba un número de reuniones de ayuda y 30 reuniones del EQUIPO. En las reuniones de ayuda, se intentaba facilitar el proceso de corrección de las distorsiones. Estaban estructuradas alrededor de los siguientes tres componentes: habilidades sociales, toma de decisiones sociales, control de la ira. Se realizaban tres reuniones a la semana de una hora de duración. Cada grupo estaba formado por seis jóvenes infractores. Los		

	participantes del programa EQUIPO debían acudir obligatoriamente a la escuela, a las actividades físicas, a clases de religión o tomar lecciones de música. Los participantes del grupo control recibieron los cuidados habituales de su centro de detención. Recolección de datos: Se les realizó una entrevista en una habitación tranquila. No se les dijo nada del programa. Dos o tres meses más tarde se volvieron a entrevistar.
Medidas de resultados	• Datos sociodemográficos: edad, origen étnico, nivel educativo. • Juicio moral: "Medida de la Reflexión Sociomoral-Versión Reducida (The Sociomoral Reflection Measure-Short Form, SRM-SF) de Gibbs, Basinger y Fuller, 1992. • Distorsiones cognitivas: Para medir las distorsiones cognitivas más frecuentes entre los jóvenes infractores se utilizó un cuestionario, traducido al holandés, llamado ¿Cómo pienso? (How I Think?-HIT) de Barriga, Gibbs, Potter y Liau, 2001. • Información social: se les presentó a los jóvenes ocho hipotéticas situaciones sociales mediante un Audio-Tape (cuatro en el pre-test y cuatro en el post-test) • Actitud hacia el Comportamiento Delincuente: se midió con el Cuestionario de Comportamiento Delincuente (Delinquent Behaviour Questionnaire) de Menard y Huizinga, 1994 (traducido por Leenders y Brugman, 2005). • Habilidades Sociales: fueron evaluadas con la Versión Reducida del Inventario de Problemas de los Adolescentes (Inventory of Adolescent Problems-Short Form, IAP-SF) de Gibbs et al., 1995. • Inteligencia: La inteligencia se evaluó usando tres sub-tests del Test de Inteligencia de Groninger (Groninger Intelligence Test, GIT) de Luteijn y van der Ploeg, 1983. • Deseabilidad Social: Se utilizó una traducción abreviada de la escala de Marlowe-Crowne de Conveniencia Social (Marlowe-Crowne Social Desirability Scale). • Tiempo de detención: información proporcionada por el departamento de leyes.
Análisis Estadístico	- Se realizó un análisis correlacional. - Se realizaron ANCOVAs y un ANOVA para comparar los efectos del programa.
Resultados	• Datos sociodemográficos: - Origen étnico: No se encontraron diferencias en el origen étnico de los dos grupos. - Edad: La media de edad de todos los jóvenes fue de 16 años y 10 meses (SD = 1 año y 5 meses). La media de edad del GI y el GC no se diferenciaron significativamente. - Inteligencia: La media de Inteligencia para el GI (M = 88,88, SD = 14,16) era significativamente más baja que la media de inteligencia del GC (M = 94, SD = 10,08), $t(103) = 2,06, p = 0,042$. • Resultados pre-tratamiento:

	- Las puntuaciones medias en distorsiones cognitivas, juicio moral, habilidades sociales, actitudes hacia el comportamiento delincuente y deseabilidad social no presentaron diferencias significativas. En la medida de información social se encontraron diferencias entre los grupos, el GI (M = 0,37, SD = 0,24), hizo atribuciones más hostiles que el GC (M = 0,27, SD = 0,26), $F(1,102) = 4,08, p = 0,046$. - La media de tiempo de detención del GI (M = 10,84 meses, SD = 8,70 meses), fue más larga que la del GC (M = 7,53 meses, SD = 5,48 meses), $t(80,38) = 2,12, p = 0,037$. • Resultados post-tratamiento. Comparaciones intragrupo: - El juicio moral correlacionó positivamente con inteligencia y edad cronológica. - Las correlaciones entre distorsiones cognitivas y deseabilidad social parecían ser significativas. - Las Distorsiones cognitivas correlacionaban negativamente con habilidades sociales y positivamente con actitudes hacia el comportamiento delincuente. - Las habilidades sociales correlacionan significativamente con deseabilidad social y negativamente con actitudes hacia la delincuencia. • Resultados post-tratamiento. Comparaciones intergrupo: - La media de los grupos presentó diferencias en Inteligencia (GI: M = 86,99, SD = 14,35; GC: M = 95,67, SD = 10,39, $t(54) = 2,74, p = 0,008$), y en Habilidades Sociales (GI: M = 4,03, SD = 1,07; GC: M = 3,46, SD = 0,98, $t(53) = -2,05, p = 0,045$). - No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en juicio moral, habilidades sociales e información social. - El grupo de intervención puntuó más bajo con respecto al grupo control en distorsiones cognitivas ($F(1,52) = 4,95, p = 0,015$) - El grupo de intervención mostró tener más actitudes negativas hacia la delincuencia que el grupo control ($F(1,50) = 3,05, p = 0,044$)		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 1(B)/3	Reclutamiento 2(B)/6	Inclusión y exclusión 2(M) /4
	Descripción de la intervención 3(A)/4	Análisis estadístico 5(A)/6	Medidas de los Resultados 8(A)/10
	Validez total 21/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	MCMACKIN 2002 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 214	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Tratamiento centrado en el Trauma para jóvenes infractores encarcelados (Trauma-Focused Treatment for Incarcerated Juvenile Offenders) (Estudio piloto) en Massachusetts		
Participantes	Muestra inicial: <u>Grupos de intervención:</u> GI1 UTC (n = 6 jóvenes): jóvenes infractores de la Unidad de Tratamiento de Connelly (UTC) con edades comprendidas entre los 13 y 21 años que participaron en la primera intervención. GI1 CP (n = 5 jóvenes): jóvenes infractores del Centro Pilgram (CP) con edades comprendidas entre los 13 y 18 años que participaron en la primera intervención. GI2 UTC (n = 7 jóvenes): jóvenes infractores de la Unidad de Tratamiento de Connelly (UTC) con edades comprendidas entre los 13 y 21 años que participaron en la segunda intervención. GI2 CP (n = 6 jóvenes): jóvenes infractores del Centro Pilgram (CP) con edades comprendidas entre los 13 y 18 años que participaron en la segunda intervención.		
Diseño	Estudio comparativo entre grupos.		
Reclutamiento	Todos los jóvenes de los dos centros fueron evaluados para ver si cumplían los criterios del Trastorno de Estrés Post Traumático (TEP)		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Los participantes debían cumplir los criterios diagnósticos del TEP. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: Los jóvenes del UTC que cumplían con los criterios diagnósticos del TEP formaron el grupo de intervención. Los jóvenes de CP que cumplían con los criterios diagnósticos del TEP formaron el grupo de intervención. Intervención: El UTC es un centro de seguridad para jóvenes infractores con 16 camas del área metropolitana de Boston. El programa de tratamiento de este centro es una combinación de terapia individual y terapia de grupo, que se suele complementar con terapia familiar. La media de duración en el centro es de 6 meses y al finalizar los jóvenes vuelven a sus hogares o son derivados a otros centros residenciales. El CP es un centro localizado en un suburbio de Boston. El programa de tratamiento es una combinación de terapia individual y de grupo, terapia de familia, tratamiento para infractores sexuales y otros tratamientos específicos para infractores. La media de duración en el centro es de 15 meses para los infractores		

sexuales y 9 meses para otros infractores. Después de completar el programa los jóvenes vuelven a sus hogares o a situaciones independientes de vida.

La orientación principal del UTC y del CP es cognitivo-conductual. Con estos tratamientos se espera que los jóvenes examinen sus creencias sobre conductas delictivas que les podrían llevar a cometer actos delincuentes en el futuro. Les enseñan nuevas conductas y a resolver situaciones sin utilizar la violencia.

Descripción de la terapia:

- Fase 1 (2 semanas): el objetivo inicial era crear un grupo en un ambiente seguro y de confianza para educar a los miembros sobre la exposición al trauma y los posibles síntomas. Se les daba una serie de referencias para que pudieran comprender mejor sus propias experiencias y compartirlas con los otros.
- Fase 2 (4 semanas): en esta fase los participantes realizaban exposiciones controladas para empezar a trabajar sobre sus experiencias traumáticas. Este objetivo lo llevaron a cabo a partir de un proyecto de arte expresivo que representaban los miembros del personal. Se prestaba especial atención a los sentimientos de miedo relacionados con el trauma y a la impotencia.
- Fase 3 (2 semanas): en esta fase los participantes debían aprender estrategias de afrontamiento para manejar el estrés relacionado con el trauma (p.e. relajación muscular, técnicas de respiración y música).
- Cada sesión duraba 75 minutos. Los participantes empezaban realizando un cuestionario de comprobación para ayudar a los miembros del grupo a centrarse en las tareas del grupo y las cuestiones a resolver entre el grupo o la residencia. La sesión terminaba con una comprobación final en la que cada participante revisaba su experiencia a lo largo de la sesión.
- En la segunda intervención se realizaron algunas modificaciones a partir de los resultados obtenidos en la primera revisión. La duración de la intervención se amplió a 10 semanas para el UTC y 12 semanas para el CP. Se añadió un componente de prevención en recaídas en el grupo CP. En la fase 1 añadieron un ejercicio de recaída. En la fase 2 ampliaron los proyectos de arte expresivos. En la fase 3 se utilizaron segmentos de películas para entender mejor las estrategias de afrontamiento adaptativas y no adaptativas.

Recolección de datos:

Antes de empezar la intervención los jóvenes de ambos grupos realizaron los dos cuestionarios. Las respuestas obtenidas fueron revisadas por el terapeuta individual de los jóvenes.

Medidas de resultados	- Trastorno por estrés postraumático (TEP): se midió con el Cuestionario de TEP para jóvenes (Child PTSD Checklist) de Amaya-Jackson, McCarthy, Newman y Cherney, 1995. - Exposición a violencia comunitaria: se midió con una escala adaptada de Richters' de Exposición a Violencia Comunitaria (Exposure to Community Violence-CETV), 1990. En ella se le preguntaba a los chicos la frecuencia de exposición a violencia comunitaria.		
Análisis Estadístico	Análisis descriptivo.		
Resultados	- Los miembros del primer y segundo grupo reportaron un aumento de su conocimiento sobre la manera en que el trauma les había impactado. Indicaron que compartir sus experiencias traumáticas fue la parte más importante del grupo. Reconocieron la asociación entre su experiencia traumática y su comportamiento criminal, particularmente el uso de la violencia y el abuso de sustancias como mecanismos para manejar los sentimientos asociados con el trauma. - Los grupos fueron heterogéneos en cuanto a la historia del trauma y al grado de exposición de los miembros al trauma. Las experiencias de los jóvenes fueron muy diversas: abuso sexual, abuso físico, represalias del crimen, violencia comunitaria. Se desconoce si hubiese sido más beneficioso para los jóvenes que los grupos fueran más homogéneos con respecto al tipo de trauma y la magnitud de la exposición. - Con los resultados obtenidos se cree que una exposición controlada en un ambiente de tratamiento seguro es un elemento importante a considerar en el tratamiento para jóvenes infractores que han sido expuestos a experiencias traumáticas. Se pretende ampliar este estudio piloto con más medidas de evaluación durante el tratamiento.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 2(M)/3	Reclutamiento 3 (M)/6	Inclusión y exclusión 1(B)/4
	Descripción de la intervención 4(A)/4	Análisis estadístico 0(B)/6	Medidas de los Resultados 2(B)/10
	Validez total 12/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	ARNOLD 2003 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 265	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Terapia Cognitiva-Conductual para jóvenes encarceladas		
Participantes	Muestra inicial: 100 adolescentes mujeres en un centro de seguridad (controlado por el estado y localizado en un área rural en Carolina del Norte) con edades comprendidas entre los 12 y 17 años de edad. <u>Grupo de intervención (GI):</u> 45 adolescentes que revelaron abusos sexuales y que recibieron una Terapia Cognitiva-Conductual. <u>Grupo Control (GC):</u> 55 adolescentes que no revelaron abusos sexuales y que recibieron los cuidados habituales. Muestra final: 95 adolescentes.		
Diseño	Estudio comparativo entre grupos.		
Reclutamiento	Todas las participantes del centro fueron evaluadas con la Escala de Evaluación Multidimensional de Adolescentes (Multidimensional Adolescent Assessment Scale-MAAS).		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Se incluyeron las participantes que revelaron haber sufrido algún abuso sexual. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: Las jóvenes que respondieron haber sufrido un abuso sexual formaron el grupo de intervención. Las jóvenes que no revelaron ningún abuso sexual formaron el grupo control y recibieron los cuidados habituales del centro. Intervención: La intervención consistía en un acercamiento de la terapia cognitivo-conductual para jóvenes que habían sufrido abusos sexuales. Los aspectos más destacados de la terapia eran: - Desarrollar una alianza terapéutica con el terapeuta. - Usar un diario personal en el que se apuntaban cuestiones relacionadas con la recuperación del abuso sexual tales como autoestima, espiritualidad, relaciones familiares y de pareja, autoconfianza y abuso de sustancias. - Escribir asignaciones, poesía y obras de arte para ayudar con la expresión de las emociones. - Realizar ejercicios de fortalecimiento del autoconcepto para conocer sus propias fuerzas y afirmar sus atributos positivos. - Prevenir nuevas re-victimizaciones utilizando role-playing y otras técnicas		

	terapéuticas. - El programa fue guiado por un consejero que realizaba el programa y les realizaba terapia individual y de grupo a los que contaron ser víctimas de abuso sexual. - Todos los participantes del programa recibían la terapia individual un mínimo de una vez a la semana y algunas recibían también terapia de grupo. - La media de duración del programa era de 26 semanas. Al comienzo del programa a los chicos se les preguntó si habían sufrido algún abuso sexual. En ocasiones los chicos no lo revelaban al comienzo sino después de tener confianza con el terapeuta. A partir de este momento se les empezaba a aplicar la intervención. Recolección de datos: Todas las jóvenes del centro y las que se iban incorporando fueron evaluadas con el MAAS.
Medidas de resultados	• Funcionamiento Psicosocial: se utilizó la Escala de Evaluación Multidimensional de Adolescentes (Multidimensional Adolescent Assessment Scale-MAAS) de Hudson, 1996. Esta escala evalúa 16 áreas del funcionamiento psicosocial de los adolescentes. Está compuesta por una herramienta de evaluación extensa, el Inventario de Evaluación de Múltiples Problemas (Multi-Problem Screening Inventory-MPSI) de Hudson, 1990.
Análisis Estadístico	Se realizó un análisis de las puntuaciones medias obtenidas y de las varianzas.
Resultados	• Los resultados mostraron que no había diferencias significativas entre los datos demográficos del grupo de intervención y los del grupo control. • Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, antes de la intervención, en el número de jóvenes que cometían un tipo de delito específico. Aquellos que reportaron abusos sexuales tenían altas puntuaciones en delitos graves y cometieron delitos más serios. • Los resultados obtenidos en el cuestionario MAAS revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en 12 de las 16 subescalas del cuestionario. • Los individuos del grupo de intervención, con altas puntuaciones en el cuestionario en el pretest, indicaron un grado más elevado de daño en el área de funcionamiento psicosocial. En particular, estos individuos tuvieron puntuaciones tres veces más altas en ideas de suicidio y pensamientos perturbadores que los del grupo control. Además, los jóvenes del grupo de intervención tuvieron puntuaciones dos veces más altas en algunas escalas: problemas de los padres, sentimientos de culpa, pensamientos confusos, pérdida de memoria, abusos de alcohol y abusos de otras drogas.

	- Las puntuaciones posttest muestran que los individuos que recibieron la intervención experimentaron una disminución significativa en las puntuaciones de 14 de las 16 subescalas. Las puntuaciones en las otras dos subescalas (problemas con los amigos y con su madre) también fueron más bajas que en el pretest pero no fueron significativas. - Es importante destacar que los cambios en las puntuaciones de las escalas de problemas escolares, abuso de alcohol y abuso de drogas se podrían confundir ya que por el hecho de estar encarcelados los individuos no acudían a la escuela y no tenían acceso a drogas ni alcohol.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO:	MEDIO: X	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 1(B)/3	Reclutamiento 4(M)/6	Inclusión y exclusión 1(B)/4
	Descripción de la intervención 2(M)/4	Análisis estadístico 3(M)/6	Medidas de los Resultados 4(B)/10
	Validez total 15/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	PERKINS-DOCK 2001 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 380	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Intervención Familiar: Terapia Familiar Estratégica Breve-TFEB (Brief Strategic Family Therapy)		
Participantes	Muestra inicial: 10 jóvenes infractores en un centro de detención <u>Grupos de intervención:</u> GI1 (n = 5 jóvenes infractores): jóvenes que participaron en la intervención como único miembro de la familia. GI2 (n = 5 jóvenes infractores): jóvenes que participaron en una intervención "conjunta" con su familia.		
Diseño	Estudio comparativo entre grupos (con medidas pre-post).		
Reclutamiento	Los participantes fueron jóvenes infractores del centro de detención. Los jóvenes del grupo de intervención "conjunta" fueron reclutados según una alta probabilidad de participación familiar y por la proximidad de la residencia familiar al centro de detención.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - No se describen. Criterios de exclusión: - Se excluyeron los adolescentes que buscaban de sustancias.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: De la muestra de 10 jóvenes infractores cinco formaron el GI1 intervención sistémica individual) y cinco formaron el GI2 (intervención "conjunta" con su familia). Intervención: Se intervino a los dos grupos utilizando la Terapia Familiar Estratégica Breve-TFEB. Esta terapia es un acercamiento estructurado, limitado por tiempo y basado en la familia, que combina tanto intervenciones estructurales como estratégicas. El componente estructural de TFEB deriva del trabajo de Minuchin (1974; Minuchin y Fishman, 1981) y los aspectos estratégicos son influencia de Haley (1976) y Madanes (1981). El objetivo del TFEB es mejorar el comportamiento juvenil a través de las relaciones familiares. El GI1 recibió un modelo de la intervención TFEB: intervención sistémica individual a un miembro de la familia. Este modelo indica que si hay cambios en el comportamiento de un miembro de la familia consecuentemente habrá cambios en el comportamiento de los demás miembros de la familia. El GI2 recibió una intervención conjunta con su familia basada en el TFEB. La intervención en cada grupo se realizó durante 10 semanas con una sesión semanal.		

	Recolección de datos: Cada uno de los participantes completó dos escalas antes de la intervención. Al finalizar la intervención y diez semanas después los participantes volvieron a responder las dos escalas.
Medidas de resultados	• Síntomas de problemas familiares: Escala de Manifestación de Sintomatología (Manifestation of Symptomatology Scale-MOSS) de Mogge, 1999. Consta de 13 puntuaciones de contenido, tres índices de sumario y cuatro puntuaciones de validez. • Clima social familiar: Escala de Ambiente Familiar (Family Environment Scale-FES) de Moos y Moos, 1986. Está formada por 90 elementos agrupados en 10 subescalas, que definen 3 dimensiones fundamentales: Relacional, Desarrollo y Estabilidad.
Análisis Estadístico	- Las puntuaciones pre y post fueron analizadas por pares <i>t</i> tests para siete escalas del MOSS y cinco sub-escalas del FES. - Los datos obtenidos fueron analizados usando una serie de tests de MANOVA.
Resultados	• Resultados intragrupo de síntomas de problemas familiares y del clima social familiar del GI1 (intervención sistémica individual): - Los resultados revelan diferencias significativas en las puntuaciones pre-test y post-test de tres escalas del MOSS: Conflicto, Organización y Control. - Los resultados revelan una diferencia significativa intragrupo en las puntuaciones pre-test y post-test en Autoestima, Depresión, Ambiente familiar, Contenido Impulsivo y Estado Afectivo del MOSS y en el índice sumario del hogar del FES. - No había diferencias intragrupo en las puntuaciones del pre-test y post-test en Cohesión y la Moralidad-Religiosidad del FES ni en las puntuaciones de Actuación (acting out) del MOSS. • Resultados intragrupo de síntomas de problemas familiares y del clima social familiar del GI2 (intervención "conjunta" con la familia): - Los resultados revelan diferencias significativas en las puntuaciones pre-test y post-test en las escalas de Conflicto, Organización, Cohesión y Control del MOSS. - Los resultados revelan una diferencia significativa intragrupo en la Autoestima, Depresión, Ambiente Familiar, Impulsividad Contenida y Estado Afectivo y en el índice sumario del hogar del FES. • Resultados entre grupos del MOSS y FES del GI1 y GI2: - No había diferencias significativas entre grupos en el ambiente familiar, Contenido Impulsivo y Estado Afectivo, Hogar y Actuación (acting out) del MOSS. - No había diferencias significativas entre grupos en la Cohesión, Conflictos, Moralidad-Religiosidad, Organización y Control en las puntuaciones de las sub-escalas del FES.

	- Se encontraron diferencias entre grupos en las puntuaciones de Autoestima y Depresión en el MOSS.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 1(B)/3	Reclutamiento 0(B)/6	Inclusión y exclusión 1(B)/4
	Descripción de la intervención 2(M)/4	Análisis estadístico 5(A)/6	Medidas de los Resultados 5(M)/10
	Validez total 14/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	SHANE 2003 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 384	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Tratamiento residencial para adolescentes con problemas de abuso de sustancias		
Participantes	Muestra inicial: 419 jóvenes de tres tratamientos residenciales de abusos de sustancias procedentes del Sistema Juvenil de Justicia y de la comunidad, con programas largos – LTR – (3-12 meses) o cortos – STR – (21-45 días) con edades comprendidas entre los 13 y 19 años de edad <u>Grupos de Intervención:</u> GI1 (n = 63 jóvenes): jóvenes de Los Ángeles de un programa largo de 9-12 meses. GI2 (n = 148 jóvenes): jóvenes de Oakland de un programa corto de 28-45 días. GI3 (n = 44 jóvenes): jóvenes de Oakland de un programa largo de cuidados de hogar de 3-12 meses de duración. GI4 (n = 164 jóvenes): jóvenes de Tucson de un programa corto de 30 días de duración. Muestra final: 388 jóvenes realizaron el seguimiento a los 12 meses.		
Diseño	Estudio prospectivo de cohorte (4 grupos) con seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.		
Reclutamiento	La participación en el estudio fue voluntaria.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de Inclusión: - No se describen. Criterios de Exclusión: - Se excluyeron del estudio los jóvenes de dos programas residenciales largos de más de nueve meses de duración.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: No hubo asignación a los grupos. Los chicos de cada centro recibían la intervención del centro donde estaban. Intervención: La intervención consistía en programas de tratamiento residencial para el abuso de sustancias. Los programas se diferenciaban en la duración de la intervención (largo tratamiento residencial y corto tratamiento residencial). En ellos se llevaron a cabo terapias individuales y de grupo, y se realizaron intervenciones para solucionar problemas familiares. Recolección de datos: Se recogieron datos durante una entrevista al comienzo del tratamiento para realizar la línea base. Se volvió a entrevistar a los chicos a los 3 meses, a los 6 meses y los 12 meses después de la entrevista inicial.		
Medidas de	• Edad de los participantes.		

resultados	• Permanencia en los centros. • Clasificación de los grupos según el abuso de sustancias: Si un participante cumplía los criterios de depresión mayor o trastorno de ansiedad generalizada se categorizaba como internalizante. Si un participante cumplía con los criterios de trastorno de conducta o trastorno de atención déficit/hiperactividad era categorizado como externalizante. Los participantes se categorizaron como "nada" si no cumplía los criterios de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de conducta o trastorno de atención déficit/hiperactividad, "solo" si cumplían sólo los criterios de trastorno internalizante o de trastorno externalizante y "mixto" si cumplían con los criterios de ambos trastornos. • Frecuencia de consumo de marihuana, de alcohol y de alguna otra droga en los últimos 3 meses. • Todas las variables fueron obtenidas a partir de la batería de evaluación bio-psico-social estructurada, Apreciación Global de Necesidades Individuales-GAIN (The Global Appraisal of Individual Needs) de Dennis, scout, Godley y Funk, 1999. En el estudio se utilizaron dos versiones de esta prueba: la GAIN-I (versión para el comienzo del tratamiento) y la GAIN-M90 (90 días después del comienzo del tratamiento). La GAIN-M90 fue administrada a los 3, 6 y 12 meses.
Análisis Estadístico	- Se realizó un análisis de medidas repetidas univariado de covarianza para cada una de las cuatro variables dependientes. En cada ANCOVA, la variable dependiente fue medida en los cuatro tiempos (línea base, 3 meses, 6 meses, 12 meses) (factor TIEMPO) y según la comorbilidad con otro trastorno (nada, uno y mixto) (factor PSYCH) - Se agruparon los participantes del centro de Tucson y del grupo de tratamiento corto de Oakland como "grupo corto" (n = 312 jóvenes) y los participantes de Los Ángeles y el grupo de cuidados de hogar de Oakland se categorizaron como "grupo largo" (n = 107 jóvenes)
Resultados	• Edad de los participantes: la media de edad era de 15,9 años. • Permanencia en los centros: la media de permanencia de la cohorte fue de 31 días, 68% estuvieron menos de 32 días, mientras que un 85% estuvieron menos de 66 días. • Clasificación de los grupos según el abuso de sustancias: - Los efectos principales del factor tiempo y del factor PSYCH fueron altamente significativos. No hubo interacciones significativas. - El grupo "mixto" tenía la mayoría de problemas relacionados con sustancias. El grupo "uno" tenía más problemas relacionados con las sustancias que el grupo "ninguno". Las trayectorias de problemas relacionados con las sustancias (disminución de la línea base a los 3 meses y mantenimiento del nivel inferior a partir de entonces) son las mismas para los tres grupos.

	- La prueba Post-hoc de Scheffe reveló que el grupo "mixto" era considerablemente diferente del grupo "solo" como del grupo "ninguno" referidos a los niveles de problemas relacionados con la sustancia. • Frecuencia de consumo de marihuana en los últimos 3 meses: - El único efecto significativo fue el TIEMPO, ($F_{3,1083} = 13,13, p < 0,001$). - La frecuencia de consumo disminuyó entre la línea base y los 3 meses. Esto fue seguido de un aumento de la frecuencia en los meses posteriores. • Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 3 meses: - El efecto principal de TIEMPO fue significativo ($F_{3,1068} = 4,01, p = 0,007$) mientras el efecto principal de los factores agrupados tuvo una significación de ($F_{2,356} = 2,54, p = 0,080$). En la prueba post-hoc de Scheffe se encontró que el grupo "ninguno" es significativamente más bajo que el grupo "mixto" en frecuencia de consumo de alcohol ($p = 0,018$) • Frecuencia de consumo de alguna otra droga en los últimos 3 meses: - La interacción del factor agrupado PSYCH con TIEMPO fue significativa ($F_{6,1071} = 3,54, p = 0,002$). El grupo "mixto" tenía un nivel más alto de consumo de otras drogas en la línea base y en los siguientes 12 meses en comparación con los otros dos grupos. Apareció una alta significación en el consumo de otras drogas y la interacción PSYCH por TIEMPO ($F_{2,357} = 9,79, p < 0,001$) - En las pruebas post hoc de Scheffe se encontró diferencias significativas entre el grupo "mixto" y el grupo "ninguno" ($p = 0,012$) y el grupo "mixto" y el grupo "solo" ($p = 0,003$) respecto a la frecuencia total de consumo de otras drogas. Esto indica que los jóvenes con trastornos de comorbilidad del grupo "mixto" tenían más probabilidad de tener un alto consumo de otras drogas al comienzo del tratamiento y disminuir su consumo durante los 12 meses posteriores que los jóvenes de los otros dos grupos.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO:	MEDIO: X	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 1(B)/3	Reclutamiento 3(M)/6	Inclusión y exclusión 2(M)/4
	Descripción de la intervención 0(B)/4	Análisis estadístico 4(M)/6	Medidas de los Resultados 8(A)/10
	Validez total 18/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	PUTNINS 1997 (AUSTRALIA)	Nº ESTUDIO: 389	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Programa de Conocimiento de las Víctimas-PCV: Madurez de Razonamiento Moral (Victim Awareness Programs for Delinquent Youths: Effects on Moral Reasoning Maturity)		
Participantes	Jóvenes infractores de dos centros de seguridad en el sur de Australia donde se impartía el PCV y jóvenes infractores de otro centro donde no se impartía el PCV. Muestra inicial: 39 jóvenes infractores con edades comprendidas entre los 14 y 18 años. <u>Grupo de intervención (GI):</u> 23 jóvenes infractores con una media de edad de 16,6 años (22 jóvenes varones y una joven). <u>Grupo control (GC):</u> 16 jóvenes infractores varones con una media de edad de 16,8 años. Muestra final: 38 jóvenes infractores.		
Diseño	Estudio comparativo entre grupos (con una medida pre y una medida post).		
Reclutamiento	Los participantes del GI entraron en el programa de manera voluntaria. Los participantes del GC fueron seleccionados de otras residencias donde no se había llevado a cabo el PCV.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - No se describen. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: No se describe. Intervención: La mayoría de los infractores tienen déficits en sus habilidades sociocognitivas: escasa empatía, baja capacidad de reflexión, pensamientos distorsionados e inmadurez de razonamiento sociomoral. El programa de conocimiento de las víctimas-PCV pretende, a través de víctimas de crímenes, mejorar estas habilidades en los infractores. La duración del PCV era de 8-9 sesiones de una hora y media cada una, durante un periodo de tres semanas. Cada sesión era dirigida por personas diferentes: algunos habían sido víctimas y otros representaban agencias estrechamente implicadas con víctimas de crimen (Servicio de víctimas de crimen, Compañías de seguros, Servicios de víctimas de hospital, Brigadas de fuego). Los ponentes de las agencias con frecuencia proyectaban videos en las sesiones y en algunos casos iban acompañados de víctimas de crímenes que les hablaban a los jóvenes de sus experiencias. Las presentaciones finalizaban con un debate. Los ponentes presentaban su material de forma tranquila y sincera. Debían abstenerse de moralizar a los jóvenes.		

	Recolección de datos: Antes de comenzar la intervención el GI y el GC completaron el cuestionario SRM-SF. Después de 26 días de haber completado el cuestionario SRM-SF, el GC volvió a rellenarlo. El GI, después de terminar la intervención, volvió a responder el SRM-SF.		
Medidas de resultados	Madurez de Razonamiento Moral: forma reducida (11 ítems) del cuestionario Reflexión Sociomoral (The Sociomoral Reflection Measure-Short Form-SRM-SF) de Gibbs, Basinger y Fuller, 1992.		
Análisis Estadístico	Se realizó un contraste de medias (prueba t).		
Resultados	- Madurez de Razonamiento Moral antes de la intervención: - No existían diferencias significativas entre la media de las puntuaciones del SRM del GI y la media de las puntuaciones del GC. Para realizar esta comparación primero tuvieron que equilibrar las puntuaciones de los grupos debido a las diferencias que existían: la media del GI, era más alta ($p = 0,08$) que la del GC. Se eliminaron las puntuaciones de cuatro sujetos (una chica y tres chicos) del grupo de tratamiento que se alejaban excesivamente de la media. La media fue reducida a 206,9 por lo que no había diferencias significativas con el GC ($p = 0,37$) - Madurez de Razonamiento Moral después de la intervención: - Las puntuaciones del SRM-SF del grupo de tratamiento aumentaron después de realizar la intervención, la media era de 285,7 ($p < 0,01$). Las puntuaciones del GC no mostraron cambios significativos. - Existían diferencias entre el tiempo que tardó un grupo y otro en realizar los cuestionarios después de la intervención. El grupo de tratamiento realizó los cuestionarios post-intervención 21 a 61 días después ($M = 34,4$ días, $SD = 6,4$ días) y el grupo control los realizó entre 26 y 141 días después ($M = 52,5$, $SD = 32,3$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en el tiempo transcurrido entre las puntuaciones test-retest del SRM-SF del GI ($r = 0,03$) y del GC ($r = -0,11$).		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 2(M)/3	Reclutamiento 0(B)/6	Inclusión y exclusión 0(B)/4
	Descripción de la intervención 1(M)/4	Análisis estadístico 5(A)/6	Medidas de los Resultados 4(B)/10
	Validez total 12/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	TSYTSAREV (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 525	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Terapia de asesoramiento en jóvenes encarcelados y en libertad condicional		
Participantes	Muestra inicial: 50 jóvenes infractores en un centro de detención con edades comprendidas entre los 15 y 21 años de edad condenados por posesión y distribución de narcóticos y posesión de armas. <u>Grupo de intervención (GI1):</u> 25 jóvenes infractores que pertenecían al grupo llamado "Grupo Refuerzo" que estaban en libertad condicional y habían sido enviados a un programa de tratamiento comunitario con una media de duración de 6 meses en un centro de Manhattan, Nueva York. <u>Grupo control (GI2):</u> 25 jóvenes infractores que pertenecían al grupo llamado "Grupo Castigo" que estaban encarcelados en un centro juvenil de detención con una media de sentencia de 6,40 meses, localizado en Prado Este, Nueva York.		
Diseño	Estudio comparativo		
Reclutamiento	Se invitó a participar voluntariamente a los jóvenes de los dos centros.		
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión: - Jóvenes infractores que fueron condenados por posesión y distribución de narcóticos y por posesión de armas. Criterios de exclusión: - No se describen.		
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos: - Los chicos no fueron asignados a los grupos. - El grupo de intervención lo formaron los jóvenes del centro de Manhattan que quisieron participar voluntariamente en el estudio. - El grupo control lo formaron los jóvenes del centro de Prado Este que quisieron participar. Intervención: - El programa tenía una duración de 6 meses con cinco sesiones a la semana. - Las sesiones eran de asesoramiento y podían ser individuales y grupales. En ellas se exponían alternativas a la violencia, se trabajaba la autoestima y se discutían las consecuencias del consumo de drogas. Se usaba el refuerzo negativo y positivo. - Los jóvenes del grupo de intervención eran supervisados por un juez. La anulación de su encarcelamiento dependía del cumplimiento estricto del		

	programa. - El grupo control no recibió terapia de asesoramiento individual ni grupal. Recolección de datos: - Cada miembro firmó un consentimiento informado. - Se les administró por grupos dos inventarios y se exploraron algunas variables sociodemográficas. - Los jóvenes del grupo de intervención (centro de libertad condicional) debían someterse a análisis periódicos de orina para controlar el consumo de drogas. Esto fue supervisado por un juez. - El lenguaje de los inventarios y las preguntas se adecuaron al nivel de estudio de los participantes.
Medidas de resultados	• Datos sociodemográficos: edad, raza, nivel educativo y edad en la que se empezó el consumo de drogas. • Abuso de sustancias: se midió con la segunda edición del Inventario de Abuso de Sustancias (Substance Abuse Subtle Screening Inventory, SASSI-2) de Miller, 1985. Consta de dos escalas que miden: el uso del alcohol (12 ítems) y el uso de drogas (14 ítems). También lo componen 62 ítems que corresponden a tres escalas validadas que miden cualidades obvias, cualidades sutiles y defensividad. A esta segunda edición del inventario se le añadieron dos escalas. La primera mide cualidades de codependencia y la segunda está relacionada con el grado en que las respuestas de un individuo son similares a las de otros individuos con un largo historial criminal. • Autoestima: se midió con la Segunda Edición del Inventario de Autoestima (The Culture-Free Self-Esteem Inventory - Second Edition -CFSEI-2) de Battle, 1992. Es un instrumento desarrollado para evaluar cómo los individuos se perciben a ellos mismos. Este autoinforme, que consta de 40 ítems, mide tres aspectos de la autoestima: Autoestima General, Autoestima Social y Autoestima Personal.
Análisis Estadístico	- Contraste de medias - Análisis de varianza (ANOVA)
Resultados	• Datos sociodemográficos: - Raza: un 60% de la muestra eran de raza afroamericana. - Nivel educativo: la media del nivel educativo fue medida según el número de cursos completados. La media fue 10,32 cursos (SD= 1,34 cursos) - Media de edad: 17,95 años (SD= 1,48) - Comienzo del consumo de drogas: 13,79 años (SD= 2,41) • Abuso de sustancias: - Los datos del SASSI-2 indicaron que un 75% de los participantes del grupo control cumplían con los criterios para ser clasificados como dependientes de fármacos comparados con el 60% de los participantes del grupo de intervención.

	- El grupo control alcanzó puntuaciones altas en las escalas de cualidades obvias, éstas contienen cuestiones relacionadas con el consumo individual de drogas y abuso de alcohol. La diferencia fue estadísticamente significativa. • Autoestima: - Hubo diferencias significativas entre las puntuaciones de los grupos en las puntuaciones de autoestima. Los participantes del grupo control puntuaron más alto en la escala de percepción individual y en la calidad de sus relaciones con los demás.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 2(M)/3	Reclutamiento 0(B)/6	Inclusión y exclusión 1(B)/4
	Descripción de la intervención 2(M)/4	Análisis estadístico 5(A)/6	Medidas de los Resultados 5(M)/10
	Validez total 15/33	Nivel Evidencia IIb	

Anexo 20.3. Incluyen sólo medidas de Reincidencia

PRIMER AUTOR:	HAGAN 2001 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 172	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Programa de tratamiento para infractores sexuales (Grupo de Psicoterapia, Educación General, Educación Sexual, Programa de Manejo de la Conducta y, algunas veces, Terapia Individual y Familiar (Millard, 1997))		
Participantes	Muestra inicial: 200 jóvenes infractores varones con edades comprendidas entre los 12 y 19 años de un Correccional Juvenil de Seguridad del Estado de Wisconsin. <u>Grupos de intervención:</u> GI1 (n = 50 jóvenes infractores): violadores. GI2 (n = 50 jóvenes infractores): abusadores sexuales de niños. GI3 (n = 50 jóvenes infractores): con delitos distintos a abuso sexual. <u>Grupo control (GC):</u> 50 infractores varones adultos, entre 18 y 30 años, condenados por delitos sexuales.		
Diseño	Estudio comparativo (con 8 años de seguimiento).		
Medidas de resultados	Reincidencia sexual (número de delitos sexuales perpetrados en los 8 años posteriores al tratamiento y a la puesta en libertad).		
Resultados	Los resultados de este estudio encontraron una diferencia significativa entre los jóvenes infractores y la población general en cuanto a probabilidad de cometer un delito sexual en un margen de 8 años. Esto indica que la delincuencia por sí misma, al menos con jóvenes encarcelados, es un factor de riesgo para los infractores sexuales. En cambio, los resultados no encontraron que subtipos específicos de adolescentes infractores sexuales, violadores vs. agresores de niños, mostraran distintos niveles de futuro riesgo de abuso sexual.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO:	MEDIO: X	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 0(B)/3	Reclutamiento 4(M)/6	Inclusión y exclusión 2(M)/4
	Descripción de la intervención 2(M)/4	Análisis estadístico 4(M)/6	Medidas de los Resultados 3(B)/10
	Validez total 15/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	MITCHELL 2004 (REINO UNIDO)	Nº ESTUDIO: 299	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Programa de Razonamiento y Rehabilitación (Reasoning and Rehabilitation Program)		
Participantes	Muestra total: 62 jóvenes infractores varones de una prisión del Noroeste de Inglaterra con edades comprendidas entre los 15 y 18 años. <u>Grupo de intervención:</u> 31 jóvenes infractores que completaron el programa de Razonamiento y Rehabilitación. <u>Grupo control:</u> 31 jóvenes infractores que no recibieron el programa de intervención.		
Diseño	Estudio comparativo entre grupos (con medidas pre y post a los 18 meses).		
Medidas de resultados	- Longitud de la sentencia. - Tipo de delito. - Edad. - Número de condenas previas. - Condenas y encarcelamientos post intervención.		
Resultados	• No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en el número de nuevas condenas, aunque se observó una ligera reducción, durante los primeros 18 meses después de la puesta en libertad, en el grupo de tratamiento. • No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en el número de nuevos encarcelamientos, aunque se observó una ligera reducción en el grupo de tratamiento. • No se observaron diferencias significativas entre las curvas de supervivencia para los dos grupos.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO:	MEDIO: X	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 2(M)/3	Reclutamiento 3(M)/6	Inclusión y exclusión 2(M)/4
	Descripción de la intervención 4(A)/4	Análisis estadístico 5(A)/6	Medidas de los Resultados 3(B)/10
	Validez total 19/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	ARCHWAMETY 2000 (EE.UU)	Nº ESTUDIO: 328	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Programa de Intervención Académica de Lectura y Matemáticas en jóvenes infractores		
Participantes	Muestra total: 505 jóvenes infractores de un Centro Correccional de Nebraska con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. <u>Grupos de intervención:</u> GI1: 161 jóvenes infractores recibieron una intervención académica orientada a mejorar la lectura. GI2: 178 jóvenes infractores recibieron una intervención académica orientada a mejorar las matemáticas. <u>Grupo control:</u> 166 jóvenes infractores del centro que no recibieron intervención académica.		
Diseño	Estudio comparativo entre grupos (con medidas pre y post a los 7 años).		
Medidas de resultados	- Lugar de residencia previo. - Raza. - Edad al comienzo de la intervención y edad del primer delito. - Duración de la estancia. - Reincidencia. - Libertad condicional y violación de la libertad condicional. - Variables cognitivas. - Variables de matemáticas y de lectura.		
Resultados	- Los jóvenes del grupo de intervención de lectura y de matemáticas tenían doble probabilidad de violar la libertad condicional o de ser más reincidentes que los jóvenes del grupo control. - Los factores cognitivos parecen ser los predictores más importantes en la calidad de los miembros del grupo. La raza fue encontrada como el segundo factor. Los antecedentes y características institucionales como tercer factor.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 1(B)/3	Reclutamiento 2(B)/6	Inclusión y exclusión 1(B)/4
	Descripción de la intervención 2(B)/4	Análisis estadístico 4(M)/6	Medidas de los Resultados 3(B)/10
	Validez total 13/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	PULLMANN 2006 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 387	REV: JP/MG/LP
Programa de Intervención	Programa Wraparound de Justicia Juvenil, llamado "Uniones" (Connections) vs. Servicios Tradicionales de Salud Mental		
Participantes	Muestra inicial: 204 jóvenes infractores vinculados a servicios de Salud Mental y Justicia Juvenil. <u>Grupo de intervención (GI):</u> 106 jóvenes infractores. <u>Grupo control (GC):</u> 98 jóvenes infractores.		
Diseño	Estudio comparativo (con un seguimiento de 790 días para ambos grupos)		
Medidas de resultados	• Grupo de intervención. • Género. • Raza. • Edad en el primer delito considerable. • Edad en la identificación. • Número de delitos previos a la identificación. • Reincidencia.		
Resultados	Los jóvenes de "Uniones" (un servicio de salud mental individualizado, coordinado dentro de un departamento juvenil) tendían a reincidir menos que los jóvenes que estaban recibiendo servicios de salud mental y justicia juvenil de una forma tradicional, tardando el triple de tiempo en reincidir y presentando menores episodios de detención y menor número de días detenidos en total.		
VALIDEZ TOTAL DEL ESTUDIO	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 2(M)/ 3	Reclutamiento 4(M)/ 6	Inclusión y exclusión 1(B)/ 4
	Descripción de la intervención 2(M)/ 4	Análisis estadístico 4(M)/ 6	Medidas de los Resultados 3(B)/ 10
	Validez total 16/33	Nivel Evidencia IIb	

PRIMER AUTOR:	JONES 2004 (EE.UU.)	Nº ESTUDIO: 392	REV: MG/JP/LP
Programa de Intervención	Terapia de Programas de Supervivencia en la Naturaleza (Wilderness Adventure Therapy Programs) vs. Programas de Grupo de Hogar (Group Home)		
Participantes	Muestra inicial: 35 jóvenes involucrados con el departamento de Justicia Juvenil del departamento del Noroeste de Georgia de 11 a 16 años. <u>Grupos de intervención:</u> GI1: 24 jóvenes varones que participaron en programas de "Supervivencia en la Naturaleza". GI2: 11 jóvenes varones que participaron en programas Grupos de Hogar.		
Diseño	Estudio comparativo entre dos grupos de intervención.		
Medidas de Resultado	• Edad. • Raza. • Delito cometido más grave: para medir este resultado se utilizó el instrumento de evaluación de la detención del Departamento Juvenil de Justicia (DJJ's Detention Assessment Instrument-DAI-). • Tipo de programa: podía ser del grupo de "Supervivencia en la Naturaleza" o del grupo de acogida. • Tiempo de permanencia: se codificó según el número de meses. • Reincidencia: se midió el número y tipo de los nuevos delitos a los 6 meses y a los 12 meses.		
Resultados	• Edad: media = 13,6 años (SD = 1,3). • Raza: un 37,1 % de los participantes eran de raza blanca. • Delito cometido más grave: media = 26,5 (SD = 14,2) • Tiempo de permanencia: media = 6,6 meses (SD = 3,7) • Reincidencia: - Las conclusiones finales señalan que no existen diferencias significativas entre los índices de reincidencia del grupo de Supervivencia en la Naturaleza y entre el grupo de Hogar. Los índices de reincidencia en ambos grupos eran menores en 6 meses (el grupo de Supervivencia un 25% y el grupo de Hogar un 27%) que en 12 meses (grupo de Supervivencia 60% y grupo del Hogar 63.6%). - No se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al tipo de nuevo delito cometido. - Se compararon los jóvenes que habían cometido un nuevo delito con los que no lo habían cometido, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables.		
VALIDEZ TOTAL	BAJO: X	MEDIO:	ALTO:

DEL ESTUDIO			
Calidad y nivel de evidencia	Diseño y Asignación 2(M)/3	Reclutamiento 2(B)/6	Inclusión y exclusión 0(B)/4
	Descripción de la intervención 2(M)/4	Análisis estadístico 4(M)/6	Medidas de los Resultados 5(M)/10
	Validez total 15/33	Nivel Evidencia IIb	

Anexo 21. Características de los estudios en curso (ongoing)

PRIMER AUTOR:	Scott, David
Título	La efectividad de la Justicia Criminal de Liaison y los Servicios de Derivación (CJLDS) para infractores con trastornos de conducta The effectiveness of Criminal Justice Liaison and Diversion Services (CJLDS) for mentally disordered offenders.
Participantes	Jóvenes y adultos infractores con trastornos de conducta
Intervención	Servicios de derivación de Salud Mental
Medidas de resultados	No se describen
Información de contacto	David.scott@qub.ac.uk Royal Victoria Hospital Royal Victoria Hospital, Irlanda.
Notas (Tipo estudio y fecha de inicio)	Revisión Sistemática Año 2006

PRIMER AUTOR:	Garrido, Vicente
Título	Jóvenes delincuentes serios (violentos y crónicos): Una revisión sistemática de intervenciones efectivas en centros correccionales. Serious (violent and chronic) juvenile offenders: A systematic review of treatment effectiveness in secure corrections.
Participantes	Jóvenes infractores serios (violentos y crónicos) en centros correccionales de 12 a 21 años de edad.
Intervención	Las intervenciones, desarrolladas en las instituciones pertinentes, estarán dirigidas a tratar a los jóvenes infractores y tendrán como objetivo disminuir las recaídas de éstos cuando regresen a la comunidad. Las intervenciones han de incluir métodos y aproximaciones psicológicas, sociales y educativas, así como estrategias de soporte que favorezcan los comportamientos y actitudes prosociales en los jóvenes.
Medidas de resultados	En esta revisión se considerarán los siguientes tipos de medidas del delito: • Reincidencia genérica: Registros oficiales obtenidos de la policía o de los tribunales de justicia adulta/juvenil, que implican algún tipo de nuevo delito con respuesta judicial (nuevas sentencias condenatorias, nuevos arrestos, nuevos confinamientos, revocación de la libertad condicional, nuevos contactos con la policía, etc.) • Reincidencia grave: Comisión de nuevos delitos que conducen a la pérdida de libertad; es decir, el reingreso en prisión. • Reincidencia autoinformada: Se obtiene a través de entrevistas o cuestionarios aplicados a los infractores. Se suele aplicar sólo cuando los delitos son leves (e.j., conducción bajo los efectos del alcohol, vandalismo, etc.)
Información de contacto	Universidad de Valencia (España) Facultad de Filosofía y Educación, Avda. Blasco Ibañez 30, 46010 Valencia E-mail: vicente.garrido@uv.es
Notas (Tipo estudio y fecha de inicio)	Revisión sistemática 2003

PRIMER AUTOR:	Littell, JH
Título	Terapia Funcional Familiar para familias de jóvenes (11-18 años) con problemas de conducta. Functional Family Therapy for families of youth (age 11-18) with behaviour problems
Participantes	Familias de jóvenes con edades comprendidas entre los 11 y 18 años con uno o más de los siguientes problemas: delincuencia, violencia, conducta antisocial, abuso de sustancias, trastorno de conducta, trastorno oposicionista y desafiante o trastorno del comportamiento disruptivo.
Intervención	Programas de Terapia Funcional Familiar
Medidas de resultados	Se considerarán las siguientes medidas de resultado: • Problemas de comportamiento internalizante y externalizantes. • Colocación en un centro restrictivo o de seguridad (encarcelación, detención, tratamiento residencial, y hospitalización psiquiátrica) • Atención en la escuela. • Rendimiento académico. • Comportamiento pro-social. • Relaciones de pares. • Autoestima. • Síntomas psiquiátricos de los padres. • Calidad del funcionamiento familiar.
Información de contacto	Associate Professor, Graduate School of Social Work and Social Research Bryn Mawr College 300 Airdale Road Bryn Mawr Pennsylvania 19010-1697 USA Telephone 1: 1 610 520 2619 Facsimile: 1 610 520 2655 E-mail: jlittell@brynmawr.edu URL: http://sswr.org/papers2004/521.htm
Notas (Tipo estudio y fecha de inicio)	Revisión Sistemática Año 2006

PRIMER AUTOR:	Gadon, Lisa
Título	Violencia Institucional: Una revisión sistemática y meta-análisis del impacto de factores circunstanciales en violencia Institutional Violence: A systematic review and meta-analysis of the impact of situational factors on violence
Participantes	Chicos y chicas con una media de edad de 16 años que estén en establecimientos como prisiones y hogares juveniles.
Intervención	Intervenciones que se hayan llevado a cabo en instituciones con referencias de violencia institucional.
Medidas de resultados	Se medirán los actos violentos de los jóvenes en los centros de seguridad o del personal.
Información de contacto	Dr Lisa Gadon Glasgow Caledonian University Psychology Department City Campus Glasgow G4 OBA Scotland Tel: 0141 331 8456 Fax: 0141 331 3636 Email: l.gadon@gcal.ac.uk
Notas (Tipo estudio y fecha de inicio)	Revisión Sistemática 2005

PRIMER AUTOR:	Andreassen, Tore Henning
Título	Tratamiento Cognitivo-Conductual para la conducta antisocial en jóvenes en tratamiento residencial. Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment
Participantes	Jóvenes con edades comprendidas entre los 12 y 20 años que están en un tratamiento residencial por su conducta antisocial, con adjudicación legal o no. Se incluirán jóvenes que tengan comórbido otras diagnósticos como dificultades del aprendizaje.
Intervención	Intervenciones cognitivas-conductuales integradas en un programa amplio o como una intervención aislada.
Medidas de resultados	Se medirán expresiones de la conducta criminal: • Puntuaciones oficiales obtenidas de la policía o de la justicia juvenil que implica alguna clase de respuesta de la policía o de la corte. • Autoinformes de conducta criminal de los infractores al finalizar el programa. • Algún nuevo registro de delito que causa un nuevo ingreso en el centro. • Otras medidas que se tendrán en cuenta son: resultados de test e inventarios estandarizados relacionados a variables tales como auto-control, locus de control, ajuste psicológico, autoestima, atención en la escuela, rendimiento académico, habilidades cognitivas y sociales, etc.
Información de contacto	Mr Tore Henning Andreassen Psychologist Regional University of Bodø, Norway Bodø NORWAY 8049 E-mail: Tore.Andreassen@hibo.no ; to-henn@online.no
Notas (Tipo estudio y fecha de inicio)	Revisión Sistemática 2006