

Correspondencia:

Cristina Domínguez Martín
Paseo Arco de Ladrillo 31, 2º A
47007 Valladolid
Teléfono: 699 30 61 12; 983 23 23 14
Email: CDMFSJ@gmail.com

Juvenile Delinquency

RESUMEN

Objetivos: Describir los aspectos clínicos y terapéuticos de la delincuencia juvenil.

Métodos: Se revisa en la literatura la terminología, comorbilidades, evaluación y tratamiento de los comportamientos delictivos.

Resultados: Existe una elevada comorbilidad psiquiátrica, siendo el Trastorno Disocial el más frecuente. Es necesario una evaluación neuropsiquiátrica completa, centrándose principalmente en la capacidad cognitiva y emocional. El tratamiento eficaz debe actuar sobre las vulnerabilidades biopsicosociales y las necesidades de cada menor. Es necesario analizar los factores causales y la evolución de las conductas del menor para diseñar las intervenciones necesarias. Entrenamiento en Habilidades Parentales, Entrenamiento en Habilidades de Resolución de Problemas, Terapia Multisistémica y Terapia Funcional Familiar son las cuatro modalidades terapéuticas que han demostrado su eficacia.

Conclusión: Debido a su elevada comorbilidad psiquiátrica es necesaria una evaluación detallada de los menores que comenten actos delictivos para plantear el tratamiento multidisciplinar más adecuado a cada menor.

Palabras Clave: Delincuencia Juvenil, Trastorno Antisocial de la personalidad, Trastorno Disocial, Comorbili-

dad, Tratamiento.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinics and treatment aspects of Juvenile Delinquency.

Methods: Terminology, comorbidities, evaluation and treatment of the delinquent behaviour were reviewed in the literature.

Results: There is high psychiatry comorbidity, the Disocial Disorder is the most frequency. A complete neuropsychiatric evaluation is necessary, and cognitive and emotional capacities are the principal issues. The effective treatment should act on biopsychosocial vulnerabilities and the necessities of each minor. It will be necessary to analyze causal factors and behaviour evolution of the minor to design the most appropriate intervention in each one. Parenting Therapy, Problem Solving Therapy, Multisystemic Therapy and Functional Family Therapy are four therapeutic models with proved efficacy.

Conclusions: Because of high psychiatric comorbidity it will be necessary a detailed evaluation of the minor that commits offences to propose the most appropriated multidisciplinary treatment in each one.

Key Words: Juvenile Delinquency, Antisocial Personality Disorder, Disocial Disorder, Comorbidity, Treatment.

INTRODUCCIÓN

Delincuencia es un término legal que hace referencia a los actos antisociales que pueden conllevar una condena. El término juvenil hace referencia a delitos cometidos por jóvenes o menores de edad. La delincuencia juvenil es una de las mayores preocupaciones sociales, por el daño que puede ocasionar a la propiedad y/o población y por las desaprovechadas e improductivas vidas de las personas que lo llevan a cabo. Los límites de la delincuencia varían de un país a otro, y en un mismo país, de un periodo a otro de su historia.

El término legal de delincuencia debería distinguirse de conceptos como agresividad, psicopatía o Trastorno Disocial. Todos ellos comparten los comportamientos antisociales motivados por el fracaso del individuo para comportarse de forma que no viole los derechos básicos de los otros o las normas sociales adecuadas a su edad. Según la Real Academia de la Lengua Española, se definiría delincuencia como la acción de delinquir, acción u omisión voluntaria o imprudente penada por la ley; mientras que agresividad se definiría como la tendencia a actuar o a responder violentamente. La psicopatía es una anomalía psíquica por obra de la cual, a pesar de la integridad de las funciones perceptivas y mentales, se halla patológicamente alterada la conducta social del individuo que la padece. El Trastorno Disocial es un trastorno descrito en el DSM-IV-TR¹ que hace referencia a un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los demás o las normas sociales.

Sin embargo, estos términos no son iguales, y tienen implicaciones y matices distintos. Por ejemplo, un niño por debajo de 10 años con un Trastorno Disocial puede no ser un delincuente, porque sus conductas no llegan a ser condenadas jurídicamente, y un acto delictivo aislado en un adolescente de 15 años no se podría diagnosticar de Trastorno Disocial. Por otro lado, dentro del mismo diagnóstico podrían comportarse de formas muy distintas: un adolescente que roba maquillaje en una perfumería, miente repetidamente sobre sus resultados académicos y no regresa a casa hasta las 2 de la madrugada, puede recibir el mismo diagnóstico de Trastorno Disocial que otro adolescente que prende fuego a los pájaros, abusa sexualmente de niños y agrede físicamente a adultos.

En una revisión médica sobre delincuencia, Rutter y Giller observaron que la clasificación del Trastorno Disocial como socializado o no socializado es la más válida,

teniendo el grupo socializado mejor pronóstico. Sin embargo, hay por lo menos un estudio que señala que la implicación del grupo es común en la conducta delincuente, y que ninguna categoría de delito es predominantemente solitaria².

Los trastornos de conducta en la infancia pueden progresar con la edad, como se observa en la evolución de los comportamientos antisociales en la infancia, a través de la adolescencia y de los Trastornos de Personalidad Antisocial en la vida adulta, donde la prevalencia es del 2%^{3,11}.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS

El rango de trastornos psiquiátricos asociados varía, según los estudios, entre el 50-100%. El trastorno más común es el Trastorno Disocial. Los otros trastornos psiquiátricos que se pueden observar son el Trastorno por Consumo de Sustancias, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno del Estado de Ánimo, Trastorno de Ansiedad, Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno Psicótico y Trastorno del Espectro Autista⁴.

Trastorno Disocial y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es el diagnóstico previo o comórbido más frecuente en niños delincuentes, violentos o no violentos. Un elevado rango de comportamientos de agresividad física se detecta en los niños y adolescentes con Trastorno Disocial, y particularmente en los que asocian Trastorno Disocial y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Existe un mayor riesgo de actos delictivos en la adolescencia, y de continuar con dichos comportamientos en la edad adulta. Un importante número de casos acabarán desarrollando un Trastorno de Personalidad Antisocial. Los delincuentes juveniles con pareja cometen más actos delictivos, salvo en los casos en que las parejas son comisivas.

Rasgos de Psicopatía y Trastornos de Personalidad Antisocial

Se está incrementando el reconocimiento de rasgos de psicopatía en niños y adolescentes. A nivel judicial se está viendo con frecuencia a jóvenes con estos rasgos como resultado de una combinación de comportamientos engañosos y antisociales. Se caracterizan por:

- ser arrogantes, con un estilo de relación interpersonal engañoso, mostrándose deshonestos, manipuladores, con grandiosidad y falta de sinceridad.
- alteraciones a nivel emocional, con escasos remordimientos, falta de empatía y sin responsabilizarse de sus propias acciones.
- un patrón de comportamiento caracterizado por impulsividad, falta de responsabilidad y búsqueda de sensaciones.

Los delincuentes que presentan estos rasgos de psicopatía tienden a manifestar más precozmente los problemas de comportamiento, suelen ser más violentos, cometen más crímenes y son más reincidentes que los que no presentan dichos rasgos. Son más insensibles al castigo, por lo que resulta especialmente complicado su tratamiento. Se dispone de escasa información científica para determinar si el grado de comportamientos antisociales en los jóvenes insensibles cambia con el tiempo. Pueden desarrollar Trastornos de Personalidad Antisocial en la edad adulta, complicando más aún su implicación en los tratamientos.

Trastornos del Espectro Autista

Se está incrementando el diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista en la población general y en los adolescentes evaluados a nivel forense, aunque todavía no se ha estudiado cuidadosamente dicho grupo. Se ha detectado un porcentaje elevado de problemas en la interacción social entre los delincuentes, aunque no cumplen todos los criterios para el Trastorno del Espectro Autista. Debería sospecharse ante un asalto o ataque de naturaleza bizarra o si el grado o la naturaleza de la agresión es inexplicable o cuando hay un patrón estereotipado de ataques o agresiones. Las posibles razones por las que un autista puede cometer actos delictivos son:

- su ingenuidad social puede llevarles a ser introducidos en actos criminales por otros.
- la agresión puede ser motivada por una interrupción en su rutina.
- los comportamientos antisociales pueden estar motivados por su falta de entendimiento o interpretación equivocada de las normas sociales.
- los crímenes pueden reflejar una obsesión, especialmente cuando está implicada una fascinación morbosa con la violencia. Hay similitud con la intensidad y naturaleza obsesiva de las fantasías descritas en los adultos sádicos.

Los rasgos del espectro autista comparten características con la insensibilidad y aspectos interpersonales de la psicopatía: en ambos es prominente la falta de apreciación y preocupación por los sentimientos de los demás. No solamente es necesario discernir la dimensión emocional entre el espectro autista y la psicopatía, sino también determinar cómo los comportamientos en su dimensión de impulsividad e inquietud de la psicopatía se solapan con algunos rasgos de los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Abuso de sustancias

El abuso de alcohol y drogas está íntimamente asociado a la delincuencia. El 70% de los hombres y el 51% de las mujeres delincuentes juveniles han abusado del alcohol en el último año antes de ser encarcelados, y en ese mismo periodo de tiempo el 30% de los hombres y el 26% de las mujeres han consumido heroína. Existen tres mecanismos que pueden describir esta relación entre drogas y delincuencia. El primero, ambos comparten los mismo factores de riesgo, incluidas las características individuales de impulsividad con coeficiente intelectual bajo, características ambientales como una educación parental discordante con falta de supervisión, y relación con un grupo de compañeros desviado. Segundo, bajo el efecto de las drogas los jóvenes se muestran más desinhibidos y cometen más delitos, incluyendo ataques con violencia y conducciones temerarias. Tercero, una vez que presentan una dependencia a una sustancia, llevarán a cabo delitos para pagar sus hábitos, y por esas mismas razones las jóvenes adolescentes con adicción a sustancias se introducirán en el mundo de la prostitución. Por otro lado, el consumo de cannabis está asociado a psicosis, con lo que también se incrementará la probabilidad de llevar a cabo delitos.

Psicosis de inicio precoz

Estudios de psicopatología en delincuentes adolescentes violentos indican que la violencia y la psicopatología grave con frecuencia están estrechamente relacionadas. Los síntomas psiquiátricos más habituales que se asocian a comportamiento violento son las ideas delirantes de control del pensamiento, ideación paranoide, inserción del pensamiento y delirios de persecución. Cuanto más violentos y extraños son los comportamientos del adolescente, mayor es la posibilidad de que existan síntomas psicóticos subyacentes.

De la población juvenil implicada en el sistema judicial, el 5-10% tiene psicosis, frente al 1% de la población juvenil general. Como en los adultos, muchos jóvenes con esquizofrenia no son delincuentes ni violentos. Se calcula que el 10% de los adultos con psicosis comenten delitos, y la proporción en jóvenes es probablemente similar. La mitad de los casos de Esquizofrenia de inicio precoz presenta síntomas no psicóticos con alteraciones del comportamiento antes de la manifestación florida de los síntomas psicóticos. Estas alteraciones del comportamiento pueden durar entre 1 a 7 años, y suelen ser comportamientos disruptivos, Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad, y Trastornos Disociales. Por todo ello, es necesario que los psiquiatras forenses lleven a cabo evaluaciones a lo largo del tiempo para detectar cambios en el funcionamiento social y en el estado mental para observar distorsiones perceptivas, ideas delirantes o alteraciones del humor.

Se incrementa el riesgo de llevar a cabo actos violentos hacia los demás cuando presentan síntomas positivos, y especialmente si hay abuso de sustancias o alcohol. Se incrementa el riesgo de producirse actos violentos cuando el sujeto se siente amenazado, en tensión, con ideas delirantes de persecución, riesgo inminente de ser atacados, órdenes imperativas mediante alucinaciones auditivas y sensaciones de pérdida de control. Los factores protectores serían el buen cumplimiento de tratamientos físicos y psicosociales, un buen apoyo social, no interés o conocimiento por las armas como medio de violencia, una adecuada conciencia de enfermedad, no antecedentes de violencia, y miedo a su propio potencial de violencia. Es muy importante tener en cuenta todos estos factores cuando se evalúa a los adolescentes con psicosis para prevenir actos delictivos.

Depresión, Ansiedad y Trastorno de Estrés Postraumático

Los problemas internalizados persistentes, como la depresión y la ansiedad, son característicos de los niños y adolescentes delincuentes que abusan de sustancias.

Se está incrementando el reconocimiento de la combinación de depresión, ansiedad y un severo Trastorno de Estrés Postraumático en la infancia como vía para desarrollar en la edad adulta el Trastorno de Personalidad Antisocial.

Se ha observado un patrón de agresividad defensiva entre los adolescentes, dentro del sistema judicial, que

presentan depresión con irritabilidad, hostilidad e ira.

La manía y la hipomanía en la adolescencia pueden presentarse como episodios de comportamiento destructivo o “impulsivo” esporádicos de robo y allanamiento de morada.

La ansiedad y los Trastornos de Estrés Postraumático son frecuentes en niños que han vivido en situaciones de guerra. La exposición a una violencia brutal puede llevar a las víctimas a ser ellos mismos violentos. Esto podría explicarse porque los niños que se exponen a muchas situaciones adversas en un entorno de violencia importante acumulan factores de riesgo que les llevan a que los límites de su resiliencia estén alterados y abrumados.

Suicidio y Autoagresividad deliberada

Diversos estudios determinan que alrededor del 22% de los adolescentes con Depresión, el 9% con Trastornos Disociales y el 45% con ambos tienen intentos de suicidio. La importante carga genética, junto con el incremento de factores psicosociales, explicarían dicha relación.

Los suicidios suelen producirse más en el sexo masculino, y el ahorcamiento es el método más utilizado. Los que comenten delitos de violencia y sexuales suelen ser los que más se suicidan entre delincuentes juveniles encarcelados.

EVALUACIÓN

Cuando se evalúa a menores es necesario tener en cuenta su capacidad para entender y comprender los siguientes puntos:

- capacidad para entender información relevante para decisiones específicas de una situación.
- capacidad para apreciar la situación de uno mismo como demandado cuando se es confrontado en una decisión legal específica.
- capacidad para pensar racionalmente acerca de las posibles alternativas en el curso de una acción.
- capacidad para expresar una elección entre las posibles alternativas.

Es necesaria una evaluación neuropsiquiátrica completa centrándose principalmente en la capacidad cognitiva y emocional, con el fin de identificar las vulnerabilidades que sean potencialmente tratables, antes de tomar cualquier decisión judicial sobre el menor. La evaluación de la capacidad debería incluir una evaluación relevante a nivel psicopatológico, con un entendimiento emocional y cognitivo. También hay que conocer la experiencia del menor y su apreciación de la situación, y cualquier cir-

cunstancia pertinente que pudiera ser relevante. Se tiene que prestar especial atención al desarrollo evolutivo del menor, su maduración emocional y cognitiva, exposición a traumas y abuso de sustancias. Además de la entrevista detallada, completa y sistemática del menor, será necesario entrevistar a sus padres o cuidadores o personas del entorno, contactar con el centro escolar para evaluar sus rendimientos académicos, y las pruebas neuropsicológicas necesarias según el caso. Será necesario registrar su historia clínica pasada, los tratamientos psiquiátricos recibidos, y si tiene antecedentes criminales o problemas de conducta, haciendo especial hincapié en las dificultades en la atención, depresión, desorganización en el proceso del pensamiento, etc., que puedan interferir a la hora de considerar alternativas, así como desesperanza, delirios y creencias rígidas que puedan distorsionar el entendimiento de las posibles opciones en ciertas situaciones y la aceptación de los cambios que se producen en la adolescencia.

Tras un análisis minucioso de los antecedentes conductuales, médicos, educativos y del estado mental, se determinarán las evaluaciones neurológicas, neuropsicológicas y educativas necesarias.

Existen dos entrevistas diseñadas para evaluar a los delincuentes juveniles, la denominada Salford Needs Assessment Schedule para adolescentes (SNASA)⁷ y la Cardinal Needs Schedule⁹. Esta última valora 21 dominios, incluyendo comportamientos individuales, relaciones sociales y situación vital.

TRATAMIENTO

Se han utilizado diferentes tipos de intervenciones para tratar de reducir los comportamientos delictivos y antisociales^{8,11,12}. Entre los tratamientos empleados se encuentran diferentes tipos de psicoterapias, tratamientos farmacológicos, intervenciones a nivel escolar y social, y programas residenciales.

El tratamiento eficaz debe actuar sobre las vulnerabilidades biopsicosociales y las necesidades de cada menor. El primer paso consistirá en analizar los factores causales y la evolución de las conductas del menor y con ello diseñar las intervenciones necesarias¹⁰.

Hay ciertos factores que son heredados, pero a pesar de ello pueden ser tratados. El ser varón se asocia a una mayor violencia, pero puede ser potencialmente tratable. El tener un coeficiente intelectual bajo motiva que puedan tener mayores dificultades para entender las situaciones

sociales, se muestren con menor empatía y tengan peores rendimientos y logros a nivel académico. Estos menores se mostrarán más violentos y con mayores dificultades a nivel laboral. En estos casos, el entrenamiento en habilidades sociales y el refuerzo a nivel escolar pueden mejorar las expectativas de estos menores. Hay otros factores que son más factibles de ser modificados, como la hiperactividad e inatención y los estilos de atribución hostiles. Incluso los rasgos de psicopatía pueden ser mejorados mediante intervenciones.

Modalidades terapéuticas eficaces

Según Kazdin, sólo cuatro de las modalidades terapéuticas han demostrado su eficacia⁶:

1.- Entrenamiento en habilidades parentales: enseña técnicas a los progenitores para interactuar con sus hijos, fomentando los comportamientos adecuados y disminuyendo los que son negativos y agresivos. El problema en esta técnica es la falta de cooperación de los progenitores en el tratamiento.

2.- Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas: se les enseña a utilizar sus habilidades cognitivas para identificar problemas, prever consecuencias y buscar vías alternativas para comprender y afrontar situaciones difíciles. Se pretende que los menores sean más reflexivos a la hora de tomar decisiones, en vez de reaccionar de forma impulsiva. Este tipo de terapia es menos eficaz en menores que comparten otros trastornos neuropsiquiátricos y en menores que han crecido en hogares especialmente caóticos.

3.- Terapia multisistémica⁵: se basa en el principio de que el niño interactúa y forma parte de una serie de sistemas distintos (familia, grupo de amigos, colegio y el barrio o población). Se centra en los problemas que puede tener el menor cuando interactúa con las personas de alguno de los sistemas. Uno de los principales objetivos es la familia: identificar los problemas, mejorar la comunicación y reducir las interacciones negativas, tanto entre ambos progenitores como entre ellos y sus hijos. En función de las necesidades de la familia, la terapia multisistémica puede recurrir al entrenamiento en habilidades parentales de los progenitores, el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas del niño o el asesoramiento conyugal. La principal ventaja es que puede utilizarse para resolver las necesidades y vulnerabilidades personales, además de aspectos interpersonales e intrapersonales, y que también puede recurrir a una gran

variedad de intervenciones. No puede aplicarse a todos los casos y se personaliza para cada niño y familia.

4.- Terapia funcional familiar: conceptualiza el problema actual e identifica cuál es su función en la familia y para el paciente. Algunos estudios determinan que los delincuentes agresivos suelen tener pensamientos paranoides. Las personas que tienen hijos delincuentes están más a la defensiva y tienen más sentimientos de culpabilidad que los progenitores no delincuentes. Uno de los principales objetivos de la terapia funcional familiar es aclarar los malentendidos familiares y establecer nuevas formas de comunicación e interacción, fomentando el apoyo mutuo. Con esta técnica se favorece la comunicación familiar y se reducen los porcentajes de reincidencia de los delincuentes adolescentes.

De las cuatro modalidades terapéuticas eficaces, tres se centran en mejorar las interacciones de los padres de delincuentes entre ellos y con sus hijos. La principal limitación de estas terapias es la falta de colaboración familiar. La mayor parte de los delincuentes, sobre todo los más violentos y reincidentes, han crecido en hogares desestructurados, y sus progenitores presentan trastornos psiquiátricos o comportamientos violentos, lo que dificulta la implicación familiar en las terapias.

Farmacoterapia

Se han llevado a cabo ensayos con diferentes medicaciones (estimulantes, antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, antiepilépticos y betabloqueantes). Salvo en el caso de los estimulantes para problemas de atención e hiperactividad, el resto de los estudios han encontrado resultados contradictorios y ambiguos.

Un tratamiento farmacológico adecuado, que se aplique a signos y síntomas claros y documentados, puede conseguir que el adolescente decida implicarse en la terapia. Como en el caso de menores no delincuentes, la medicación se ha encontrado útil para el tratamiento de la Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Depresión o Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Otros niveles de intervención

Debido a los malos rendimientos académicos, la intervención a nivel educativo es fundamental para motivar a los menores a evitar las recompensas rápidas asociadas a los actos delictivos.

Según la Ley Orgánica 5/2000, las medidas que pueden imponer los Jueces de Menores, ordenadas según la restricción de derechos que suponen, son las siguientes:

a. Internamiento en régimen cerrado. Las personas sometidas a esta medida residirán en el centro y desarrollarán en el mismo las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio.

b. Internamiento en régimen semiabierto. Las personas sometidas a esta medida residirán en el centro, pero podrán realizar fuera del mismo algunas de las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio establecidas en el programa individualizado de ejecución de la medida.

c. Internamiento en régimen abierto. Las personas sometidas a esta medida llevarán a cabo todas las actividades del proyecto educativo en los servicios normalizados del entorno, residiendo en el centro como domicilio habitual, con sujeción al programa y régimen interno del mismo.

d. Internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto. En los centros de esta naturaleza se realizará una atención educativa especializada o tratamiento específico dirigido a personas que padezcan anomalías o alteraciones psíquicas, un estado de dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la conciencia de la realidad. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otras medidas previstas en este artículo.

e. Tratamiento ambulatorio. Las personas sometidas a esta medida habrán de asistir al centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que las atiendan, y seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento de la anomalía o alteración psíquica, adicción al consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que padezcan. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otras medidas previstas en este artículo.

f. Asistencia a un centro de día. Las personas sometidas a esta medida residirán en su domicilio habitual y acudirán a un centro, plenamente integrado en la comunidad, a realizar actividades de apoyo, educativas, formativas, laborales o de ocio.

g. Permanencia de fin de semana. Las personas sometidas a esta medida permanecerán en su domicilio o en un centro hasta un máximo de treinta y seis horas entre la tarde o noche del viernes y la noche del domingo, a excepción, en su caso, del tiempo que deban dedicar a las tareas socio-educativas asignadas por el Juez que deban

llevarse a cabo fuera del lugar de permanencia.

h. Libertad vigilada. En esta medida se ha de hacer un seguimiento de la actividad de la persona sometida a la misma y de su asistencia a la escuela, al centro de formación profesional o al lugar de trabajo, según los casos, procurando ayudar a aquélla a superar los factores que determinaron la infracción cometida.

i. La prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez. Esta medida impedirá al menor acercarse a ellos, en cualquier lugar donde se encuentren, así como a su domicilio, a su centro docente, a sus lugares de trabajo y a cualquier otro que sea frecuentado por ellos.

j. Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo. La persona sometida a esta medida debe convivir, durante el período de tiempo establecido por el Juez, con otra persona, con una familia distinta a la suya o con un grupo educativo, adecuadamente seleccionados para orientar a aquélla en su proceso de socialización.

k. Prestaciones en beneficio de la comunidad. La persona sometida a esta medida, que no podrá imponerse sin su consentimiento, ha de realizar las actividades no retribuidas que se le indiquen, de interés social o en beneficio de personas en situación de precariedad.

l. Realización de tareas socio-educativas. La persona sometida a esta medida ha de realizar, sin internamiento ni libertad vigilada, actividades específicas de contenido educativo encaminadas a facilitarle el desarrollo de su competencia social.

m. Amonestación. Esta medida consiste en la repreensión de la persona llevada a cabo por el Juez de Menores y dirigida a hacerle comprender la gravedad de los hechos cometidos y las consecuencias que los mismos han tenido o podrían haber tenido, instándole a no volver a cometer tales hechos en el futuro.

n. Privación del permiso de conducir ciclomotores y vehículos a motor, o del derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas. Esta medida podrá imponerse como accesoria cuando el delito o falta se hubiere cometido utilizando un ciclomotor o un vehículo a motor, o un arma, respectivamente.

ñ. Inhabilitación absoluta. La medida de inhabilitación absoluta produce la privación definitiva de todos los honores, empleos y cargos públicos sobre el que recayere, aunque sean electivos; así como la incapacidad para ob-

tener los mismos o cualesquiera otros honores, cargos o empleos públicos, y la de ser elegido para cargo público, durante el tiempo de la medida.

La mayor dificultad en los jóvenes delincuentes es encontrar un contexto donde se satisfagan las demandas públicas de castigo junto con las consideraciones de bienestar y libertad civil.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.), Washington, DC: Author. 1994.
2. Bayle S, Scott S. Juvenile Delinquency. En: M. Rutter & E. Taylor. Child and Adolescent Psychiatry. Oxford: Blackwell; 2008.
3. Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. Br J Psychiatry Suppl. 2003; 44: S3-10.
4. Colins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, van den Brink W, Doreleijers T, Broekaert E. Psychiatric disorders in detained male adolescents: a systematic literature review. Can J Psychiatry. 2010; 55: 255-63.
5. Henggeler SW. Efficacy studies to large-scale transport: the development and validation of multisystemic therapy programs. Ann Rev Clin Psychol. 2011; 7: 351-81.
6. Kazdin AE, Whitley MK. Comorbidity, case complexity, and effects of evidence-based treatment for children referred for disruptive behavior. J Consult Clin Psychol. 2006; 74: 455-67.
7. Kroll L, Woodham A, Rothwell J, Bailey S, Tobias C, Harrington R, Marshall M. Reliability of the Salford Needs Assessment Schedule for Adolescents. Psychol Med. 1999; 29: 891-902.
8. Lewis D O. Trastornos de conducta y antisociales en la adolescencia. En: J M Wiener & M K Dulcan. Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Masson; 2006.
9. Marshall M, Hogg LI, Gath DH, Lockwood A. The Cardinal Needs Schedule--a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule. Psychol Med. 1995; 25: 605-17.
10. Salekin RT, Worley C, Grimes RD. Treatment of psychopathy: a review and brief introduction to

- the mental model approach for psychopathy. *Behav Sci Law*. 2010; 28: 235-66.
11. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58: 590-6.
 12. Volkmar F, Tsatsanis K. Childhood schizophrenia. En: M. Lewis. *Child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002.